

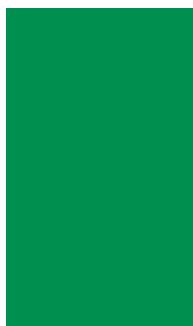
**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**GUIA DO CUIDADO FARMACÊUTICO
REDE FARMÁCIA DE MINAS**

**UMA ESTRATÉGIA PARA PROMOVER O USO RACIONAL
DE MEDICAMENTOS E A FARMACOVIGILÂNCIA NO SUS**

2010



Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais pode ser acessada, na íntegra, no sítio eletrônico da SES-MG: <<http://www.saude.mg.gov.br>>.

Elaboração, distribuição e informações

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Superintendência de Assistência Farmacêutica

E-mail: <saf@saude.mg.gov.br>

Governador do Estado

Antonio Augusto Junho Anastasia

Secretário de Estado

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário Adjunto

Wagner Eduardo Ferreira

Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde

Helidéa de Oliveira Lima

Subsecretária de Inovação e Logística em Saúde

Jorge Luis Vieira

Superintendente de Assistência Farmacêutica

Augusto Afonso Guerra Júnior

Projeto Gráfico, diagramação e impressão

Autêntica Editora LTDA.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica

Guia do cuidado farmacêutico : uma estratégia para promover o uso racional de medicamentos e a farmacovigilância no SUS / Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Superintendência de Assistência Farmacêutica. – Belo Horizonte : SES-MG, 2010.

112 p.

Bibliografia: p. 111-112

1. Assistência farmacêutica. 2. Farmacovigilância. 3. SUS, Assistência farmacêutica. 4. Medicamentos. I. Título. II. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. III. Superintendência de Assistência Farmacêutica.

NLM : QV 55

CDD : 615.4

AUTORES

Augusto Afonso Guerra Junior

Superintendente de Assistência Farmacêutica

Luiz Antonio Marinho Pereira

Consultor da Superintendência de Assistência Farmacêutica

Grazielle Dias da Silva

Assessora da Superintendência de Assistência Farmacêutica

Daniel Resende Faleiros

Assessor da Superintendência de Assistência Farmacêutica

Verlanda Lima Bontempo

Gerente de Medicamentos Básicos

Renata Cristina Rezende Macedo

Gerente de Medicamentos de Alto Custo

Wenderson Walla Andrade

Gerente de Medicamentos Estratégicos

Homero Claudio Rocha Souza Filho

Coordenador Executivo Rede Farmácia de Minas

Marina Amaral de Ávila Machado

Coordenadora do Cuidado Farmacêutico

Maria Laura Dias Alves e Silva

Assessora da Gerência de Medicamentos Estratégicos



Agradecemos aos co-autores **Cassyano Januário Correr, Daniela Angonesi, Divaldo Pereira de Lyra Junior, Djenane Ramalho de Oliveira, José Augusto Alves Dupim, Leonardo Régis Leira Pereira, Luciene Alves Moreira Marques, Marcela Unes Pereira Rennó, Mauro Silveira de Castro, Rosana Isabel dos Santos, Sandra Aparecida Jeremias, Yone de Almeida Nascimento**, pela avaliação crítica do Guia do Cuidado Farmacêutico e pelas importantes contribuições.

Premissa do Governo de Minas Gerais

Tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver.

Missão da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

Formular, regular e fomentar as políticas de saúde de Minas Gerais de acordo com as necessidades da população, assegurando os princípios do SUS.

Visão da Superintendência de Assistência Farmacêutica

Ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil.

Missão da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

Formular, desenvolver e coordenar a política estadual de assistência farmacêutica, visando o acesso e o uso racional de medicamentos, de forma integrada com as demais ações de saúde, de acordo com os princípios do SUS e as necessidades da população.

Visão da Superintendência de Assistência Farmacêutica

Ser identificada pela confiabilidade e humanização na condução de ações efetivas e eficientes na gestão pública da assistência farmacêutica.

LISTA DE ABREVIações

| | |
|---------------|--|
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APhA | Associação Americana de Farmacêuticos |
| AZT | Zidovudina |
| CFF | Conselho Federal de Farmácia |
| DCB | Denominação Comum Brasileira |
| DCI | Denominação Comum Internacional |
| DST | Doença sexualmente transmissível |
| FIP | Federação Farmacêutica Internacional |
| HIV | Vírus da imunodeficiência humana |
| IMC | Índice de massa corporal |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAD | Pressão arterial diastólica |
| PAS | Pressão arterial sistólica |
| PPAC | Classificação das Atividades da Prática Farmacêutica |
| RAM | Reação(ões) adversa(s) a medicamento(s) |
| RCV | Risco cardiovascular |
| RFM | Rede Farmácia de Minas |
| RN | Recém-nascido |
| SAF | Superintendência de Assistência Farmacêutica |
| SAME | Sistema de Arquivo Médico |
| SES/MG | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SRO | Soro de reidratação oral |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TB | Tuberculose |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| WHO | World Health Organization |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------------|--|-----|
| Quadro 1 | Classificação das Atividades da Prática Farmacêutica | 11 |
| Quadro 2 | Adequação da forma farmacêutica, posologia e duração dos tratamentos. | 27 |
| Quadro 3 | Roteiro para a avaliação do tratamento. | 28 |
| Quadro 4 | Informações essenciais que devem ser fornecidas aos pacientes | 30 |
| Quadro 5 | Características gerais das formas farmacêuticas | 30 |
| Quadro 6 | Classificação de risco cardiovascular. | 56 |
| Quadro 7 | Objetivos do tratamento de Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i> . | 58 |
| Quadro 8 | Reações adversas dos principais fármacos antituberculose e condutas | 62 |
| Quadro 9 | Principais reações adversas a medicamentos em idosos | 72 |
| Quadro 10 | Indicações de analgésicos para os diferentes tipos de dor em idosos | 76 |
| Quadro 11 | Atividades e metas para o êxito do Cuidado Farmacêutico. | 108 |
| Quadro 12 | Indicadores para avaliação do serviço do Cuidado Farmacêutico | 109 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| Apresentação | 9 |
| Introdução | 11 |
| Objetivos | 16 |
| Geral | 16 |
| Específicos | 16 |
| 1. O prontuário de registro farmacêutico | 17 |
| 1.1 Os conceitos | 17 |
| 1.2 Funções | 19 |
| 1.3 Utilidades..... | 20 |
| 1.4 Aspectos éticos e legais e sigilo profissional | 20 |
| 1.5 Estrutura..... | 21 |
| 1.6 Utilização | 22 |
| 1.7 Manuseio e arquivamento | 22 |
| 2. Processo de acompanhamento farmacoterapêutico e de farmacovigilância | 24 |
| 2.1 Abordagem | 24 |
| 2.2 Primeira consulta | 27 |
| 2.3 Consultas subsequentes | 28 |
| 2.4 Aconselhamento farmacêutico | 29 |
| 2.5 As formas farmacêuticas | 30 |
| 2.6 Orientações sobre o uso de formas farmacêuticas | 31 |
| 2.7 Farmacovigilância - Notificação de reações adversas a medicamentos | 43 |
| 3. Interação do farmacêutico com outros profissionais de saúde | 45 |
| 4. Ciclos de vida | 47 |
| 4.1 Criança (0 a 9 anos) | 47 |
| 4.2 Adolescente (10 a 19 anos) | 53 |
| 4.3 Adulto (20 a 59 anos)..... | 55 |
| 4.4 Gestante | 63 |
| 4.5 Idoso (acima de 60 anos) | 67 |
| 5. Formulários do Prontuário de Registro Farmacêutico | 78 |
| 5.1 Primeira consulta | 78 |
| 5.2 Consulta subsequente | 90 |
| 5.3 Exames clínicos e laboratoriais | 92 |
| 5.4 Registro de uso atual de medicamentos..... | 94 |
| 5.5 Avaliação Farmacêutica | 96 |
| 5.6 Intervenções farmacêuticas..... | 98 |
| 5.7 Evolução do paciente | 100 |
| 6. Ficha de orientações aos pacientes em acompanhamento | 102 |
| 7. Ficha de Notificação de suspeita de reação adversa e queixas técnicas - Profissionais de saúde | 105 |
| 8. Avaliação da Qualidade do Serviço de Cuidado Farmacêutico | 107 |
| 8.1 Atividades e metas | 107 |
| 8.2 Indicadores | 109 |
| Referências | 111 |

APRESENTAÇÃO

A **Rede Farmácia de Minas** é uma rede de farmácias do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais, que tem por objetivo promover a organização dos serviços farmacêuticos e o acesso aos medicamentos para atenção à saúde em todo o estado.

De acordo com o **Plano de Reestruturação de Assistência Farmacêutica do SUS/MG**, até 2010, está prevista a estruturação de 600 unidades da *Rede Farmácia de Minas* em municípios de até 30.000 habitantes, em municípios sede de Gerência Regional de Saúde e em municípios sede de microrregião de saúde, por meio do incentivo financeiro para estruturação da Rede Estadual de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG)

Com o intuito de ser um instrumento que oriente a prescrição e a dispensação de medicamentos em Minas Gerais, a SES/MG elaborou a **Relação de Medicamentos do Estado de Minas Gerais**. Composta por medicamentos para a atenção primária e programas de alto custo e estratégicos, essa relação estabelece um elenco de cerca de 400 medicamentos que são disponibilizados na Rede Estadual de Assistência Farmacêutica do SUS.

O **Guia do Cuidado Farmacêutico** foi elaborado para orientar o trabalho do farmacêutico na *Rede Farmácia de Minas* no que se refere ao cuidado ao paciente. Esse guia tem como objetivo promover uma melhor qualidade e racionalidade no uso de medicamentos e baseia-se na abordagem por ciclo de vida, na responsabilização do farmacêutico pela atenção ao paciente e no fortalecimento da relação entre a equipe de saúde e paciente.

O **Guia do Cuidado Farmacêutico** apresenta diretrizes para os serviços de acompanhamento farmacoterapêutico e de farmacovigilância, além de trazer de forma inovadora um conjunto de registros sobre o cuidado prestado ao paciente nesse processo: o Prontuário de Registro Farmacêutico.

A ciência apresenta todos os dias descobertas de produtos e formas farmacêuticas inovadoras. Mas essas conquistas acabam se transformando algumas vezes em grandes desafios para os profissionais de saúde na sua prática cotidiana, pois precisam estar atualizados com as inovações e novos conhecimentos. Assim, é preciso que os profissionais farmacêuticos participem dos processos de educação permanente em saúde, articulando, interagindo e discutindo com as equipes de saúde os casos clínicos decorrentes das ações implementadas por meio do **Guia do Cuidado Farmacêutico**.

Por fim, no processo de elaboração deste **Guia do Cuidado Farmacêutico**, a Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Superintendência de Assistência Farmacêutica, contou com a colaboração de profissionais em exercício no Sistema de Único de Saúde (SUS/MG) e de renomados acadêmicos, verdadeiros expertos na temática do cuidado farmacêutico das mais diversas regiões do Brasil, aos quais aqui agradecemos pela colaboração preciosa que forneceram ao revisar este documento norteador dos serviços farmacêuticos no SUS/MG. Cabe também destacar a importância das diversas Linhas Guia terapêuticas publicadas pela SES e de documentos publicados pela OMS, FIP, ANVISA/MS e CFF, que se conformaram como base para a estruturação das ações farmacêuticas aqui propostas.

Augusto Afonso Guerra Junior

Superintendente de Assistência Farmacêutica da SES/MG

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais



INTRODUÇÃO

As questões que envolvem o uso dos medicamentos vêm, de forma crescente nos últimos anos, tornando-se objeto de profunda preocupação social, dado o potencial nocivo das reações adversas a medicamentos (RAM). Esse fato, pelo menos em parte, é decorrente do acelerado avanço dos processos industriais e do desenvolvimento de novos fármacos, que levaram à descoberta e à comercialização de milhares de substâncias diferentes com potencial não só terapêutico mas também iatrogênico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 50% dos pacientes não utilizam os medicamentos corretamente, 75% dos antibióticos são prescritos inadequadamente e 1/3 da população mundial não tem acesso a medicamentos essenciais (OMS, 1999 e 2002). Despesas com medicamentos podem alcançar até 30% do total de gastos em saúde em países em desenvolvimento e até 66% em países desenvolvidos. Até 2015, mais de 10 milhões de mortes poderão ser evitadas com o incentivo a determinadas intervenções sanitárias, que dependem em sua maioria de medicamentos essenciais (OMS, 2007).

Para garantir o desenvolvimento da prática farmacêutica e o uso racional de medicamentos no sistema de saúde, é preciso garantir o acesso, estabelecer a necessidade do uso, realizar uma prescrição apropriada de acordo com as condições do paciente e os critérios de eficácia e segurança, na forma farmacêutica e posologia adequadas. A dispensação também deve ser realizada em condições apropriadas com a necessária orientação do farmacêutico, a fim de garantir o cumprimento do regime terapêutico da melhor maneira possível.

Nesse sentido, o farmacêutico, enquanto dispensador de medicamentos, deve atuar na prevenção e promoção de saúde, no aconselhamento sobre a forma de usar os medicamentos de acordo com o resultado que se quer alcançar, a fim de reduzir as ocorrências de RAM e aumentar a adesão ao tratamento (OMS, 2006).

Classificação das atividades da prática farmacêutica

A classificação das atividades da prática farmacêutica (PPAC) se iniciou com a Associação Americana de Farmacêuticos (APhA) com o objetivo de prover uma linguagem uniformizada, que, se usada de forma consistente, poderia permitir comparação de dados entre estudos científicos. A PPAC (Quadro 1) pode contribuir para a construção de bancos de dados consistentes para determinações estatísticas sobre as atividades farmacêuticas centradas no paciente.

Quadro 1 - Classificação das Atividades da Prática Farmacêutica

| |
|---|
| <p>A. Garantia da terapia apropriada e resultados</p> <p>A.1 Garantia da farmacoterapia adequada</p> <p>A.2 Garantia da compreensão/adesão do paciente ao seu plano de tratamento</p> <p>A.3 Monitoramento e registro dos resultados</p> |
| <p>B. Dispensação de medicamentos e insumos</p> <p>B.1 Análise da prescrição</p> <p>B.2 Separação do produto farmacêutico</p> <p>B.3 Entrega dos medicamentos e insumos</p> |

C. Promoção da saúde e prevenção de doenças

C.1 Oferta de serviços clínicos de prevenção

C.2 Vigilância e notificação de problemas de saúde pública

C.3 Promoção do uso seguro de medicamentos na sociedade

D. Gestão de sistemas de saúde

D.1 Gerenciamento da prática

D.2 Gerenciamento dos medicamentos em todo o sistema de saúde

D.3 Gerenciamento do uso de medicamentos no âmbito do sistema de saúde

D.4 Participação em atividades de pesquisa/investigação

D.5 Engajamento na colaboração interdisciplinar

Fonte: OMS 2006 (Adaptação).

Assistência farmacêutica

É um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tem o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, prescrição-dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

A reorganização do ciclo logístico da assistência farmacêutica é uma estratégia para assegurar o acesso e o uso racional de medicamentos. Algumas etapas do ciclo estão destacadas neste trabalho:

- dispensação;
- acompanhamento farmacoterapêutico; e
- farmacovigilância.

Dispensação

A dispensação deve atender a todos os pacientes de forma ágil e eficiente. O farmacêutico deve prestar informações e detectar situações de risco ou de ocorrência de problemas relacionados ao uso de medicamentos. Entretanto, devido ao tempo reduzido, na dispensação não há condições de fornecer todas as informações sobre interações medicamentosas e reações adversas, bem como avaliar todas as necessidades do paciente. Assim, o profissional deve priorizar os pacientes que necessitam do acompanhamento farmacoterapêutico (ANGONESI, 2008).

Acompanhamento farmacoterapêutico

O foco do trabalho do farmacêutico no processo de acompanhamento farmacoterapêutico deve ser o paciente. Responsabilidade é a palavra-chave dessa prática. Além de rever o tratamento do paciente, prestar informações sobre uso correto e criar um plano de cuidado a partir das necessidades do mesmo, o farmacêutico deve assumir a responsabilidade pelo acompanhamento do paciente e pelos resultados clínicos obtidos (OMS, 2006).

Nessa prática, o farmacêutico avalia as necessidades do paciente e identifica possíveis problemas relacionadas com medicamentos e, neste caso, trabalha com o paciente e outros profissionais de saúde para determinar, implementar e monitorar um plano de cuidado. Este deve ser um ciclo contínuo de atividades, com o objetivo de resolver e prevenir problemas relacionados com o uso de medicamentos e assegurar que o paciente tenha uma terapia medicamentosa que seja a mais efetiva e segura possível (OMS, 2006).

Idealmente, todos os pacientes que utilizam um serviço farmacêutico devem passar por um processo de acompanhamento farmacoterapêutico, porém na prática seria impossível devido a limitações de recursos (humanos, materiais, financeiros). Assim, o farmacêutico deve fazer uma triagem e priorizar pacientes em situações de risco (OMS, 2006). Como dito anteriormente, a dispensação é um momento oportuno para essa triagem.

No acompanhamento farmacoterapêutico, o farmacêutico, em parceria com o paciente, o médico e outros profissionais da equipe de saúde, participa ativamente do cuidado do paciente por meio da avaliação da necessidade, efetividade, segurança e conveniência de todos os medicamentos utilizados pelo paciente. Esse processo tem como objetivo garantir que:

1. *O paciente compreenda a razão de uso de todos os seus medicamentos;*
2. *O paciente utilize somente os medicamentos necessários para a prevenir/resolver/controlar seus problemas de saúde;*
3. *O paciente atinja todos os objetivos terapêuticos determinados pela equipe de saúde;*
4. *A farmacoterapia seja segura para o paciente;*
5. *O paciente tenha acesso aos medicamentos necessários;*
6. *O paciente tenha condições e desejo utilizar os medicamentos conforme recomendado.*

Para levar a cabo esses objetivos, o farmacêutico deve trabalhar de forma centrada no paciente, considerando o estilo de vida, as experiências, as expectativas e as preocupações do paciente com sua saúde e medicamentos. Além disso, o farmacêutico deve comunicar as suas decisões e recomendações aos outros profissionais que participam do cuidado ao paciente. Vários estudos mostram que o acompanhamento farmacoterapêutico tem um impacto clínico significativo na vida dos pacientes, melhorando os resultados em saúde além de, diminuir a taxa de hospitalização e aumentar o encaminhamento dos pacientes a serviços de menor complexidade assistencial. O envolvimento do farmacêutico no cuidado centrado e individualizado tem sido associado à melhoria na saúde dos pacientes, com impacto econômico positivo (ROMANO-LIEBER *et al.*, 2002).

Fica evidente que esse trabalho não pode ser isolado e deve ter a contribuição da equipe de saúde. Entende-se por equipe de saúde não somente os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado do paciente, mas também o próprio paciente. Para o farmacêutico integrar essa equipe, ele precisará de habilidades e atitudes que envolvem comunicação e colaboração, além de visibilidade, responsabilidade, acessibilidade e compromisso com a confidencialidade e orientação ao paciente (OMS, 2006).

Farmacovigilância

A farmacovigilância é um conjunto de procedimentos destinados à “identificação e avaliação dos efeitos do uso, agudo e crônico, dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em subgrupos de pacientes expostos a tratamentos específicos” (LAPORTE, 1989). A farmacovigilância procura superar as limitações dos ensaios clínicos e constitui atualmente a última fase de estudos sobre eficácia e segurança de medicamentos liberados para consumo.

Um sistema de farmacovigilância deve ser um processo estruturado para o monitoramento e detecção de reações adversas a medicamentos para melhorar o uso racional e seguro dos medicamentos. A estruturação do processo de farmacovigilância deve conter as seguintes etapas (CEBRIM, 2001):

1. **Diagnóstico:** Detectar os problemas que ocorrem com o uso dos medicamentos tentando solucioná-los antes que se agigantem e tomem dimensão nacional ou continuem a ocorrer indefinidamente.
2. **Denúncia e notificação:** Encaminhar denúncias para as atividades sanitárias, autoridades internacionais e notificar os fabricantes sobre os problemas ocorridos.
3. **Alerta:** Divulgar alertas aos profissionais da saúde, às entidades e à população dando conhecimento dos problemas detectados.

4. Acompanhamento: Fazer monitoramento intensivo de pacientes para os problemas detectados.
5. Documentação: Arquivar os problemas detectados, documentando as notificações e formando um banco de dados indexado, que ficará à disposição das autoridades sanitárias, dos profissionais da saúde e da comunidade;
6. Investigação: O diagnóstico de problemas estimulará a investigação sobre determinados medicamentos.

Dados derivados de fontes idôneas têm muita relevância e valor educacional no controle da segurança de medicamentos. O problema relacionado ao medicamento, uma vez detectado, deve ser avaliado, analisado, acompanhado e comunicado às autoridades regulatórias, aos profissionais de saúde e à população. A farmacovigilância inclui a disseminação dessas informações. Em alguns casos, os medicamentos devem ser recolhidos e retirados do mercado, um processo que envolve comprometimento de todos aqueles envolvidos na cadeia de suprimento de medicamentos. Os farmacêuticos têm uma importante contribuição na vigilância da pós-comercialização e na farmacovigilância (OMS, 2006).

No entanto, sabe-se que um dos pontos principais para a implantação da farmacovigilância é a participação dos profissionais de saúde como notificadores dos eventos adversos. Por isso, estes devem ser sensibilizados, capacitados e estimulados a contribuir com suas notificações sobre suspeitas de RAM. Além disso, esses profissionais devem ser corresponsáveis pelo acompanhamento do paciente nessas condições.

Como lembra Dias (2001), ampliar o conhecimento sobre a importância dos relatos de RAM e queixas técnicas às autoridades sanitárias implica melhoria de qualidade de vida da população, prevenção de doenças iatrogênicas e redução de gastos com a saúde. Essa citação refere-se à importância de uma unidade de farmacovigilância bem estruturada e efetiva, que produza um impacto social positivo no cuidado ao paciente e, assim, proporcione uma utilização racional dos medicamentos.

Farmacêutico “sete estrelas”

O conceito de farmacêutico “sete estrelas” foi introduzido pela OMS e atualizado pela Federação Farmacêutica Internacional (FIP) em 2000 e pontua atitudes e habilidades que possibilitam ao farmacêutico realizar um trabalho efetivo dentro da equipe de saúde (BERGSTEN-MENDES, 2008). As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia/2002 foram construídas para formar um farmacêutico “sete estrelas”. Em 2006, a OMS adicionou mais uma atitude/habilidade relevante ao profissional farmacêutico: a pesquisa. Espera-se que o farmacêutico da Rede Farmácia de Minas desenvolva essas atitudes/habilidades:

- I. Atenção à saúde;*
- II. Tomada de decisão;*
- III. Comunicação;*
- IV. Liderança;*
- V. Administração e gerenciamento;*
- VI. Educação permanente;*
- VII. Ensino*
- VIII. Pesquisa*

I - Atenção à saúde: Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto no nível tanto individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, e ser capaz de pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e procurar soluções. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde se encerra não com o ato técnico, mas com a resolução do problema de saúde, seja no nível individual e no coletivo;

II - Tomada de decisões: O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficiente, seguro e custo-efetivo de recursos (humanos, medicamentos, equipamentos, procedimentos e práticas). Para esse fim, devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

III - Comunicação: Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e as habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.

IV - Liderança: No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

V - Administração e gerenciamento: Os profissionais devem estar aptos não só para tomar iniciativas, executar o gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, mas também para ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.

VI - Educação permanente: Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente tanto na sua formação quanto na sua prática. Dessa forma, devem aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico-profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

VII – Ensino: Os profissionais têm a responsabilidade de assistir a educação e a formação das futuras gerações de farmacêuticos e o público. A participação como educador não só transmite conhecimento para outros, mas também oferece uma oportunidade para ele mesmo obter novos conhecimentos e aperfeiçoar suas competências (BRASIL, 2002).

VIII - Pesquisa: O farmacêutico deve ser capaz de utilizar efetivamente a base de dados científica na prática da farmácia e no sistema de saúde, a fim de aconselhar sobre o uso racional de medicamentos na equipe de saúde. Ao documentar e partilhar experiências, o farmacêutico também pode contribuir para a base de dados com o objetivo de otimizar o cuidado ao paciente e os resultados. Como pesquisador o farmacêutico é capaz de ampliar a acessibilidade do público e de outros profissionais de saúde às informações relacionadas à saúde e aos medicamentos.

OBJETIVOS

Geral

- Estabelecer diretrizes para os serviços farmacêuticos por meio do Programa de Acompanhamento Farmacoterapêutico e de Farmacovigilância no Estado de Minas Gerais e promover o uso racional de medicamentos.

Específicos

- Contribuir para o estreitamento das relações entre farmacêuticos, pacientes e prescritores.
- Estimular tanto pacientes quanto os profissionais da saúde a notificar as suspeitas de reações adversas.
- Apresentar o prontuário de registro farmacêutico como ferramenta para registro de informações relacionadas ao cuidado farmacêutico.

1 O PRONTUÁRIO DE REGISTRO FARMACÊUTICO

A Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde instituiu pela Portaria nº 40, de 30/12/92, o registro obrigatório, em prontuário único, das atividades desenvolvidas pelas diversas categorias profissionais – médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico e pessoal auxiliar.

A farmácia constitui-se como estabelecimento de saúde independente da unidade básica de saúde, portanto o farmacêutico necessita de um prontuário próprio para registro de suas atividades relacionadas ao cuidado ao paciente. O Conselho Federal de Farmácia tem buscado implementar a prática de registro farmacêutico por meio das Resoluções 357/2001 (BRASIL, 2001) e 499/2008 (BRASIL, 2008).

1.1 Os conceitos

- O prontuário é o histórico de interações do paciente com o sistema de serviços de saúde, devendo ser o maior repositório de informações e a base de um sistema de informação de saúde.
- O prontuário deve conter informações sobre o atendimento do paciente em diversos níveis de atendimento e ser preenchido e utilizado por todos os profissionais de saúde. O prontuário destinado ao registro da atividade clínica do farmacêutico precisa de informações sobre a terapêutica do paciente, sua experiência com medicamentos, resultados dos tratamentos e intervenções realizadas pelo farmacêutico.
- Nesse sentido, a Resolução do CFF nº 357, de 2001, define o perfil farmacoterapêutico, um instrumento para o farmacêutico realizar o acompanhamento de cada paciente. Trata-se do registro cronológico das informações relacionadas à utilização de medicamentos, de modo a garantir o uso racional dos medicamentos.
- Para harmonizar conceitos utilizados nos serviços farmacêuticos, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais publicou a Resolução SES/MG nº 1416, de 21 de fevereiro de 2008 (MINAS GERAIS, 2008, a), que no seu artigo 2º estabelece:

I – *uso racional de medicamentos*: é o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade;

II – *dispensação*: ato profissional farmacêutico de fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, no qual também são prestadas informações para o uso correto de medicamentos e correlatos, com base em parâmetros farmacocinéticos e farmacodinâmicos e epidemiológicos;

III – *aconselhamento farmacêutico*: é um processo de escuta ativa centrado no paciente, que se pauta em uma relação de confiança entre profissional farmacêutico e paciente, através de uma comunicação clara e objetiva. Visa o resgate de recursos internos do paciente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito da sua própria saúde e transformação;

IV – *acompanhamento farmacoterapêutico*: componente da atenção farmacêutica que configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelo acompanhamento do uso dos medicamentos pelo usuário, visando seu uso racional e a melhoria da qualidade de vida;

V – *atenção farmacêutica*: modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Essa interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde;

VI – *assistência farmacêutica*: conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;

VII – *farmacovigilância*: conjunto de procedimentos destinados a identificação e avaliação dos efeitos do uso, agudo e crônico, dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em subgrupos de pacientes expostos a tratamentos específicos;

VIII – *serviços de saúde*: serviços destinados a prestar assistência à população na promoção e prevenção da saúde, na recuperação e na reabilitação de doentes;

IX – *serviços farmacêuticos*: serviços de saúde prestados pelo farmacêutico no âmbito da Rede Farmácia de Minas;

X – *boas práticas farmacêuticas em farmácias*: conjunto de medidas que visam assegurar a manutenção da qualidade e segurança dos produtos disponibilizados e dos serviços prestados em farmácias, com a finalidade de contribuir para o uso racional desses produtos e a melhoria da qualidade de vida dos usuários;

XI – *prescrição*: ato de definir a estratégia terapêutica a ser utilizada pelo usuário, de acordo com proposta de tratamento mais adequado ao quadro clínico vigente, geralmente expresso mediante a elaboração de uma receita;

XII – *receita*: documento escrito da prescrição efetuada por profissional legalmente habilitado, contendo dados do prescritor, dados do paciente e orientações;

XIII – *medicamento*: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico;

XIV – *correlato*: substância, produto, aparelho ou acessório, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos e analíticos, os cosméticos, perfumes e produtos de higiene e, os produtos óticos, de acústica médica, odontológicos, dietéticos e veterinários;

XV – *farmácia*: estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, dispensação de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo a dispensação e o atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica;

XVI – *fracionamento*: procedimento que integra a dispensação de medicamentos na forma fracionada efetuado sob a supervisão e responsabilidade de profissional farmacêutico habilitado, para atender à prescrição, caracterizado pela subdivisão de um medicamento em frações individualizadas, mantendo seus dados de identificação;

XVII – *licença*: ato privativo do órgão de saúde competente dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos que desenvolvam qualquer das atividades sob regime de vigilância sanitária, instituído pela Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976;

XVIII – *Diretor Responsável Técnico*: profissional graduado em nível superior em farmácia, legalmente habilitado e inscrito no Conselho Regional de Farmácia, nos termos da lei, incumbido de promover assistência técnica à farmácia ou drogaria.

XIX – *Rede Farmácia de Minas*: rede de farmácias do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais, onde se realizam diversos serviços farmacêuticos, com ênfase na dispensação, acompanhamento farmacoterapêutico, atenção farmacêutica visando o uso racional dos medicamentos pela população.

- A Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2004) no Guia “Segurança dos Medicamentos: um guia para detectar e notificar reações adversas a medicamentos” introduz os seguintes conceitos relacionados à farmacovigilância:
- *Reação adversa a medicamento (RAM)*: é uma resposta a um medicamento que é nocivo e não intencional e o que ocorre nas doses normalmente usadas em seres humanos. Na definição de RAM é importante frisar que se refere à resposta de cada paciente, cujos fatores individuais podem ter um papel importante e que o fenômeno é nocivo (uma resposta terapêutica inesperada, por exemplo, pode ser um efeito colateral, mas não uma reação adversa).
- *Reação adversa inesperada*: é uma reação adversa cuja natureza ou gravidade não são coerentes com as informações constantes na bula do medicamento ou no processo do registro sanitário do país, ou que seja inesperada de acordo com as características do medicamento.
- *Efeito colateral*: é qualquer efeito não intencional de um produto farmacêutico, que ocorre em doses normalmente utilizadas por um paciente, relacionadas às propriedades farmacológicas do medicamento. Os elementos essenciais nessa definição são a natureza farmacológica do efeito, que é um fenômeno não intencional, e a não intencionalidade da superdosagem.
- *Evento adverso ou experiência adversa*: são definidos como qualquer ocorrência médica desfavorável, que pode ocorrer durante o tratamento com um medicamento, mas que não possui necessariamente relação causal com esse tratamento. O ponto básico nesse caso é a coincidência no tempo, sem suspeita de relação causal.
- *Evento adverso grave*: é qualquer evento que seja fatal; ameace a vida; seja incapacitante permanente ou significativamente; requeira ou prolongue a hospitalização; cause anomalia congênita; requeira intervenção para prevenir incapacidade ou dano permanente.
- *Sinal*: refere-se à notificação sobre possível relação causal entre um evento adverso e um medicamento, sendo que a relação é desconhecida, ou foi documentada previamente de maneira incompleta. Geralmente é necessária mais de uma notificação para gerar um sinal, dependendo da gravidade do evento e da qualidade das informações.

1.2 Funções

- De comunicação: entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, o sistema de saúde e o paciente.
- De educação: registro e histórico científico.
- Gerencial: registros administrativos, financeiros e documento legal.
- Garantia de qualidade: permite a avaliação das atividades farmacêuticas.

1.3 Utilidades

Para o paciente

- Possibilita um atendimento mais seguro e mais eficiente, uma vez que permite o resgate do histórico dos atendimentos anteriores.
- As anotações existentes podem dispensar ou simplificar interrogatórios e exames complementares, reduzindo o custo do atendimento e o tempo de permanência no serviço de saúde.
- Representa, para o paciente, o grande instrumento de defesa, em caso de possíveis prejuízos e de reivindicação de direitos perante o profissional, o serviço de saúde e os poderes públicos.

Para a equipe de saúde

- O registro de informações contribui para a integração da equipe de saúde, possibilitando a coordenação do cuidado.
- No ensino e na pesquisa, possibilita o conhecimento dos casos, dos antecedentes, dos contatos e das doenças/condições ou agravos.
- Facilita a avaliação da terapêutica.
- Torna possível a verificação e a comparação das diferentes condutas terapêuticas e estabelece uma análise comparativa da eficiência.

Para outros pontos de atenção

- Facilita a intercomunicação entre os serviços de saúde, possibilitando a continuidade do cuidado com o paciente.
- O prontuário é o documento de maior valor para a defesa do profissional, do serviço de saúde e do poder público contra possíveis acusações.
- Permite a qualquer tempo um conhecimento exato do tratamento feito e do resultado alcançado.
- Demonstra o padrão de atendimento prestado.

1.4 Aspectos éticos e legais e sigilo profissional

- A Lei Federal nº 5991, de 17 de dezembro de 1973, definiu que a dispensação de medicamentos é privativa de farmácia, drogaria, posto de medicamento e unidade volante e dispensário de medicamentos. Acrescenta que, a presença do farmacêutico técnico responsável durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento é obrigatória (BRASIL, 1973).
- O Código de Ética da Profissão Farmacêutica (Resolução nº 417, de 29 de setembro de 2004) define como deveres do farmacêutico o respeito pela decisão do paciente sobre sua própria saúde e bem-estar e a guarda do sigilo de fatos de que tenha conhecimento no exercício da profissão. O farmacêutico deve contribuir para a promoção da saúde individual e coletiva e é direito dele interagir com o prescritor para garantir a segurança e a eficácia do tratamento do paciente, com foco no uso racional de medicamentos (BRASIL, 2004).

- A Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001, do Conselho Federal de Farmácia (CFF), estabelece as seguintes atribuições do farmacêutico (BRASIL, 2001):
 - » Assumir a responsabilidade pela execução de todos os atos farmacêuticos praticados na farmácia, cumprindo-lhe respeitar e fazer respeitar as normas referentes ao exercício da profissão farmacêutica.
 - » Fazer com que sejam prestados ao público esclarecimentos quanto ao modo de utilização dos medicamentos, nomeadamente de medicamentos que tenham efeitos colaterais indesejáveis ou alterem as funções nervosas superiores (Art. 19, incisos I e II).
 - » Guardar sigilo profissional.
- A garantia da preservação do segredo das informações é uma obrigação legal contida no Código Penal, que prevê “Crimes contra a inviolabilidade dos segredos”: Art. 153: “Divulgar a alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular, ou de correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem”, Art. 154: “Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão da função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (BRASIL, 1940).
- Todos os funcionários administrativos, assim como médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde que atuam diretamente com o paciente, têm compromisso com a preservação de todas as informações que tiverem acesso por força de sua atuação profissional. É fundamental que todos tenham consciência do valor que a intimidade, confidencialidade e privacidade têm para o paciente e para a sociedade como um todo.
- A Resolução Nº 499 de 17 de dezembro de 2008 do CFF estabelece a elaboração do perfil farmacoterapêutico, avaliação e acompanhamento da terapêutica farmacológica de pacientes de medicamentos como serviços a serem prestados pelo farmacêutico (BRASIL, 2008).

1.5 Estrutura

- Os serviços farmacêuticos prestados nas unidades da Rede Farmácia de Minas devem ser registrados, monitorados, avaliados e arquivados, como orientam as resoluções nº 357/2001 (BRASIL, 2001) e nº 499/2008 do CFF (BRASIL, 2008). Esses documentos determinam que as seguintes informações são necessárias para a construção do perfil farmacoterapêutico:
 - » identificação do paciente;
 - » condição clínica do paciente, história de uso de medicamentos, alergias a medicamentos ou alimentos;
 - » tratamento medicamentoso atual: dose, forma farmacêutica, técnica e via de administração, horários de uso e indicação;
 - » interações medicamentosas possíveis ou com relevância clínica e RAM;
 - » parâmetros de monitorização de efetividade e de segurança;
 - » consumo de álcool e de outras bebidas, uso de fumo, terapias alternativas e tipo de alimentação;
 - » nome dos prescritores;
 - » cumprimento dos tratamentos.
- O Prontuário de Registro Farmacêutico proposto nesse Guia contém os seguintes formulários:
 - » Primeira consulta

- » Consulta subsequente
 - » Registro de exames clínicos e laboratoriais
 - » Registro de uso atual de medicamentos
 - » Avaliação farmacêutica
 - » Intervenção farmacêutica
- Esses registros poderão ser realizados de forma informatizada, utilizando o SiGAF ou outra ferramenta disponível, ou, na sua falta por meio de formulários em papel.

1.6 Utilização

- O prontuário de registro farmacêutico deve conter todas as informações necessárias para o acompanhamento do paciente, em qualquer condição ou situação clínica. Deve-se ter cuidado de que as informações sejam precisas, facilitando a tomada de decisões
- Os campos não poderão ser alterados ou rasurados após seu preenchimento.
- Recomenda-se que o profissional tome cuidado para que o preenchimento do prontuário não o distraia na atenção ao paciente, uma vez que a observação das reações e atitudes deste durante o atendimento é de extrema importância para a compreensão do caso. Caso julgue mais fácil, o farmacêutico pode realizar o atendimento com uma folha em branco, deixando o registro dos dados para um segundo momento.
- Caso haja mudança de dados, exceto para complementação do cadastro, deverá ser preenchida outra ficha de cadastro e anexada ao prontuário.
- Cada atendimento deverá ser datado e conter a assinatura e o número do conselho de classe do profissional responsável.

1.7 Manuseio e arquivamento

- Quando os registros não estiverem informatizados, o arquivamento deve ser organizado pela equipe e gerência da unidade da Rede Farmácia de Minas. Um critério de organização poderá ser a divisão por microárea e, em cada divisão, por ordem numérica. Outros critérios como ordem alfabética ou numérica geral também poderão ser utilizados.
- Os prontuários poderão ser sinalizados com cores ou outras marcações para a identificação de famílias de risco ou pacientes com condições ou doenças mais graves.
- Deverá ser estabelecido um sistema de controle de entrada e saída, manual ou informatizado, para fácil localização dos prontuários.
- Para o manuseio do prontuário, as mãos devem estar sempre limpas e livres de sujeiras e de gorduras.
- Quanto ao local do arquivamento, este deve:
 - » ser seguro e de acesso restrito;
 - » ter o teto, as paredes e o piso íntegros e de fácil limpeza;
 - » ser bem ventilado;
 - » ser livre de condições adversas como umidade, traças e outras;
 - » ter condições de segurança contra incêndio.

- Quanto à temporalidade do arquivamento, os prontuários deverão ser divididos segundo a frequência de utilização:
 - » Arquivo principal: para os prontuários com utilização atual, ou seja, até 5 anos após o último atendimento;
 - » Arquivo temporário: para os prontuários após 5 anos do último atendimento. Poderá ser localizado em sala de menor acesso da Farmácia.
 - » Arquivo permanente: para os prontuários após 20 anos do último atendimento. Poderá ser localizado em sala de menor acesso da Farmácia, juntamente com o arquivo temporário. A preservação desses prontuários é importante para o uso legal ou para fins de pesquisa ou arquivamento histórico ou social. Mesmo quando os registros estiverem em meio eletrônico, deve-se buscar a realização de cópias de segurança que devem ser igualmente arquivadas.
- Pelo menos uma vez por ano, o arquivo principal deve ser reorganizado, identificando-se os prontuários com mais de 5 anos após o último atendimento a ser transferidos para o arquivo temporário. A mesma revisão deve ser feita do arquivo temporário, identificando-se aqueles que devem passar para o arquivo permanente.
- Quando um paciente retornar à Farmácia, após 5 anos do seu último atendimento, o seu prontuário deve ser atualizado e rearquivado no arquivo principal.

2 PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO E DE FARMACOVIGILÂNCIA

2.1 Abordagem

O atendimento dos pacientes nas unidades da Rede Farmácia de Minas deve seguir o Fluxograma de Acompanhamento Farmacoterapêutico e Farmacovigilância apresentado na Figura 1.

Dispensação de medicamentos

Como mencionado anteriormente, a dispensação é um ato profissional farmacêutico de fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, no qual também são prestadas informações para o uso correto de medicamentos e correlatos, com base em parâmetros farmacocinéticos e farmacodinâmicos e epidemiológicos. Muitas vezes, realiza-se em tempo curto portanto inviável para fazer levantamento de dados sobre a história clínica e medicamentosa do paciente e identificar situações de risco relacionadas ao uso de medicamentos. Entretanto, durante a dispensação, deve-se fornecer informações gerais sobre o tratamento e abordar os assuntos descritos na Seção 4 - Ciclos de Vida - de forma sucinta, considerando a fase da vida do paciente.

O farmacêutico poderá usar a “Ficha de orientações aos pacientes em acompanhamento”, caso queira fornecer informações por escrito, disponível na Seção 6. Se houver suspeita de alguma RAM, deve ser preenchida a “Ficha de notificação de suspeita de reação adversa e queixas técnicas” disponível no sítio eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Mais informações sobre notificação de RAM são apresentadas na Seção 7.

Contudo, é no momento da dispensação que o farmacêutico irá identificar as condições traçadoras que elegem os pacientes para o acompanhamento farmacoterapêutico. As condições traçadoras são aquelas priorizadas pela SES/MG nas linhas guia, especialmente diabetes e hipertensão e, em municípios endêmicos, tuberculose e hanseníase, que devem ser observadas em todos os ciclos de vida dos pacientes. Outros critérios de escolha podem ser dificuldades de adesão ao tratamento, polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos) e ocorrências de RAM. Entretanto, todos os pacientes atendidos poderão ser incluídos no processo de cuidado a critério do farmacêutico e independentemente da condição apresentada.

A lista das linhas guia da SES/MG, que estão disponíveis nas unidades da Rede Farmácia de Minas e no site <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhas-guia>>, é apresentada a seguir:

- Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério
- Atenção à Saúde da Criança
- Atenção à Saúde do Adolescente
- Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão e Diabetes
- Atenção à Saúde do Adulto – Tuberculose
- Atenção à Saúde do Adulto – Hanseníase
- Atenção à Saúde do Adulto – HIV / AIDS
- Atenção à Saúde do Idoso
- Atenção à Saúde Mental
- Atenção à Saúde Bucal

Ao identificar a necessidade de acompanhamento do paciente, o farmacêutico preencherá os campos preliminares e obrigatórios do Prontuário de Registro Farmacêutico destacados com asterisco (Seção 5 - Formulários do Prontuário de Registro Farmacêutico). Esses campos referem-se aos dados de identificação, à queixa principal e ao uso atual de medicamentos do paciente.

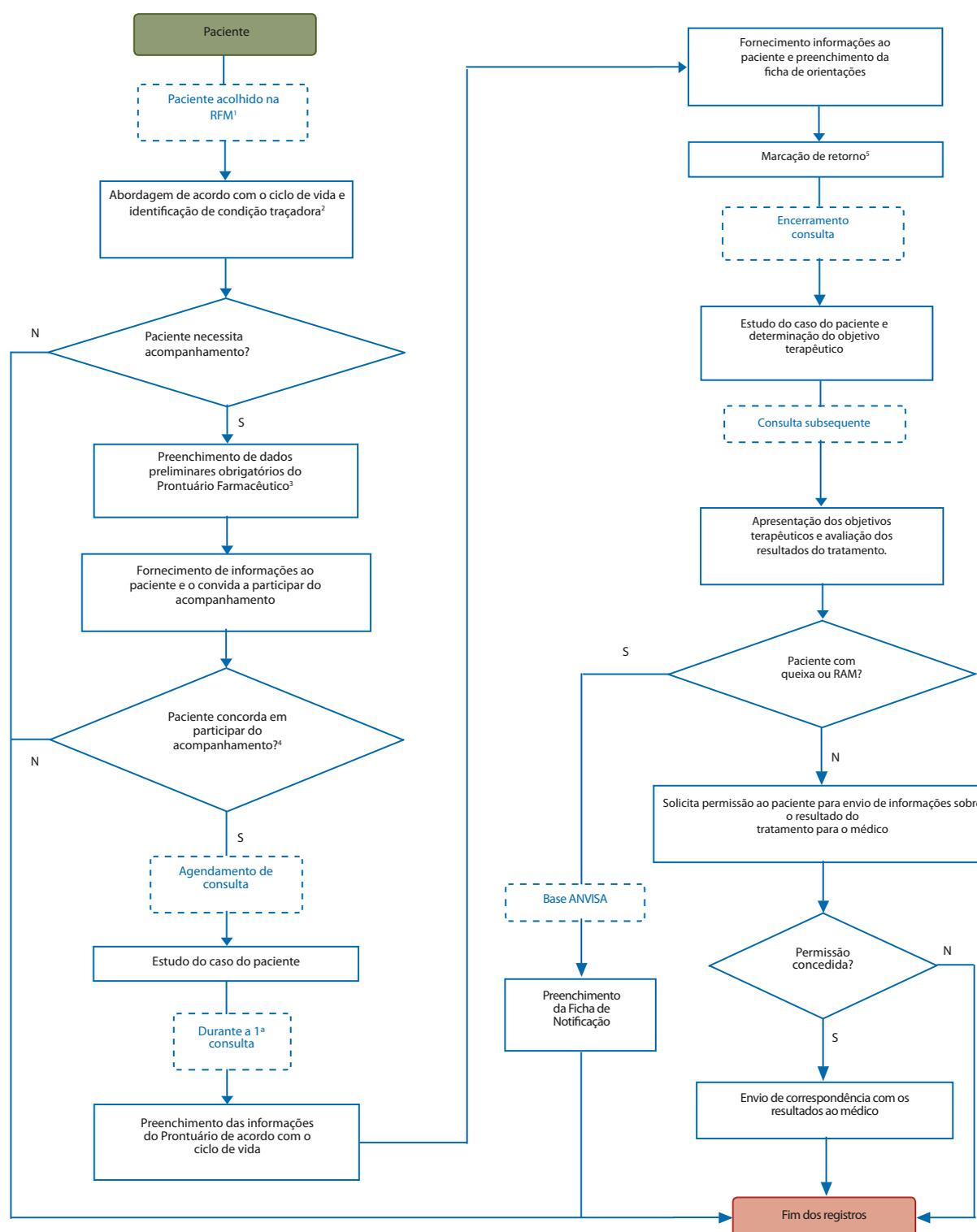
Em seguida, o farmacêutico convida o paciente para participar do processo de acompanhamento. Caso ele aceite, o farmacêutico irá agendar um horário para a primeira consulta ou atendê-lo de imediato, se houver disponibilidade. Em caso de resposta negativa, o profissional deve tentar novas abordagens.

Além da dispensação, o paciente poderá procurar a farmácia trazendo uma queixa, um pedido ou uma pergunta. As características pessoais e as atitudes dos pacientes têm papel importante na definição da queixa principal, que pode estar relacionada com (OMS, 1998):

- doença ou desordem;
- sinal de doença subjacente;
- problemas sociais ou psicológicos, ansiedade;
- efeitos colaterais de medicamentos;
- não adesão ao tratamento;
- pedido de tratamento preventivo;
- combinações dos itens acima.

Antes da primeira consulta, o farmacêutico deve realizar um estudo prévio do caso do paciente, tomando como base as informações preliminares colhidas durante a dispensação e tendo ciência de que informações importantes para o entendimento da situação do paciente ainda serão coletadas.

1. Fluxograma de Acompanhamento Farmacoterapêutico e Farmacovigilância nas unidades na Rede Farmácia de Minas



Notas:

1 – RFM – Rede Farmácia de Minas.

2 – Condições traçadoras priorizadas pela SES/MG nas Linhas guia – Hipertensão e Diabetes, além de Tuberculose e Hanseníase (municípios endêmicos), observadas em todos os ciclos de vida. OBS.: Todos os pacientes atendidos poderão ser incluídos no acompanhamento a critério do farmacêutico e a despeito da condição apresentada.

3 – Prontuário de Registro Farmacêutico – preencher dados marcados com asterisco.

4 – Em caso de resposta negativa – alerta para nova abordagem.

5 – Determinar prazo suficiente para a avaliação dos resultados do tratamento.

2.2 Primeira consulta

Durante a primeira consulta, o farmacêutico deve preencher os formulários do Prontuário de Registro Farmacêutico:

- Primeira consulta, de acordo com o ciclo de vida;
- Registro de exames clínicos e laboratoriais;
- Registro de uso atual de medicamentos;
- Avaliação farmacêutica.

A avaliação farmacêutica pode ser feita após estudo dos medicamentos ou na próxima consulta, pois podem ser necessárias informações adicionais sobre os resultados clínicos.

Conciliação Terapêutica

Cada medicamento prescrito deve ser analisado quanto à eficácia e segurança para cada paciente, assim como a aplicabilidade e a conveniência do tratamento, que contribuem para a adesão e, conseqüentemente, para a efetividade da farmacoterapia. Portanto, devem ser analisadas possíveis contraindicações e interações (com medicamentos, alimentos e álcool), que podem influenciar o perfil de efetividade e segurança do medicamento. Certas condições, como insuficiência renal e hepática, histórico de alergias e outras doenças, e o ciclo de vida dos pacientes (gestantes, lactantes, crianças e idosos) podem contraindicar um tratamento ou sugerir uma necessidade de adequação de posologia (OMS, 1998). Cabe lembrar que a Lei Federal 5.991, de 1973, estabelece que:

- **Art 41.** Quando a dosagem do medicamento prescrito ultrapassar os **limites farmacológicos ou a prescrição apresentar incompatibilidades**, o responsável técnico pelo estabelecimento solicitará confirmação expressa ao profissional que a prescreveu.

O ato ou a omissão do farmacêutico no exercício profissional implica necessariamente em responsabilidade legal; assim, é recomendável que quando o profissional julgar necessário, os casos clínicos atendidos na farmácia devem ser discutidos com a equipe de saúde do município, articulando-se aos processos de educação permanente e ao plano diretor da atenção primária. Ao não interagir com prescritores, discutindo o caso em foco, o farmacêutico passa a ser solidário pelo paciente e pela conduta terapêutica adotada pelo prescritor.

O Quadro 2 resume algumas informações sobre a adequação da forma farmacêutica, a posologia e a duração dos tratamentos (OMS, 1998).

Quadro 2 - Adequação da forma farmacêutica, posologia e duração dos tratamentos.

| | |
|--|--|
| O fármaco e a forma farmacêutica são adequados? | |
| Eficácia | Indicação (o medicamento é necessário?) Conveniência (fácil de manusear, custo?) |
| Segurança | Contraindicações (grupos de alto risco, outras doenças?) Interações (medicamentos, alimentos, álcool?) |
| A posologia é adequada? | |
| Eficácia | Dose adequada (curva dentro da janela terapêutica?) Conveniência (fácil de memorizar, fácil de executar?) |
| Segurança | Contraindicações (grupos de alto risco, outras doenças?) Interações (medicamentos, alimentos, álcool?) |
| A duração do tratamento é adequada? | |
| Eficácia | Duração adequada (infecções, profilaxia, tempo suficiente para fazer efeito?) Conveniência (fácil de guardar, custo?) |
| Segurança | Contraindicações (reações adversas, dependência, suicídio?) Quantidade grande demais (perda de qualidade, uso de sobras?) |

Fonte: OMS, 1998.

O farmacêutico deve fornecer informações ao paciente, também por escrito por meio do preenchimento da “Ficha de orientações aos pacientes em acompanhamento”, enfocando os benefícios que serão obtidos com a terapia, bem como o relato dos riscos e aspectos fisiopatológicos envolvidos e visando incentivo para que este retorne à farmácia, dando, assim, continuidade ao acompanhamento. Ressalta-se que é preciso cautela ao informar ao paciente e aos familiares sobre as possíveis RAM, para não prejudicar a adesão ao tratamento. Além de informar sobre RAM, é importante que se oriente como proceder em caso de ocorrência da reação adversa.

No final da primeira consulta, faz-se necessária a marcação da consulta seguinte, que deve ser agendada com um prazo suficiente para possibilitar a avaliação de resultados, conforme a condição do paciente e os medicamento(s) em uso. Sugere-se a utilização de um cartão para a marcação das consultas subsequentes.

De posse das informações específicas sobre o paciente, o farmacêutico deve estudar o caso e determinar o objetivo terapêutico para cada condição (problema de saúde). Nesse momento o farmacêutico define o Plano de Cuidado tendo como foco principal os resultados clínicos, laboratoriais e humanísticos.

Durante a elaboração do Plano de Cuidado, o farmacêutico deve estar atento à classificação/estratificação de risco dos pacientes descrita nas linhas guia e abordada na Seção 4 - Ciclos de Vida. De acordo com a suspeita de risco apresentada pelo paciente, o farmacêutico deve utilizar a carta-modelo da Seção 3 – Comunicação do farmacêutico com outros profissionais de saúde, para encaminhá-lo a outros profissionais e serviços.

2.3 Consultas subsequentes

Durante a consulta subsequente, o farmacêutico apresenta os objetivos terapêuticos ao paciente, implementa o Plano de Cuidado e inicia o acompanhamento dos desfechos clínicos do paciente. A avaliação do tratamento deve ser feita continuamente, em todas as consultas subsequentes, e baseia-se nos critérios de necessidade, efetividade e segurança do medicamento, considerando se os objetivos terapêuticos foram alcançados. O Quadro 3 apresenta um roteiro para a avaliação do tratamento.

Quadro 3 - Roteiro para a avaliação do tratamento.

| O tratamento é efetivo? | |
|---|--|
| 1. Sim, a doença está curada/controlada | Interrompa o tratamento (condição aguda) Mantenha o tratamento (condição crônica) |
| 2. Sim, mas não está completo | Alguma reação adversa séria? <ul style="list-style-type: none"> • Não: o tratamento pode continuar • Sim: reavalie a posologia ou o medicamento |
| 3. Não, doença não curada/controlada | Verifique todas as etapas <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico correto? • Objetivo terapêutico correto? • O medicamento é adequado para esse paciente? • O medicamento foi prescrito corretamente? • O paciente recebeu instruções corretas? • Os efeitos foram monitorizados corretamente? |

Fonte: OMS, 1998 (Adaptação).

Quando houver queixa de RAM pelo paciente, a “Ficha de notificação de suspeita de reação adversa e queixas técnicas” no sítio eletrônico da Anvisa deverá ser obrigatoriamente preenchida. As informações sobre a notificação deverão ser enviadas também para a Superintendência de Assistência Farmacêutica/SES-MG. A Seção 7 apresenta a Ficha de Notificação de suspeita de reação adversa e queixas técnicas para profissionais de saúde, e o Anexo I informa como reconhecer e notificar as RAM.

Para terminar o ciclo de acompanhamento, são realizadas, se necessário, intervenções farmacêuticas com base nos resultados clínicos e RAM para tornar os tratamentos efetivos e seguros e garantir adesão. É feito então o registro no formulário “Intervenções Farmacêuticas”. Sugestões de modificações na prescrição devem ser permitidas pelo paciente e comunicadas ao respectivo prescritor por meio de correspondência (Seção 3), que pode ser usada também para comunicar os resultados do tratamento.

2.4 Aconselhamento farmacêutico

O aconselhamento ao paciente sobre o uso de medicamentos deve ser um processo de comunicação interativa bidirecional entre paciente e farmacêutico, que visa estimular as habilidades do paciente para lidar com medicamentos e com o processo de autocuidado. Deve ser um processo de aprendizagem tanto para o farmacêutico, quanto para o paciente. Os aspectos físicos, psicológicos, sócio-cultural, emocional e intelectual, assim como as crenças sobre saúde e os valores do paciente devem ser respeitados e considerados no processo de acompanhamento farmacoterapêutico (FIP, 2009).

Adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento é imprescindível para a efetividade da farmacoterapia. Entende-se por adesão o seguimento do tratamento de acordo com uma abordagem fundamentada na concordância do paciente. O paciente é um sujeito ativo na tomada de decisão quanto às alternativas terapêuticas, juntamente com o profissional de saúde, que é responsável pelas instruções e aconselhamento. Essencialmente, o conhecimento prévio do paciente sobre suas condições de saúde e sua experiência com o uso de medicamentos devem ser considerados nessa abordagem.

As razões mais comuns para a não adesão são o desaparecimento dos sintomas (o paciente entende que não é necessário continuar o tratamento), o aparecimento de RAM, a percepção de que o medicamento não é efetivo ou a posologia é complicada ou inconveniente. Estabelecer uma relação prescritor–paciente–farmacêutico e fornecer informações, recomendações e instruções ao paciente são estratégias para melhorar a adesão do paciente ao tratamento (OMS, 1998).

Uma boa relação com o paciente é construída por meio do respeito pelos sentimentos e opiniões do paciente, que deve participar ativamente das decisões concernentes ao seu cuidado. Para tanto, ele precisa de informações, recomendações e instruções para compreender e seguir o tratamento apropriadamente e necessita compreender o motivo de uso de cada medicamento (Quadro 4). É útil pedir aos pacientes que repitam com suas próprias palavras as partes essenciais das informações, para ter certeza de que eles entenderam (OMS, 1998).

Quadro 4 - Informações essenciais que devem ser fornecidas aos pacientes

| |
|--|
| <p>Efeitos dos medicamentos</p> <p>Por que o medicamento é necessário?</p> <p>Quais sintomas desaparecerão e quais não?</p> <p>Quando o medicamento começará a fazer efeito?</p> <p>O que acontecerá se o medicamento for administrado de forma incorreta ou se não for administrado?</p> |
| <p>Reação adversa</p> <p>Quais reações adversas podem ocorrer?</p> <p>Como reconhecê-las?</p> <p>Por quanto tempo elas continuarão?</p> <p>Qual a gravidade dessas reações?</p> <p>O que fazer a respeito delas?</p> |
| <p>Instruções</p> <p>Como o medicamento deve ser administrado?</p> <p>Quando deve ser administrado?</p> <p>Por quanto tempo o tratamento deveria continuar?</p> <p>Como os medicamentos devem ser guardados?</p> <p>O que fazer com sobras?</p> |
| <p>Alertas</p> <p>Quando o medicamento não deve ser tomado?</p> <p>Qual é a dose máxima?</p> <p>Por que a quantidade total prescrita deve ser tomada?</p> |
| <p>Consultas futuras</p> <p>Quando voltar (ou não)?</p> <p>Em que casos é necessário voltar antes do previsto?</p> <p>Quais informações o farmacêutico precisará na próxima consulta?</p> |
| <p>Tudo claro?</p> <p>Pergunte ao paciente se tudo foi compreendido.</p> <p>Peça ao paciente para repetir as informações mais importantes.</p> <p>Pergunte se o paciente tem alguma pergunta adicional.</p> |

Fonte: OMS, 1998 (Adaptação).

2.5 As formas farmacêuticas

O conhecimento sobre o emprego das formas farmacêuticas é essencial para garantir a adesão do paciente ao tratamento e o farmacêutico deve orientar os pacientes quanto ao uso das diversas formas. O Quadro 5 resume características gerais das formas farmacêuticas.

Quadro 5. Características gerais das formas farmacêuticas

| |
|--|
| <p>Formas farmacêuticas sistêmicas</p> <p>Oral (mistura, xarope, comprimido, pó, cápsula)</p> <p>Sublingual (comprimido, aerossol)</p> <p>Retal (supositório)</p> <p>Inalação (gases, vapor)</p> <p>Injeções (subcutânea, intramuscular, intravenosa, administração parenteral)</p> |
|--|

Quadro 5. Características gerais das formas farmacêuticas

| | |
|---|---|
| Formas farmacêuticas locais | |
| Pele (pomada, creme, loção, pasta) | |
| Órgãos de sentido (colírios/pomadas, soluções otológicas, gotas nasais) | |
| Oral/local (comprimidos, mistura) | |
| Retal/local (supositório, enema) | |
| Vaginal (comprimido, óvulo, creme) | |
| Inalação/local (aerossol, pó) | |
| Formas orais | |
| Eficácia | (-) absorção incerta e metabolização indireta, (+) efeito gradual |
| Segurança | (-) valores de picos baixos, absorção incerta, irritação gástrica |
| Conveniência | (-) manuseio (criança, idoso) |
| Comprimidos sublinguais e aerossóis | |
| Eficácia | (+) agem rapidamente, metabolização direta |
| Segurança | (-) superdosagem fácil |
| Conveniência | (-) o manuseio do aerossol é difícil, (+) comprimidos são fáceis de usar |
| Preparações retais | |
| Eficácia | (-) absorção incerta, (+) metabolização direta, efeito rápido pelo reto |
| Segurança | (-) irritação local |
| Conveniência | (+) em caso de náusea, vômitos e dificuldade para engolir |
| Inalação e vaporização | |
| Eficácia | (+) efeito rápido |
| Segurança | (-) irritação local |
| Conveniência | (-) requer manuseio por pessoal treinado |
| Injeções | |
| Eficácia | (+) efeito rápido, metabolização direta, possível precisar a dose |
| Segurança | (-) possibilidade de superdosagem, esterilização problemática |
| Conveniência | (-) dolorida, requer pessoal treinado, mais cara que formas orais |
| Preparações tópicas | |
| Eficácia | (+) penetração sistêmica limitada, concentrações elevadas possíveis |
| Segurança | (-) sensibilização no caso de antibióticos, (+) poucos efeitos colaterais |
| Conveniência | (-) algumas formas vaginais são de difícil manuseio |

(-): Características negativas

(+): Características positivas

Fonte: OMS, 1998.

2.6 Orientações sobre o uso de formas farmacêuticas

A ciência apresenta todos os dias descobertas de produtos e formas farmacêuticas inovadoras. Mas essas conquistas acabam se transformando, algumas vezes em grandes desafios para os profissionais de saúde na sua prática cotidiana, pois eles precisam estar atualizados com as inovações e os novos conhecimentos. Nesta seção são apresentadas orientações gerais sobre o uso das formas farmacêuticas e baseadas no Guia para a boa prescrição médica, da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998).

Colírios

1. Lave as mãos.
2. Não encoste na abertura do conta-gotas.
3. Olhe para cima.
4. Puxe a pálpebra inferior para baixo para fazer uma "calha".
5. Coloque o conta-gotas o mais perto da "calha" possível, sem encostá-lo no olho.
6. Aplique a quantidade prescrita na "calha".
7. Feche o olho por mais ou menos dois minutos. Não feche o olho com muita força.
8. O excesso de líquido pode ser removido com um lenço de papel.
9. Se você estiver usando mais de um tipo de gotas, espere pelo menos cinco minutos antes de aplicar as gotas seguintes.
10. Colírios podem causar uma sensação de ardência que deve durar por alguns minutos. Se a sensação não desaparecer logo consulte um médico ou farmacêutico.

Figura 1 - Passos 4 e 5.



Para aplicar colírios em crianças

1. Deite a criança de costas com a cabeça reta para cima.
2. Os olhos da criança devem estar fechados.
3. Pingue a quantidade de gotas prescritas no canto interno de cada olho.
4. Mantenha a cabeça da criança reta para cima.
5. Remova o excesso de líquido com um lenço de papel.

Pomada oftalmológica

1. Lave os olhos.
2. Não encoste a ponta do tubo em nada.
3. Incline a cabeça um pouco para trás.
4. Pegue o tubo com uma mão e com a outra puxe a pálpebra inferior para baixo, para formar uma "calha".

5. Coloque a ponta do tubo o mais perto possível da "calha".
6. Aplique a quantidade de pomada conforme a prescrição.
7. Feche os olhos por dois minutos.
8. Remova o excesso de pomada com um lenço de papel.
9. Limpe a ponta do tubo com outro lenço de papel.

Figura 2 - Passos 4 e 5.



Gotas otológicas

1. Esquente as gotas segurando-as entre suas mãos ou debaixo do braço por vários minutos. Não use água quente da torneira, pois você não pode controlar a temperatura!
2. Vire a cabeça para o lado ou deite-se de lado com o ouvido para cima.
3. Delicadamente puxe o lóbulo da orelha para expor o canal auditivo.
4. Aplique a quantidade de gotas prescrita.
5. Espere cinco minutos antes de virar a cabeça para o outro lado.
6. Use algodão para fechar o canal auditivo depois de aplicar as gotas somente se houver uma recomendação explícita do fabricante.
7. Gotas otológicas ardem somente por alguns minutos.

Figura 3 - Passo 1



Figura 4 - Passos 3 e 4.



Figura 5 - Passo 6.



Gotas nasais

1. Assoe o nariz.
2. Sente-se e incline a cabeça para trás ou deite-se com um travesseiro embaixo dos ombros; mantenha a cabeça reta.
3. Coloque o conta-gotas um centímetro para dentro da narina.
4. Aplique a quantidade de gotas prescrita.
5. Imediatamente depois do item 4 incline a cabeça com força para frente (cabeça entre os joelhos).
6. Sente-se por alguns segundos; as gotas pingarão na faringe.
7. Repita o procedimento para a outra narina se necessário.
8. Lave o conta-gotas com água fervida.

Figura 6 - Passos 2 e 3

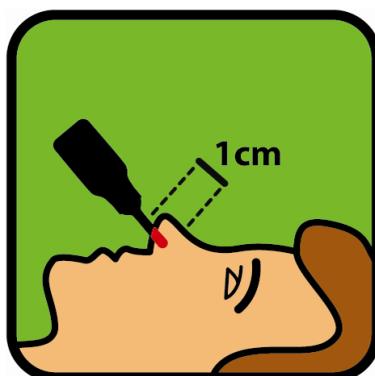


Figura 7 - Passo 5



Spray nasal

1. Assoe o nariz.
2. Sente-se com a cabeça levemente inclinada para frente.
3. Agite o spray.
4. Coloque a ponta do tubo em uma narina.
5. Feche a outra narina e a boca.
6. Aperte o tubo e inspire devagar.
7. Remova a ponta do tubo do nariz e incline-se para frente com força (cabeça entre joelhos).
8. Sente-se por alguns segundos; o spray pingará na faringe.
9. Respire pela boca.
10. Repita o procedimento para a outra narina, se necessário.
11. Lave a ponta do tubo com água fervida.

Figura 8 - Passos 4 e 5



Figura 9 - Passo 7



Emplastro

1. Para o local de aplicação, veja as instruções incluídas com o medicamento ou pergunte ao farmacêutico.
2. Não aplique sobre hematomas ou sobre a pele machucada.
3. Não use sobre pregas da pele ou embaixo de roupas apertadas e troque o emplastro regularmente.
4. Aplique com as mãos limpas e secas.
5. Limpe e seque a área de aplicação completamente.
6. Remova o emplastro da embalagem; não toque no lado que contém o medicamento.
7. Coloque o emplastro sobre a pele e pressione com firmeza. Passe o dedo sobre a superfície externa para colar bem.
8. Remova e troque conforme as instruções.

Figura 10 - Passo 6

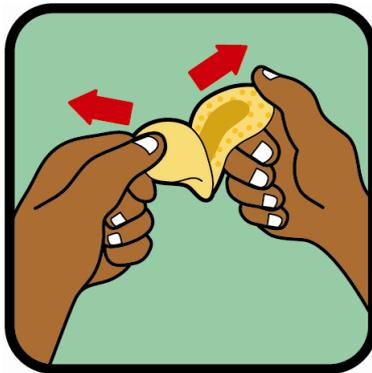
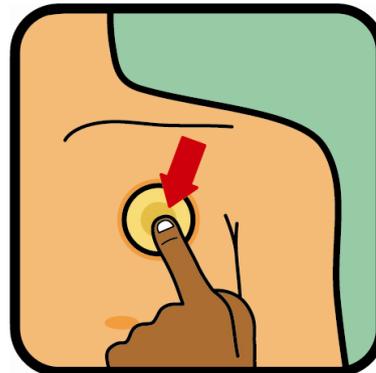


Figura 11 - Passo 7



Aerossol

1. Expectore o máximo de catarro possível.
2. Agite o tubo antes de usar.
3. Segure o aerossol como está indicado nas instruções do fabricante (normalmente de cabeça para baixo).
4. Coloque a boca firmemente em volta do bocal.
5. Incline a cabeça levemente para trás.
6. Respire devagar, esvaziando os pulmões tanto quanto for possível.
7. Inspire profundamente e ative o aerossol, mantendo a língua baixa.
8. Segure a respiração de 10 a 15 segundos.
9. Expire pelo nariz.
10. Lave a boca com água quente.

Figura 12 - Passos 4 a 6



Figura 13 - Passos 7 e 9



Inalador de cápsulas

1. Expectore o máximo de catarro possível.
2. Coloque a(s) cápsula(s) no inalador, conforme as instruções do fabricante.
3. Expire devagar e esvazie os pulmões tanto quanto for possível.
4. Coloque a boca firmemente em volta do bocal.
5. Incline a cabeça levemente para trás.
6. Respire profundamente pelo inalador.
7. Segure a respiração por 10 ou 15 segundos.
8. Expire pelo nariz.
9. Lave a boca com água quente.

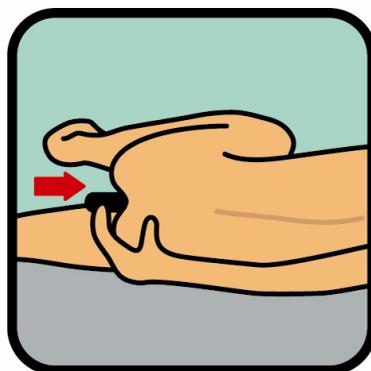
Figura 14 - Passo 4.



Supositório

1. Lave as mãos.
2. Remova a embalagem (a não ser que o supositório esteja mole demais).
3. Se o supositório estiver mole demais, endureça-o por resfriamento (na geladeira ou embaixo de uma torneira de água fria, ainda dentro da embalagem!). A seguir remova a embalagem.
4. Remova possíveis pontas ásperas aquecendo o supositório entre as mãos.
5. Umedeça o supositório com água fria.
6. Deite-se de lado e levante o joelho.
7. Cuidadosamente coloque o supositório no ânus, com a ponta arredondada primeiro.
8. Permaneça deitado por vários minutos.
9. Lave as mãos. Evite defecar pela primeira hora.

Figura 15 - Passo 6



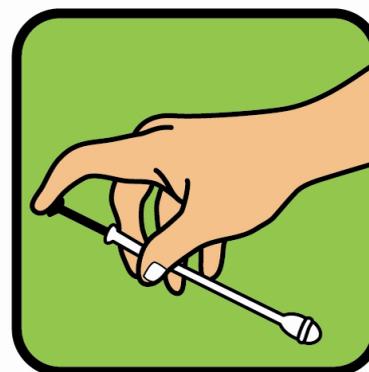
Comprimido vaginal com aplicador

1. Lave as mãos.
2. Remova a embalagem.
3. Coloque o comprimido no lado aberto do aplicador.
4. Deite, flexione e afaste as pernas.
5. Cuidadosamente coloque o aplicador com o comprimido para dentro da vagina, tanto quanto possível. Não force o aplicador para dentro!
6. Aperte o êmbolo para que o comprimido se solte.
7. Retire o aplicador.
8. Jogue fora o aplicador (se ele for descartável).
9. Limpe as duas partes do aplicador com sabão e água morna fervida (se o aplicador não for descartável).
10. Lave as mãos.

Figura 16 - Passos 4 e 5



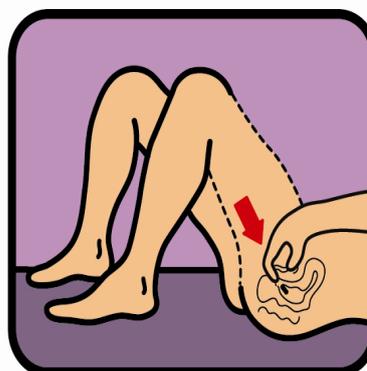
Figura 17 - Passo 6



Comprimido vaginal sem aplicador

1. Lave as mãos.
2. Remova a embalagem do comprimido.
3. Mergulhe o comprimido em água morna somente para umedecê-lo.
4. Deite, flexione e afaste as pernas.
5. Cuidadosamente coloque o comprimido dentro da vagina, tanto quanto possível. Não force o comprimido para dentro!
6. Lave as mãos.

Figura 18 - Passo 5.



Creme, pomada e gel vaginal

1. Lave as mãos.
2. Remova a tampa do tubo que contém o medicamento.
3. Coloque o aplicador no tubo.
4. Aperte o tubo até que a quantidade necessária esteja no aplicador.
5. Retire o aplicador do tubo (segure o cilindro).
6. Aplique uma pequena quantidade de creme na parte de fora do aplicador.
7. Deite, flexione e afaste as pernas.
8. Cuidadosamente coloque o aplicador na vagina tanto quanto possível. *Não* force o aplicador.
9. Segure o cilindro e com a outra mão empurre o êmbolo para baixo, inserindo assim o medicamento na vagina
10. Retire o aplicador da vagina.
11. Jogue o aplicador fora se ele for descartável ou limpe-o bem (com água fervida) se não for descartável.
12. Lave as mãos.

Figura 19 - Passos 4 e 5

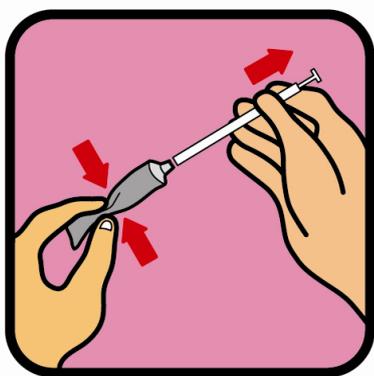
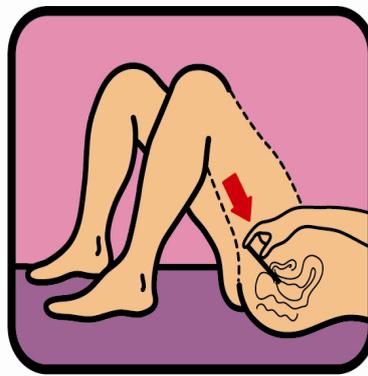


Figura 20 - Passos 7 e 8



Aspectos gerais da aplicação de uma injeção

1. Data de vencimento
2. Verifique a data de vencimento de cada item, inclusive do medicamento.
3. Medicamento
4. Certifique-se de que o frasco ou a ampola contém o medicamento correto na dose correta.
5. Esterilidade
6. Durante todo o procedimento preparatório, o material deve estar esterilizado.
7. Lave as mãos antes de começar a preparar a injeção.
8. Desinfete a pele no local da injeção.
9. Sem bolhas
10. Certifique-se de que não há bolhas de ar na seringa. Isso é mais importante para injeções intravenosas.
11. Prudência
12. Cuidado extra será necessário quando a proteção da agulha for removida.
13. Não toque em nada com a agulha desprotegida. Depois de a injeção ter sido aplicada tome cuidado para não espetar a si próprio ou a outra pessoa com a agulha.
14. Lixo
15. Certifique-se de que o lixo contaminado é jogado fora com segurança.

Aspiração de ampolas (vidro, plástico)

Materiais necessários

Seringa de tamanho adequado, agulha de tamanho adequado, ampola com medicamento adequado ou solução, gaze.

Técnica

1. Lave as mãos.
2. Coloque a agulha na seringa.
3. Remova rapidamente o líquido do gargalo da ampola. Para isso, agite a ampola ou gire a ampola rapidamente em um movimento espiral descendente.
4. Serre o gargalo da ampola.
5. Proteja seus dedos com gaze se a ampola for de vidro.
6. Cuidadosamente quebre a ponta da ampola (para uma ampola de plástico, torça a ponta).
7. aspire o fluido da ampola.
8. Remova todo o ar da seringa.
9. Limpe tudo; jogue fora a agulha com segurança; lave as mãos.

Figura 21 - Passo 4



Figura 22 - Passo 5



Figura 23 - Passo 6



Aspiração de um frasco

Materiais necessários

Frasco com medicamento adequado ou solução, seringa de tamanho apropriado, agulha do tamanho certo (IM, SC ou IV) na seringa, desinfetante, gaze.

Técnica

1. Lave as mãos.
2. Desinfete a tampa do frasco.
3. Use uma seringa com o dobro do volume da quantidade necessário de medicamento ou solução e adicione uma agulha.
4. Sugue a mesma quantidade de ar que a quantidade necessária de solução.
5. Coloque a agulha na (tampa do) frasco e vire o frasco de cabeça para baixo.
6. Bombeie ar para dentro do frasco (para criar pressão).

7. Aspire a quantidade necessária de solução e 0,1 mL a mais. Certifique-se de que a ponta da agulha está abaixo da superfície do líquido.
8. Puxe a agulha para fora do frasco.
9. Remova da seringa todo o ar que possa ter ficado.
10. Limpe tudo; jogue fora a agulha com segurança; lave as mãos.

Figura 24 - Passo 4.



Figura 25 - Passo 5.

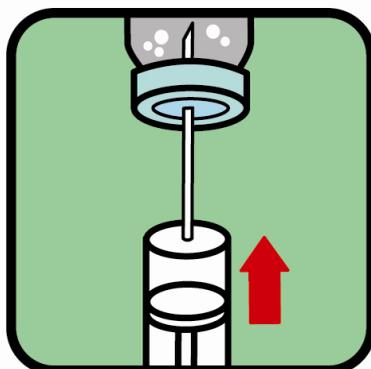
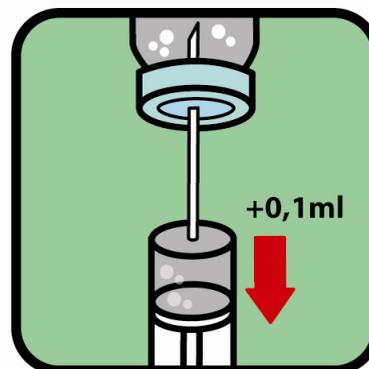


Figura 26 - Passo 8.



Dissolução de medicamento em pó

Materiais necessários

Frasco com o medicamento a ser dissolvido, seringa com a quantidade adequada de solvente, agulha do tamanho certo (IM, SC ou IV) na seringa, desinfetante, agulha para injeção, gaze.

Técnica

1. Lave as mãos.
2. Desinfete a tampa de borracha (parte de cima) do frasco do medicamento.
3. Coloque a agulha no frasco, mantenha o conjunto em pé.
4. Sugue o ar na mesma quantidade de solvente que já está na seringa.
5. Injete o fluido no frasco, não o ar!
6. Agite.
7. Vire o frasco de cabeça para baixo.
8. Injete o ar para dentro do frasco (criando pressão).
9. Aspire a quantidade total de solução (sem ar).
10. Remova todo o ar da seringa.
11. Limpe tudo; jogue fora a agulha com segurança; lave as mãos.

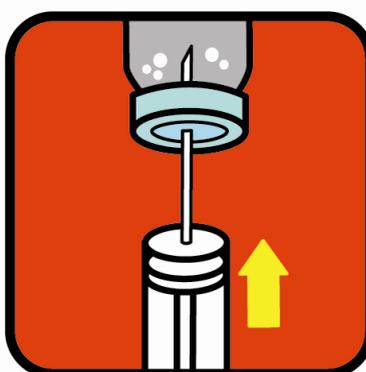
Figura 27 - Passo 4.



Figura 28 - Passo 5.



Figura 29 - Passo 8.



Injeção subcutânea

Materiais necessários

Seringa com o medicamento a ser administrado (sem ar), agulha (Gauss 25, curta e fina; na seringa), desinfetante líquido, algodão, esparadrapo.

Técnica

1. Lave as mãos.
2. Tranquilize o paciente e explique o procedimento.
3. Descubra a área a ser injetada (parte superior do braço, parte superior da perna, abdômen).
4. Desinfete a pele.
5. "Belisque" uma prega da pele.
6. Coloque a agulha na base da prega cutânea em um ângulo de 20 a 30 graus.
7. Solte a pele.
8. aspire brevemente, se aparecer sangue: retire a agulha, se possível troque por uma agulha nova e recomece do passo 4.
9. Injete vagorosamente (0,5 a 2 minutos!).
10. Retire a agulha rapidamente.
11. Aperte o algodão esterilizado contra a abertura. Coloque o esparadrapo.
12. Verifique a reação do paciente e tranquilize-o um pouco mais se for necessário.
13. Limpe tudo; jogue fora a agulha com segurança; lave as mãos.

Figura 30 - Passo 3.

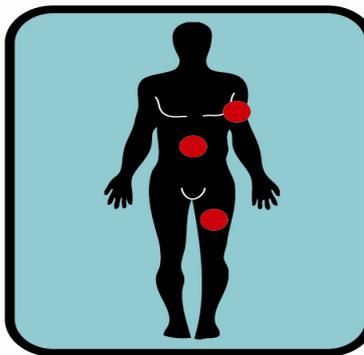


Figura 31 - Passo 5

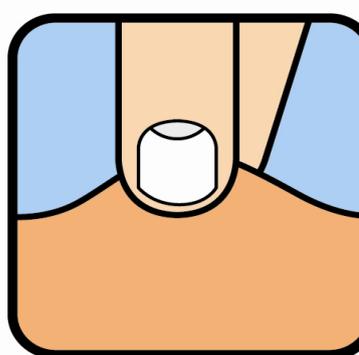
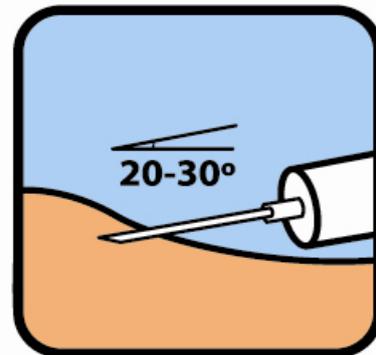


Figura 32 - Passo 6



Injeção intramuscular

Materiais necessários

Seringa com o medicamento a ser administrado (sem ar), agulha (Gauss 22, longa, espessura média; na seringa), desinfetante líquido, algodão, esparadrapo.

Técnica

1. Lave as mãos.
2. Tranquilize o paciente e explique o procedimento.

3. Descubra a área a ser injetada (glúteo principal no quadrante lateral superior, lateral da parte de cima da perna, músculo deltoide).
4. Desinfete a pele.
5. Peça ao paciente para relaxar o músculo.
6. Injete a agulha rapidamente com um ângulo de 90 graus (atenção para a profundidade!).
7. Aspire brevemente; se aparecer sangue, retire a agulha. Se possível, troque por uma agulha nova e recomece do passo 4.
8. Injete vagarosamente (menos dor).
9. Retire a agulha rapidamente.
10. Pressione o algodão esterilizado contra a abertura. Cole o esparadrapo.
11. Verifique a reação do paciente e tranquilize-o um pouco mais se for necessário.
12. Limpe tudo; jogue fora a agulha com segurança; jamais reencape a agulha.
13. Lave as mãos.

Figura 33 - Passo 3

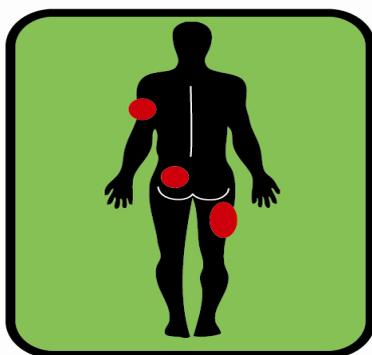


Figura 34 - Passo 6

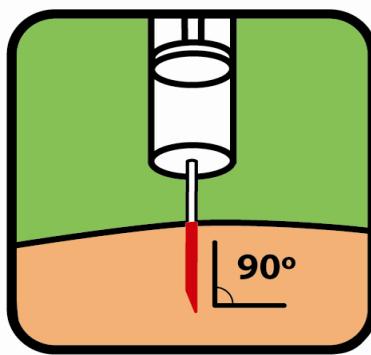
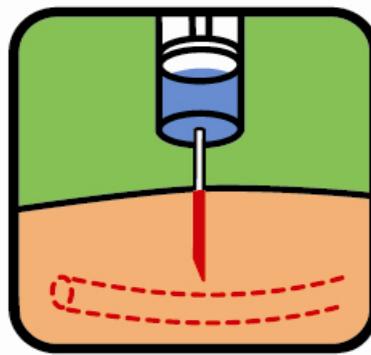


Figura 35 - Passo 7



Injeção intravenosa

Materiais necessários

Seringa com o medicamento a ser administrado (sem ar), agulha (Gauss 20, longa, espessura média; na seringa), desinfetante líquido, algodão, esparadrapo, torniquete.

Técnica

1. Lave as mãos.
2. Tranquilize o paciente e explique o procedimento.
3. Descubra o braço completamente.
4. Faça o paciente relaxar e apoie seu braço abaixo da veia a ser usada.
5. Aplique o torniquete e procure por uma veia adequada.
6. Espere a veia inchar.
7. Desinfete a pele.
8. Estabilize a veia puxando a pele até ela ficar bem lisa no sentido longitudinal da veia. Faça isso com a mão que você não estará usando para inserir a agulha.
9. Injete a agulha em um ângulo de aproximadamente 35 graus.
10. Perfure a pele e movimente a agulha um pouco para dentro da veia (3-5 mm).
11. Segure a seringa e a agulha com firmeza.

12. Aspire. Se aparecer sangue, segure a agulha com firmeza, você está na veia. Se não aparecer sangue, tente de novo.
13. Solte o torniquete.
14. Injete (muito) devagar. Controle a dor, o inchaço, o hematoma. Se você estiver em dúvida se ainda está na veia, aspire novamente!
15. Retire a agulha rapidamente. Aperte o algodão esterilizado contra a perfuração. Fixe o algodão com o esparadrapo.
16. Verifique a reação do paciente e, se necessário, tranquilize-o um pouco mais se for necessário.
17. Limpe tudo; jogue fora a agulha com segurança; lave as mãos.

Figura 36 - Passo 8



Figura 37 - Passo 9

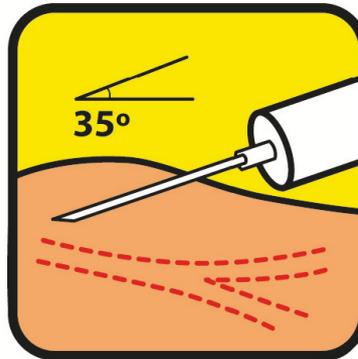
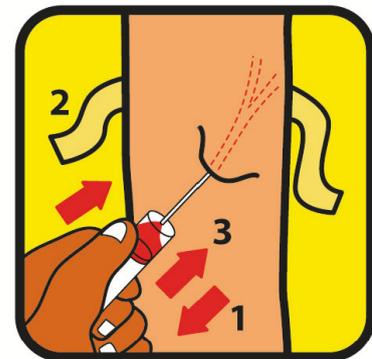


Figura 38 - Passos 11 a 14



2.7 Farmacovigilância - Notificação de reações adversas a medicamentos

Como reconhecer as “Reações Adversas aos Medicamentos”

Como as RAM podem se manifestar pelos mesmos mecanismos fisiológicos e patológicos de diferentes doenças, torna-se difícil e às vezes impossível distingui-las. No entanto, a abordagem seguinte pode ser útil para avaliar as possíveis RAM:

1. Assegurar-se de que o medicamento solicitado corresponde exatamente ao medicamento recebido e utilizado pelo paciente, na dose recomendada.
2. Verificar se o início da RAM suspeita ocorreu após o medicamento ter sido administrado, e não antes; discutir cuidadosamente a observação feita pelo paciente.
3. Determinar o intervalo de tempo entre o início do tratamento com medicamento e o início do evento.
4. Avaliar a suspeita de RAM após a descontinuidade do uso do medicamento ou da redução da dose e acompanhar o estado do paciente. Se for apropriado, reiniciar o tratamento com medicamento e monitorar a ocorrência de quaisquer eventos adversos.
5. Analisar as causas alternativas (outras que não o medicamento suspeito) que poderiam, por si só, causar a reação.
6. Usar literatura relevante e atualizada, juntamente com a experiência do profissional de saúde que lida com medicamentos e verificar se existem notificações prévias conclusivas sobre a reação. O centro nacional de farmacovigilância (Anvisa) e os centros de informações sobre medicamentos são fontes muito importantes para obter informações sobre RAM. O fabricante do medicamento também pode ser fonte de consulta.
7. Notificar a suspeita de RAM ao profissional designado para esse fim na sua instituição ou diretamente à Anvisa.

O QUE DEVE SER NOTIFICADO

- Em se tratando de medicamentos novos, notifique todas as reações suspeitas, inclusive as não graves. (Em muitos países, os medicamentos são considerados novos até cinco anos após seu registro no Ministério da Saúde).
- Em se tratando de medicamentos estabelecidos ou bem conhecidos, notifique todas as suspeitas de RAM graves e as inesperadas (incomuns).
- Notifique, caso seja observado, aumento da frequência de determinada reação.
- Notifique todas as suspeitas de RAM associadas a interações – medicamentos e medicamentos, medicamentos e alimentos, medicamento e suplementos alimentares (incluindo produtos fitoterápicos e de medicina alternativa).
- Notifique RAM em campos específicos de interesse, tais como abuso de drogas e uso de medicamentos na gravidez e durante a lactação.
- Notifique quando a suspeita de RAM estiver associada à retirada de medicamentos do mercado.
- Notifique RAM decorrentes de superdosagem ou de erro de medicação.
- Notifique quando houver perda de eficácia ou quando forem observados desvios de qualidade do medicamento.

**ENTÃO, NOTIFIQUE – O QUANTO ANTES –
TODAS AS SUSPEITAS DE REAÇÕES ADVERSAS
QUE CONSIDERAR DE IMPORTÂNCIA CLÍNICA!**

Fonte: OMS, 2004.

3 INTERAÇÃO DO FARMACÊUTICO COM OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A efetividade de um tratamento depende do envolvimento de diversos profissionais de saúde. O farmacêutico atua auxiliando diretamente no tratamento do paciente, por isso deve estar atento ao aparecimento de problemas indesejáveis e reconhecer, quando for o caso, a necessidade de outros profissionais da equipe de saúde para solucioná-los.

Dessa forma, a interação do farmacêutico com a equipe de atenção básica é importante não apenas para o bom andamento das atividades relacionadas ao cuidado ao paciente mas também para o sucesso da implantação das linhas guia na atenção primária à saúde. O trabalho em equipe torna-se essencial para a abordagem dos pacientes considerando os ciclos de vida, e as linhas guia são importantes ferramentas para essa atividade.

Uma das etapas deste programa envolve a comunicação entre o farmacêutico e o prescritor responsável pelo paciente em atendimento ou, quando for o caso, o encaminhamento do paciente para um profissional especializado. A comunicação verbal do farmacêutico com o prescritor utilizando o paciente como interlocutor torna-se complicada, diante da compreensão do paciente sobre o assunto e o repasse das informações, ao prescritor, de forma fidedigna. Sendo assim, durante o acompanhamento dos pacientes será proposto um modelo de comunicação entre os profissionais com uma estrutura definida. O encaminhamento deve ser feito em duas vias: uma a ser enviada ao prescritor e a outra retida com o farmacêutico.

A estrutura básica do modelo de comunicação deve conter:

Apresentação do paciente

Tem por objetivo informar os dados do paciente e demais dados que facilitem a resolução do caso. Incluir nome do paciente, idade, medicamentos usados e problema de saúde.

Problema de saúde

Descrever detalhadamente o problema de saúde do paciente, procurando utilizar-se dos termos usados pelo paciente para relatar o problema. Esse deve ter evidência real e não meramente teórica. A linguagem utilizada deve ser cuidadosa para não dar a suposição de um diagnóstico. Deve-se, quando for o caso, especificar exames físicos como medida da pressão arterial, glicemia, pulso, temperatura corporal, dentre outros.

Relação encontrada entre o problema de saúde e o uso de medicamentos

Descrever o parecer do farmacêutico sobre os medicamentos usados pelo paciente, fazendo, assim, uma avaliação cuidadosa do caso. O farmacêutico deve apresentar seus argumentos e sugestões.

Despedida

Consiste na despedida formal, deixando clara a obrigação legal do farmacêutico em realizar o acompanhamento de um tratamento farmacológico e solicitando uma avaliação do caso pelo prescritor. Deve incluir nome, registro no conselho de classe, assinatura do farmacêutico e um telefone de contato.

Modelo de carta para profissionais de saúde com informações sobre resultados do acompanhamento de pacientes nas Unidades da Rede Farmácia de Minas (encaminhamento)

Cidade, _____ de _____ de 20____.

Prezado(a) Sr(a) _____:

O/A paciente (*preencher com o nome completo e idade*) foi atendido em (*data do atendimento*), na Unidade da Rede Farmácia de Minas, que possui um programa de cuidado farmacêutico. Propõe-se, assim, parceria para consolidar a relação entre a equipe de saúde e o paciente, tornando-o personagem ativo em seu cuidado.

O/A paciente utiliza (nome dos medicamentos) e apresenta (problema de saúde). Durante o acompanhamento observaram-se: (descrever os problemas de saúde, queixas de RAM, resultados alcançados, relação entre os problemas apresentados e os medicamentos em uso e, se necessário, sugerir intervenções).

Agradeço a atenção e estou à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos sobre estas e outras questões pertinentes ao caso.

Atenciosamente,

Nome do Farmacêutico

CRFMG

Telefone –

4. CICLOS DE VIDA

Neste capítulo são descritas as características especiais sobre cada ciclo de vida, que devem auxiliar na abordagem aos pacientes. As linhas guia a seguir foram utilizadas como fonte de referência na descrição das condutas e abordagens para cada ciclo de vida:

- Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério
- Atenção à Saúde da Criança
- Atenção à Saúde do Adolescente
- Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão e Diabetes
- Atenção à Saúde do Adulto – Tuberculose
- Atenção à Saúde do Adulto – Hanseníase
- Atenção à Saúde do Idoso

Na Seção 5 “Formulários do Prontuário de Registro Farmacêutico” são apresentados os formulários necessários para o acompanhamento farmacoterapêutico. No primeiro, Formulário da Primeira Consulta, os campos 1 a 5 devem ser preenchidos para todos os pacientes e, a seguir, os específicos para cada ciclo de vida.

Conduta/encaminhamento

Respeitando sua competência profissional e seus princípios éticos, o farmacêutico é corresponsável dentro da equipe de saúde pelo acompanhamento do paciente e a manutenção de sua qualidade de vida. Para tanto, ao observar qualquer risco aparente dentro dos pontos principais abordados, o farmacêutico deve avaliar a necessidade de qualquer conduta: não fazer nada; encaminhar imediatamente a outro profissional competente; ou iniciar o acompanhamento farmacoterapêutico, prevenção e promoção da saúde e vigilância de doenças.

A forma de encaminhamento para outro profissional, quer seja da atenção básica, quer seja de serviços especializados, deve seguir a rotina já estabelecida em cada município. O farmacêutico deve, portanto, tomar conhecimento dos trâmites municipais e dos fluxos assistenciais do SUS.

4.1 Criança (0 a 9 anos)

Abordagem

O acompanhamento da criança se inicia na gravidez com a monitorização do seu crescimento intra-útero e das condições gerais de saúde. Para isso, é fundamental o encaminhamento precoce das gestantes para o pré-natal e a identificação das situações de risco para a saúde da criança, que impõem a necessidade de uma atenção mais cuidadosa.

A assistência à criança se baseia na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico precoce e na recuperação dos agravos à saúde. O acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes – como diarreia e afecções respiratórias agudas, e pelas ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações – contribui para a promoção de uma boa qualidade de vida. Para isso, torna-se impres-

cindível o esforço conjunto da família, da equipe e das diversas organizações, governamentais ou não.

A amamentação tem se mostrado uma importante ação de promoção da saúde e prevenção de uma série de agravos para a criança, a mãe e a família. É uma ferramenta das mais úteis e de mais baixo custo que se pode utilizar para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis das crianças.

Medicamentos e lactação

Em geral, lactantes devem evitar o uso de quaisquer medicamentos. Entretanto, se for imperativo, deve-se optar por um fármaco que seja pouco excretado no leite materno ou que não apresente risco aparente para a saúde da criança.

Medicamentos de uso contínuo pela mãe são potencialmente de maior risco para o lactente pelos níveis que poderiam alcançar no leite materno.

Medicamentos usados por um período curto, por exemplo, durante uma doença aguda, são menos perigosos.

Critérios para prescrição de medicamentos em mães durante a lactação:

- Avaliar se a terapêutica é necessária e indispensável.
- Utilizar medicamentos sabidamente seguros para a criança, de menor efeito colateral. Em geral, medicamentos usados em pediatria são aceitáveis para o uso materno durante a lactação.
- Em caso de risco para o lactente, fazer avaliação clínica e dosagens laboratoriais para determinar os níveis plasmáticos no lactente.
- Programar o horário de administração do medicamento à mãe, evitando que o pico no sangue e no leite materno coincida com o horário da amamentação.
- Evitar fármacos de ação prolongada pela maior dificuldade de ser excretados pelo lactente. Também, se possível, devem ser escolhidos medicamentos que possam atingir níveis menores no leite materno.
- Observar na criança o aparecimento de quaisquer sinais ou sintomas, tais como alteração do padrão alimentar, hábitos de sono, agitação, tônus muscular, distúrbios gastrintestinais.
- Medicamentos de menor risco
- Analgésicos: acetaminofeno, dipirona, ibuprofeno, sumatriptano; morfina e meperidina quando utilizadas por curto tempo.
- Antidepressivos: clomipramina, sertralina e fluoxetina (as duas últimas concentram-se no leite: observar); amitriptilina e imipramina (sonolência e efeito anticolinérgico com uso prolongado).
- Anti-histamínicos: loratadina, triprolidina.
- Antiespasmódicos: hioscina, atropina (observar o lactente; pode diminuir produção de leite).
- Antiepilépticos: carbamazepina, fenitoína, ácido valproico.
- Antieméticos: bromoprida (curto tempo), dimenidrinato, metoclopramida (curtos períodos e doses baixas; risco de reação extrapiramidal e sedação).
- Antimicrobianos: penicilinas, cefalosporinas (algumas mais novas exigem cautela), aminoglicosídeos, macrolídeos.
- Anticoagulantes: varfarina, dicumarol.
- Anticoncepcionais: preferir os que têm apenas progestógenos. Medroxiprogesterona somente seis semanas após o parto.
- Antagonistas beta-adrenérgicos: propranolol, labetalol, inibidores da enzima conversora de angiotensina (inibidores da ECA), bloqueadores do canal de cálcio.

- Hormônios: propiltiuracil, insulina, levotiroxina, prednisona, prednisolona.
- Laxantes: óleo mineral ou os formadores de massa como farelos, fibras, metilcelulose, psílio.
- Ação no aparelho respiratório: pseudoefedrina (pode concentrar-se no leite); codeína (sedação); epinefrina, terbutalina, salbutamol (preferir inalação).
- Vitaminas e minerais: não usar dose que exceda as cotas diárias recomendadas.
- Medicamentos contraindicados
- Imunossuppressores e citotóxicos, amiodarona, androgênios, anticoncepcional hormonal combinado (seu efeito é menor após o sexto mês), sais de ouro e drogas de abuso ou de vício.
- Compostos radioativos exigem suspensão da lactação por um determinado período (consultar referências).

Outras substâncias

- Nicotina e álcool devem ser evitados.
- Chocolate em grandes quantidades (mais de 450 g por dia) pode levar a efeitos secundários no lactente.
- Café, chá mate ou chá preto em grandes quantidades.
- Aspartame não deve ser usado em fenilcetonúricos (mãe ou lactente).

Violência

A violência doméstica é processo de vitimização que pode se prolongar por meses ou anos. Geralmente, exige a cumplicidade do responsável não agressor e da vítima. Como acontece no espaço privado da família, reveste-se da característica do sigilo, e às crianças e adolescentes não é permitido sequer expressar sua dor. Além disso, crianças e adolescentes maltratados podem facilmente transformar-se em adultos agressores, segundo inúmeras pesquisas sobre o fenômeno. Identificar maus-tratos e notificá-los às autoridades é obrigação dos profissionais de atenção à infância e adolescência e, em especial, dos profissionais da saúde.

Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais, conforme os artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e Adolescente, Lei 8069, de 13/07/1990.

Desnutrição Energético-Protéica

A desnutrição energético-protéica é o conjunto de condições patológicas que resulta da deficiência concomitante de calorias e de proteínas, e ocorre com maior frequência em lactentes e pré-escolares, geralmente associada a infecções repetidas e a outros déficits nutricionais.

A assistência à criança desnutrida baseia-se no desenvolvimento de ações preventivas, na identificação do problema e na implementação de um plano de intervenção, devendo ser encaminhada ao profissional competente.

Apesar da significativa redução de sua prevalência nas duas últimas décadas, a desnutrição continua sendo um sério problema, especialmente em áreas rurais e nas regiões mais pobres do País. Atualmente verifica-se o predomínio das formas leves e moderadas da doença, que, por se manifestarem apenas por déficit de peso e/ou altura, são pouco diagnosticadas e valorizadas.

Diarreia

A diarreia é a perda aumentada de água e eletrólitos nas fezes com a modificação brusca do hábito intestinal. Clinicamente apresenta-se como aumento no número de evacuações e/ou pela diminuição da consistência das fezes, associada ou não a vômitos e/ou febre. A percepção materna da mudança do hábito intestinal deve ser valorizada.

As complicações principais da diarreia são a desidratação e a desnutrição, que podem levar à morte. A diarreia ainda é um fator importante na morbimortalidade em menores de cinco anos, apesar do avanço incontestável na prevenção da sua complicação através do soro de reidratação oral (SRO).

A diarreia persistente é uma doença com componente nutricional muito importante e constitui um fator de risco para a desnutrição. Ela se caracteriza pela manutenção da diarreia por 14 dias ou mais. Nesse caso, a criança deverá ser encaminhada para atendimento pediátrico.

A criança com disenteria

- Uma vez classificado o estado de hidratação e abordado adequadamente, a conduta para as crianças com diarreia com sangue é prescrever sulfametoxazol + trimetoprim se houver comprometimento do estado geral.
- Não são necessários exames laboratoriais.
- Marcar retorno em dois dias e orientar a mãe a retornar imediatamente à unidade, caso haja piora do quadro.

Tosse e/ou dificuldade respiratória

A criança que é levada ao serviço de saúde com queixa de tosse e/ou dificuldade respiratória deve receber atenção cuidadosa, pois a possibilidade de diagnósticos é ampla, englobando uma variedade de doenças que vão desde o resfriado comum até situações de risco de vida, como pneumonia e a crise asmática grave.

O profissional de saúde deve estar atento aos sinais e sintomas de alerta e tomar as decisões adequadas o mais rapidamente possível. É fato que a maioria das paradas cardiorrespiratórias na infância se iniciam com um quadro de insuficiência respiratória que, por esse motivo, deve ser prevenida com a abordagem adequada das afecções de vias aéreas.

A Linha Guia de Atenção à Saúde da Criança orienta o tratamento das principais infecções de vias aéreas superiores e asma. No caso de uso de antibióticos, broncodilatadores e corticosteroides o farmacêutico deve promover o uso racional junto à mãe e/ou cuidador.

Parasitoses intestinais

No atendimento das crianças com parasitose intestinal, percebem-se facilmente as desigualdades na nossa sociedade. A doença parasitária acomete tanto as crianças de meio social mais favorecido quanto as submetidas à privação social, mas enquanto nas primeiras o comprometimento orgânico geralmente é discreto, nas outras as repercussões são muito mais importantes e, às vezes, graves. Exemplos disso são o prolapso retal e a enterorragia da tricocefalíase, a anemia da ancilostomíase, a obstrução intestinal da ascariíase, complicações que ocorrem mais frequentemente em crianças desnutridas.

Além disso, a reinfestação é mais comum nas crianças socialmente desprotegidas e implica sucessivos tratamentos, quase sempre desanimadores porque não resolvem o problema, que está ligado às más condições sociais. Por isso, a abordagem social é fundamental, e o tratamento não deve visar somente os parasitas, mas primordialmente o hospedeiro e a comunidade.

Anemia ferropriva

É muito comum nos primeiros anos de vida devido a aspectos peculiares do metabolismo do ferro e da alimentação nessa faixa etária. Após o nascimento, a criança precisa absorver grande quantidade de

ferro diariamente para manter um nível adequado do mineral, e sua alimentação supre marginalmente as necessidades de ferro nos primeiros anos de vida. Além disso, devem ser consideradas as perdas normais que ocorrem na excreção e as anormais de causas variadas, como nas micro-hemorragias pela alimentação com leite de vaca ou na espoliação parasitária.

Apesar de acometer principalmente as crianças de baixo nível socioeconômico, a carência de ferro está presente em todas as categorias sociais e, se não tratada, provocará repercussões importantes no organismo da criança, desde diminuição da imunidade e da resistência às infecções até alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e baixo rendimento escolar. Representa, portanto, importante problema de saúde pública.

Fatores de risco:

- prematuros e recém-nascidos de baixo peso;
- lactentes a termo em aleitamento artificial;
- lactentes em aleitamento materno por mais de seis meses, sem aporte adequado de ferro dietético;
- adolescentes de ambos os sexos;
- gestantes e nutrízes;
- crianças com quadros diarreicos frequentes e prolongados e com infestação parasitária.

Sintomas: palidez, irritabilidade, anorexia, falta de interesse, falta de atenção, perversão do apetite etc.

Tuberculose (TB)

Estima-se que ocorrem aproximadamente 130 mil casos por ano no Brasil, dos quais 90 mil são notificados. Os casos de TB em menores de 15 anos correspondem a cerca de 15% do total.

A TB deve ser suspeitada em toda criança com tosse persistente por mais de 3 semanas, febre prolongada, tosse, perda de peso, diminuição do apetite, sudorese noturna, astenia. A febre, muitas vezes, é o dado que chama mais atenção, sendo vespertina e com duração de 15 dias ou mais. Pacientes com quadro respiratório persistente sem resposta a tratamentos prévios, como, por exemplo, pneumonia de evolução lenta que não melhora com o uso de antimicrobianos para bactérias comuns, também devem ser considerados casos suspeitos.

A orientação atual do Ministério da Saúde é encaminhar os casos suspeitos de tuberculose em crianças para uma unidade de saúde, onde se buscará a confirmação do diagnóstico e será indicado (ou não) o tratamento.

Antes de se iniciar a terapia farmacológica, é necessário conversar com o responsável pela criança sobre o tratamento, sua importância, duração, efeitos colaterais possíveis e riscos do abandono. A não adesão e o abandono são os principais problemas durante o tratamento, por isso devem ser evitados com aconselhamento farmacêutico demonstrando a fundamental participação do responsável pelo sucesso do tratamento. Recomenda-se que o farmacêutico acompanhe a administração dos medicamentos (tratamento supervisionado) durante 3 vezes por semana nos primeiros 2 meses e mantenha observação semanal até o final do tratamento.

As ações de prevenção da disseminação da tuberculose compreendem:

- melhoria das condições de vida da população;
- tratamento dos casos bacilíferos: é a atividade prioritária dos profissionais da atenção básica no controle da tuberculose, uma vez que permite anular rapidamente as maiores fontes de infecção;
- vacinação com BCG: é eficaz principalmente na prevenção das formas graves da doença e indicada para todas as crianças com menos de seis anos no Brasil;

- em casos de ausência de cicatriz vacinal aos seis meses, é recomendado revacinar;
- uma segunda dose de rotina é recomendada aos 10 anos;
- não é necessário realizar PPD antes da revacinação;
- não há necessidade de revacinação caso a primeira dose tenha sido feita com seis anos ou mais;
- deve ser adiada em recém-nascidos com menos de 2 kg;
- é contraindicada em imunodeprimidos, inclusive em doentes com Aids;
- recém-nascidos filhos de mãe HIV positivo devem receber a primeira dose.

Todos os casos de tuberculose são de notificação compulsória; existe impresso próprio nas Unidades Básicas de Saúde (Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAM).

Triagem neonatal positiva

O Programa Nacional de Triagem Neonatal prevê o diagnóstico de quatro doenças: hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, doença falciforme e fibrose cística. As gestantes devem ser orientadas ao final da gestação sobre a importância do teste do pezinho e a época do procedimento. A coleta de sangue para o teste é realizada na unidade de saúde, entre o 3º e o 7º dia de vida da criança.

O diagnóstico precoce possibilita intervenções também precoces, que previnem sequelas e complicações, porque reduzem a morbimortalidade e permitem que as crianças tenham uma melhor qualidade de vida.

Todas as crianças que apresentam alterações no teste do pezinho são automaticamente encaminhadas para os serviços de referência para cada doença, onde são acompanhadas. Simultaneamente a criança é acompanhada pela equipe de saúde da UBS. O atendimento aos eventos agudos é de responsabilidade das UBS e dos serviços de prontoatendimento.

Doenças de transmissão vertical

As doenças transmitidas de mãe para filho durante a gestação ou no momento do parto apresentadas como de maior relevância são a toxoplasmose e sífilis congênitas, além da infecção pelo HIV.

O farmacêutico deve, portanto, empenhar-se em aconselhar a gestante a realizar um pré-natal de qualidade, com acesso aos testes laboratoriais para o diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e toxoplasmose e aos esquemas terapêuticos indicados, sabendo que isso pode ser decisivo para a redução de morbimortalidade do recém-nascido (RN).

Avaliação do risco

A criança pode ser classificada em Grupo I e Grupo II, de acordo com o risco que apresenta e o grau de complexidade requerido para a sua abordagem.

Grupo I: Situações que impõem uma atenção mais cuidadosa. A criança pode ser acompanhada pela equipe de saúde, avaliando-se periodicamente a necessidade de encaminhamento.

- Mãe com baixa escolaridade;
- Mãe adolescente;
- Mãe deficiente mental;
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa para essas doenças;
- Morte materna;
- História de óbito de menores de 1 ano na família;
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis;

- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas;
- Criança nascida de parto domiciliar não assistido;
- Recém-nascido retido na maternidade;
- Desmame antes do 6º mês de vida;
- Desnutrição;
- Internação prévia;
- Criança não vacinada ou com vacinação atrasada.

Grupo II: Há indicação de acompanhamento por pediatra e/ou especialista. Essas crianças deverão ser encaminhadas a um serviço de referência, mantendo-se o acompanhamento concomitante pela equipe de saúde.

- Baixo peso ao nascer;
- Prematuridade;
- Desnutrição grave;
- Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística;
- Doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis, AIDS;
- Sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído para toxoplasmose, sífilis e AIDS;
- Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar;
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Evolução desfavorável de qualquer doença.

Prontuário de registro farmacêutico

Preencher o formulário específico da “Primeira Consulta” - campos 6, 7 e 8.

4.2 Adolescente (10 a 19 anos)

Abordagem

Considerando as peculiaridades do adolescente e objetivando estimular sua maior procura pelos serviços dentro e fora do Sistema Único de Saúde, dentro do princípio de melhoria da prestação do atendimento por meio da humanização, é importante que se estabeleça desde o início, uma relação de confiança entre o profissional e o jovem, conquistada pela empatia e pelo respeito. Após o acolhimento direcionado para adolescentes com linguagem adequada e paciência, a postura do profissional deve demonstrar disponibilidade para ouvir.

A abordagem do adolescente deve abranger questões que levem ao conhecimento sobre o rendimento escolar, a convivência familiar, o relacionamento com grupos de amigos (situações de risco), as metas e planos para o futuro e outros aspectos. À medida que o diálogo se desenvolve, o profissional deve mostrar ao jovem seu real interesse quanto aos problemas e preocupações, evitando assumir a posição de pais. Além disso, deve estar atento principalmente às queixas e saber que nem sempre aquelas verbalizadas exteriorizam sua verdadeira preocupação.

Principais pontos a serem observados

Adolescentes com fracasso escolar, com problemas familiares sérios, ligados a grupos de risco e sem expectativas em relação ao futuro são raivosos e deprimidos, por isso necessitam de maiores cuidados.

Quando a conversa é conduzida com esses cuidados, os jovens se sentem confiantes e respondem com honestidade às perguntas e aos questionamentos que lhes são feitos. Nesses momentos as situações de emergências e de risco na adolescência deverão ser detectadas para o estabelecimento imediato de estratégias de ações.

Saúde nutricional

As carências e os distúrbios nutricionais mais relevantes em saúde pública entre os adolescentes são: obesidade, anemia, desnutrição e outros transtornos alimentares, como bulimia nervosa e anorexia nervosa. O método mais adequado para a avaliação nutricional é o índice de massa corporal (ver tabelas de referência na Linha Guia de Atenção à Saúde do Adolescente). Caso haja suspeita, proceder ao encaminhamento para o profissional competente.

Sexualidade e saúde mental

A abordagem dos aspectos psicossociais e comportamentais dos adolescentes requer atenção especial no que concerne à conduta e à saúde mental (depressão, uso de drogas e álcool, suicídio), devendo ser avaliada a necessidade de encaminhamento ao profissional especializado.

Doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS

Nunca se deve deixar de abordar os jovens sobre seu comportamento sexual para que se possa discutir questões que envolvem o sexo seguro, promovendo a conscientização e a importância do autocuidado.

Em caso de suspeita de uma DST, o adolescente deve ser encaminhado ao serviço especializado o mais rápido possível, para que o diagnóstico seja realizado e o tratamento adequado seja acompanhado, evitando assim futuras complicações, além da transmissão da doença, caso seja confirmada.

Métodos anticoncepcionais

Existem diversas opções no mercado e sua efetividade depende da forma como são utilizadas. Alguns obstáculos para o uso adequado pelos adolescentes são evidentes. O mais básico de todos é a falta de informações adequadas sobre todos os métodos: sua eficácia, qual a ação anticoncepcional, como podem falhar, que efeitos adversos podem ocorrer.

Gestação X Aborto

Frente ao não desejo da gravidez, a pressão dos familiares, do parceiro e as incertezas decorrentes da nova realidade, algumas adolescentes optam pelo aborto, colocando-se frequentemente em risco quanto a complicações clínicas, infertilidade e risco de morte. Por outro lado, a ocorrência da gravidez desejada na adolescência pode representar um grupo significativo de adolescentes. Quando planejada, ela tende a ser vivida de maneira mais positiva, trazendo menos impactos negativos para a vida da mãe e do bebê.

A adolescente grávida deve ser encaminhada para iniciar seu pré-natal o mais cedo possível e, no

caso de gravidez não desejada, ela deve ser orientada para prevenção de nova gestação.

Avaliação do risco

Situações que configuram **risco** para os adolescentes são:

- faixa etária dos 10 aos 14 anos de idade;
- início da atividade sexual precocemente, sem proteção para DST/Aids e gravidez;
- existência de irmãs grávidas adolescentes ou que foram mães adolescentes;
- falta à escola, com frequência com evasão escolar e com problemas escolares;
- residência em áreas de riscos à saúde e em locais onde há aumento de violência;
- família desestruturada;
- ocorrência ou risco de violência doméstica;
- riscos nutricionais: anemia ferropriva, hipovitaminoses, obesidade e desnutrição;
- doenças crônicas e necessidades especiais.

Situações de **alto risco** para os adolescentes são:

- doenças sexualmente transmissíveis ou Aids;
- gravidez precoce não planejada;
- transtornos alimentares: bulimia e anorexia;
- uso/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas (com destaque ao uso do tabaco e do álcool);
- submissão a ocorrência de exploração sexual;
- depressão;
- transtornos mentais e/ou risco de suicídio;
- fuga com frequência de casa ou moradia nas ruas.

Prontuário de registro farmacêutico

Preencher o formulário específico da "Primeira Consulta" - campos 9, 10 e 11.

4.3 Adulto (20 a 59 anos)

Hipertensão arterial

Hipertensão arterial é definida pela persistência dos níveis de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. Trata-se de uma doença de início silencioso, com repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovascular e renovascular, acompanhada frequentemente de comorbidades de grande impacto para os indicadores de saúde da população.

Para prevenir doenças cardiovasculares, os indivíduos com PAS de 120 a 139 mm Hg ou PAD de 80 a 89 mm Hg devem ser considerados pré-hipertensos e começar modificações do estilo de vida para promover a saúde.

A determinação do risco cardiovascular (RCV) depende da classificação do estágio da hipertensão bem como da presença de fatores de risco cardiovascular, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas.

Fatores de risco cardiovascular:

- Tabagismo

- Dislipidemia
- Diabetes *mellitus*
- Nefropatia
- Idade acima de 60 anos
- História familiar de doença cardiovascular em mulheres com menos de 65 anos ou homens com menos de 55 anos

Outros fatores:

- Relação cintura/quadril aumentada
- Circunferência da cintura aumentada
- Microalbuminúria
- Tolerância à glicose diminuída/glicemia de jejum alterada
- Hiperuricemia
- PCR ultra-sensível aumentada

PCR ultrasensível aumentada – São definidas quatro categorias de risco cardiovascular absoluto (global), mostrando que mesmo os pacientes classificados nos estágios 1, 2 ou 3 podem pertencer a categorias de maior ou menor risco na dependência de comorbidades ou fatores de riscos associados (Quadro 6):

Grupo de baixo risco: homens < 55 anos e mulheres < de 65 anos, com hipertensão de grau I e sem fatores de risco. Nesse grupo, a probabilidade de um evento cardiovascular grave é menor que 15%.

Grupo de risco médio: Portadores de HA grau 1 ou 2, com 1 ou 2 fatores de risco cardiovascular. Pode variar com baixos níveis de pressão arterial e múltiplos fatores de risco, enquanto outros possuem altos níveis de pressão arterial e nenhum ou poucos fatores de risco. Nesse grupo a probabilidade de um evento cardiovascular grave é de 15 e 20%.

Grupo de risco alto: Portadores de HA grau 1 ou 2 que possuem 3 ou mais fatores de risco e são também portadores de hipertensão grau 3 sem fatores de risco. A probabilidade de evento cardiovascular é de 20 e 30%.

Grupo de risco muito alto: portadores de HA grau 3, que possuem 1 ou mais fatores de risco, com doença cardiovascular ou renal manifesta. A probabilidade de um evento cardiovascular é de 30%.

Quadro 6. Classificação de risco cardiovascular.

| Fatores de risco ou doenças associadas | Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99 | Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109 | Grau 3 Hipertensão grave PAS ≥ 180 ou PAD ≤ 110 |
|---|---|---|--|
| I. Sem outros fatores de risco (FR) | RISCO BAIXO | RISCO MÉDIO | RISCO ALTO |
| II. 1 a 2 fatores de risco | RISCO MÉDIO | RISCO MÉDIO | RISCO MUITO ALTO |
| III. 3 ou mais FR ou lesões nos órgãos alvo ou diabetes | RISCO ALTO | RISCO ALTO | RISCO MUITO ALTO |
| IV. CCA* | RISCO MUITO ALTO | RISCO MUITO ALTO | RISCO MUITO ALTO |

CCA: condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal.

Fonte: Linha Guia Atenção à Saúde do Adulto: Hipertensão de diabetes, SES/MG, 2006.

As classes dos anti-hipertensivos usados são:

- diuréticos;
- inibidores adrenérgicos (ação central, alfa1-bloqueadores, betabloqueadores);
- vasodilatadores diretos;
- bloqueadores de canais de cálcio;
- inibidores da enzima conversora da angiotensina; antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II.

Diabetes mellitus

Diabetes *mellitus* é um quadro de hiperglicemia crônica, acompanhado de distúrbios no metabolismo de carboidratos, de proteínas e de gorduras. A hiperglicemia, nesse caso, resulta da deficiente secreção de insulina pelas células beta, resistência periférica à ação da insulina ou ambas. Seus efeitos crônicos incluem dano ou falência de órgãos, especialmente rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.

Diabetes tipo 1

- Período pré-clínico: os sintomas só se manifestam quando da destruição de 80-90% da massa funcional de células beta (β) e são intermitentes.
- Período clínico: diagnóstico da doença oscila habitualmente entre 01 e 06 semanas; a criança costuma apresentar sinais de desidratação e desnutrição graves, lesões decorrentes de micose oral e genital (vulvovaginite, balanopostite).
- Sintomas: início abrupto.
- Massa corpórea: magra.
- Tendência a cetose: presente.
- Hereditariedade: pouca influência hereditária.
- Dependência de insulina: deterioração clínica, se não tratado imediatamente com insulina.

Diabetes tipo 2

- Sintomas: oligossintomático ou 50% assintomático.
- Massa corpórea: obesidade abdominal "androide ou tipo maçã" (quando a razão entre a circunferência da cintura e do quadril é maior que 1 m para os homens e maior que 0,80 m para as mulheres).
- Tendência a cetose: pouco frequente, exceto em situações de estresse (infarto do miocárdio, septicemia, entre outras).
- Hereditariedade: fortemente presente.
- Dependência de insulina: pode ocorrer com a progressão da doença.
- Em torno de 30% dos pacientes com diabetes necessitarão, em algum momento de suas vidas, do tratamento com insulina.
- Nos pacientes com diabetes tipo 2, a terapia precoce com insulina pode preservar a função das células β , melhorar o metabolismo lipídico e reduzir a mortalidade após infarto agudo do miocárdio.

O tratamento do diabetes está fundamentado em três pilares: a educação, as modificações no estilo de vida e, se necessário, o uso de medicamentos. O portador de diabetes deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos de vida saudáveis, através da manutenção de peso adequado, da prática regular de atividade física, da suspensão do tabagismo e do baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas

Os medicamentos antidiabéticos devem ser empregados quando não se controlar os níveis glicêmicos após o uso das medidas dietéticas, da perda de peso, da prática de exercício físico regular e

da suspensão do tabagismo.

A progressão da doença caracteriza-se pelo aumento gradual da glicemia de jejum ao longo do tempo e faz com que haja necessidade de aumentar a dose dos medicamentos e/ou de acrescentar outros para controlar o curso da doença.

O tratamento deve ser realizado com os medicamentos orais e/ou com insulinas (descrição detalhada na Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão e Diabetes). Os objetivos do tratamento são listados no Quadro 6.

Quadro 7 - Objetivos do tratamento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

| GLICOSE PLASMÁTICA (MG/GL)* | |
|------------------------------------|---------------------------|
| Jejum | 110 |
| Jejum 2 horas pós prandial | 140 |
| Glicohemoglobina (%)* | Limite superior do método |
| COLESTEROL (MG/GL) | |
| Total | < 200 |
| HDL | > 45 |
| LDL | < 100 |
| Triglicérides | < 150 |
| PRESSÃO ARTERIAL (MMHG) | |
| Sistólica | < 120 ** |
| Diastólica | < 80 ** |
| IMC (Kg/m ²) | 20-25 |

* Quanto ao controle glicêmico, deve-se procurar atingir valores mais próximos do normal. Aceitam-se, nesses casos, valores de glicose plasmática de até 126mg/dL e de duas horas pós- prandiais até 160mg/dL e níveis de glicohemoglobina até um ponto percentual acima do limite superior do método utilizado. Acima desses valores, é sempre necessário realizar intervenção para melhorar o controle metabólico.

** Valores de referência de acordo com o VII Joint National Committee on Prevention, Detction, Evolution, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA, 2003.

Fonte: Linha Guia Atenção à Saúde do Adulto: Hipertensão de diabetes, SES/MG, 2006.

A hipoglicemia é uma complicação aguda do diabetes *mellitus* e ocorre com glicemia abaixo de 60 mg/dL. Sinais e sintomas característicos são: tremores, sudorese intensa, palidez, palpitações, fome intensa, visão borrada, tonturas, cefaleia, convulsão, perda da consciência e coma. O paciente torna-se tolerante aos sinais clássicos da hipoglicemia, o que exige atenção maior tanto dos profissionais quanto do paciente. Outras complicações agudas são cetoacidose e coma hiperosmolar.

As complicações crônicas podem ser decorrentes de alterações: microangiopáticas na microcirculação (retinopatias e nefropatias), macroangiopáticas na macrocirculação (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica) e neuropáticas.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações são:

- longa duração da doença, mau controle metabólico;
- presença de hipertensão arterial, tabagismo e alcoolismo;
- complicações preexistentes; gestação.

Rastreamento das complicações

- Diabetes tipo 1: anual, a partir do 5º ano de diagnóstico (particularmente importante na puberdade).
- Diabetes tipo 2: anual, a partir do diagnóstico.

Hanseníase

A identificação de um caso suspeito de hanseníase é feita pela presença de manchas e/ou áreas com alteração de sensibilidade. Pode ser realizada por qualquer profissional da área de saúde, treinado e sensibilizado para o problema da hanseníase.

Uma vez identificado, o caso suspeito é encaminhado a uma unidade de saúde, onde será feito o atendimento. O primeiro atendimento poderá ser feito pelo enfermeiro capacitado, que realizará uma triagem antes de encaminhá-lo para a consulta médica, que confirmará ou não o diagnóstico. Confirmado o diagnóstico, o paciente iniciará o tratamento e receberá as orientações pela equipe de atenção primária. O paciente não deve sofrer nenhum tipo de restrição em relação às suas atividades cotidianas relacionadas com a família, o trabalho, a escola e o lazer.

Acompanhamento dos casos

Baixo risco

A maioria dos pacientes cursa o tratamento sem maiores intercorrências, tomando os medicamentos previstos para 6 ou 12 meses e, em seguida, recebendo a alta por cura. Serão sempre atendidos na atenção primária.

Alto risco

- Alguns casos requerem maior atenção e disponibilização de tempo de toda a equipe. São aqueles com surtos reacionais recorrentes que podem ultrapassar o período do tratamento específico. Esses pacientes serão acompanhados sistematicamente no curso agudo das reações até a retirada total dos medicamentos utilizados para tratamento das reações. Podem necessitar de encaminhamento para as unidades de referência.
- Pacientes que apresentarem RAM do esquema-padrão deverão ser encaminhados para as unidades de referência, para avaliação e indicação de esquemas alternativos.
- Os casos diagnosticados e tratados mais tardiamente podem apresentar sequelas nos olhos, no nariz, nas mãos e nos pés. Deverão receber orientação, atenção e cuidado continuado não só da unidade local como também da referência de média e alta complexidade, de acordo com a necessidade de cada caso.

Sinais de alerta

O profissional de saúde deverá ficar atento para alguns sinais de alerta relacionados aos surtos reacionais. Esses sinais exigem cuidado imediato e pronto encaminhamento para os centros de referências. Podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento poliquimioterápico. São eles:

- inflamação súbita de manchas preexistentes;
- dor aguda em nervos de face, mãos e pés;
- aparecimento súbito de caroços vermelhos e doloridos;
- piora da sensibilidade de mãos e pés;
- perda súbita da força muscular em face, mãos e pés;
- piora do quadro geral com febre, mal-estar, feridas e ínguas;

- dor e vermelhidão nos olhos;
- diminuição súbita da acuidade visual;
- edema de mãos, pernas, pés e face.

O paciente durante o tratamento, poderá apresentar alguns efeitos adversos dos medicamentos utilizados na poliquimioterapia, como:

- anemia grave;
- cianose de extremidades;
- sintomas parecidos com a gripe após a dose supervisionada;
- icterícia;
- náuseas e vômitos incontroláveis;
- pele apresentando edema, eritema, vesículas, bolhas, descamação.

Nesses casos, suspender os medicamentos e encaminhar o paciente para o centro de referência mais próximo.

Se o paciente estiver em corticoterapia para tratamento dos surtos reacionais observar:

- aparecimento súbito de queixas relativas à hipertensão arterial como dor de cabeça, tontura;
- sede excessiva e micções frequentes (diabetes induzido);
- sintomas como fraqueza, mal-estar, hipotensão arterial, dores musculares e articulares pela interrupção abrupta do corticoide;
- aumento da pressão intracelular.

Lembre-se:

- o corticoide não deve ser suspenso abruptamente;
- o corticoide aumenta o risco para infecções de um modo geral.

Esses casos devem ser encaminhados para uma unidade de pronto atendimento existente no município e avaliados posteriormente pelo centro de referência.

Tuberculose

O adequado acompanhamento do indivíduo sintomático respiratório suspeito de portar o bacilo da tuberculose ou sabidamente enfermo é fundamental para o controle da tuberculose. Assim sendo, o paciente deve idealmente encontrar ou ser um colaborador na construção de uma assistência organizada que garanta, com uma avaliação de risco adequada, um ágil acesso ao serviço de saúde.

As ações de captação precoce estão voltadas para os grupos com maior probabilidade de apresentar tuberculose, quais sejam: sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais); contatos de casos de tuberculose; suspeitos radiológicos; pessoas com doenças e/ou em condição social que predisponham à tuberculose. Os contatos, definidos como toda pessoa, parente ou não, que coabita com um doente de tuberculose, constituem um grupo para o qual se recomenda uma atitude de busca ativa para a captação precoce.

Tuberculose e AIDS

A associação da tuberculose/AIDS representa um novo desafio em escala mundial. O aparecimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) modifica a epidemiologia da tuberculose e dificulta seu controle.

A infecção por HIV é o maior fator de risco para se adoecer por tuberculose em indivíduos previamente infectados pelo bacilo. É uma das primeiras complicações entre os infectados pelo HIV e

surge antes de outras infecções frequentes devido à maior virulência do bacilo da tuberculose, independentemente do comprometimento significativo do sistema imunológico. A evolução do estado de infecção para o adoecimento é muito diferente entre as pessoas imunocompetentes e aquelas infectadas pelo HIV.

A tuberculose é a mais prevenível, curável e transmissível de todas as infecções que acompanham a infecção por HIV.

Tuberculose e hepatopatia

A rifampicina é uma droga metabolizada no fígado e excretada principalmente pela via biliar. Nos hepatopatas moderados e graves, há redução da metabolização da rifampicina, aumentando a quantidade do antibiótico livre que segue para o intestino para ser reabsorvido, elevando assim o seu nível sérico. Pelo exposto, nos alcoolistas, nos cirróticos, nos pacientes com hepatite aguda ou crônica, o uso da rifampicina deverá ser evitado; nos casos em que seu uso é indispensável, a dose deverá ser reduzida em 30% a 40%.

A isoniazida é também metabolizada (acetilada) no fígado e eliminada na sua maior parte pela urina, e a capacidade de acetilar a isoniazida com maior ou menor rapidez é determinada geneticamente. É uma droga hepatotóxica, cujo efeito fica mais evidente em pacientes com mais de 50 anos ou nos hepatopatas que terão meia vida de isoniazida mais longa e níveis séricos mais altos. Nos casos de insuficiência hepática grave, mais seguro será a redução da dose à metade.

A pirazinamida é hidrolizada no fígado e subsequentemente excretada por filtração glomerular renal. Paciente com conhecida doença hepática prévia deverá ser submetido a frequentes testes da função hepática, além de acompanhamento clínico rigoroso e, algumas vezes, de redução da dose para 25 mg/ kg (dose máxima de 2g). Em caso de hepatite crônica ativa, cirrose hepática ou insuficiência hepática grave é aconselhável evitar o uso da pirazinamida associada com a rifampicina. Nesses casos, deve-se iniciar o tratamento com a associação: estreptomicina / etambutol / isoniazida.

Tuberculose e nefropatia

Nos pacientes nefropatas, é necessário conhecer a depuração da creatinina antes de iniciar o esquema terapêutico, para que seja realizado o ajuste das doses. Deve ser feito encaminhamento do paciente ao médico ressaltando o esquema terapêutico utilizado.

Tratamento

A tuberculose é uma doença grave porém curável em praticamente 100% dos casos novos, desde que obedecidos os princípios da quimioterapia. A regularidade no uso dos medicamentos e a eficácia do esquema são os pontos críticos para o sucesso do tratamento da tuberculose. Outros fatores podem ser destacados de forma menos relevante como a gravidade da doença, alimentação, repouso, cuidados de enfermagem e traços psicológicos. Dessa forma, a adesão ao tratamento, além da regularidade nas tomadas dos medicamentos, a completude do regime prescrito e o comparecimento regular às consultas médicas são fatores cruciais para o sucesso de qualquer regime.

No Brasil, os esquemas medicamentosos para o tratamento da tuberculose são padronizados e distribuídos gratuitamente pelo MS, de acordo com a notificação dos casos. A definição do esquema mais adequado é feita com base na forma clínica, na idade, na história de tratamento anterior e em seu resultado. Em todos os esquemas, os medicamentos são de uso diário e devem ser administrados de preferência em uma única tomada. O Quadro 7 traça, a partir dos principais fármacos antituberculose, as mais importantes reações adversas e as condutas que devem ser recomendadas.

Quadro 8 - Reações adversas dos principais fármacos antituberculose e condutas

| MEDICAMENTOS | REAÇÕES ADVERSAS | CONDUTAS |
|--------------|---|--|
| Rifampicina | <ol style="list-style-type: none"> 1. Irritação gástrica (náusea e vômito) 2. Epigastria e dor abdominal 3. Suor e urina cor de laranja 4. Prurido cutâneo 5. Febre 6. Exantemas 7. Hepatotoxicidade (hepatite, alteração das provas de função hepática) 8. Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose e vasculite | <ol style="list-style-type: none"> 1. Reformular os horários de administração dos medicamentos 2. Avaliar a função hepática 3. Orientar 4. Prescrever anti-histamínico 5. Orientar 6. Suspende o tratamento Reintroduzir o tratamento droga a droga após resolução Substituir o esquema nos casos graves ou recorrentes 7. Suspende o tratamento temporariamente até resolução 8. Dependendo da gravidade, suspende o tratamento e reavaliar o esquema de tratamento |
| Isoniazida | <ol style="list-style-type: none"> 1. Irritação gástrica (náusea e vômito) 2. Epigastria e dor abdominal 3. Artralgia e artrite 4. Neuropatia periférica (queimação nas extremidades) 5. Cefaléia e mudança de comportamento (euforia, insônia, ansiedade e sonolência) 6. Febre 7. Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica e coma 8. Neurite ótica 9. Hepatotoxicidade (hepatite, alteração das provas de função hepática) 10. Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose e vasculite | <ol style="list-style-type: none"> 1. Reformular os horários de administração dos medicamentos 2. Avaliar a função hepática 3. Prescrever ácido acetilsalicílico 4. Prescrever piridoxina (vit. B6) 5. Orientar 6. Orientar 7. Substituir por estreptomicina+etambutol 8. Substituir 9. Suspende o tratamento temporariamente até resolução. 10. Dependendo da gravidade, suspende o tratamento e reavaliar o esquema de tratamento |
| Pirazinamida | <ol style="list-style-type: none"> 1. Irritação gástrica (náusea e vômito) 2. Epigastria e dor abdominal 3. Artralgia e artrite 4. Hiperuricemia (com ou sem sintomas) 5. Hepatotoxicidade (hepatite, alteração das provas de função hepática) 6. Nefrite intersticial, rhabdomiólise com mioglobulinúria e insuficiência renal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Reformular os horários de administração dos medicamentos 2. Avaliar a função hepática 3. Prescrever ácido acetilsalicílico 4. Orientação dietética (dieta hipopurínica) Prescrever halopurinol 5. Suspende o tratamento temporariamente até resolução 6. Suspende o tratamento |

| MEDICAMENTOS | REAÇÕES ADVERSAS | CONDUTAS |
|--------------|--|---|
| Etambutol | <ol style="list-style-type: none"> 1. Neuropatia periférica (queimação nas extremidades) 2. Hiperuricemia (com ou sem sintomas) 3. Neurite ótica 4. Hepatotoxicidade (hepatite, alteração das provas de função hepática) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Prescrever piridoxina (vit. B6) 2. Orientação dietética (dieta hipopurínica) Prescrever halopurinol <ol style="list-style-type: none"> 3. Substituir 4. Suspende o tratamento 5. temporariamente até resolução |
| Estreptomina | <ol style="list-style-type: none"> 1. Prurido cutâneo 2. Exantemas 3. Hipoacusia 4. Vertigem e nistagmo 5. Hepatotoxicidade (hepatite, alteração das provas de função hepática) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Prescrever anti-histamínico 2. Suspende o tratamento Reintroduzir o tratamento fármaco a fármaco após resolução Substituir o esquema nos casos graves ou recorrentes <ol style="list-style-type: none"> 3. Substituir por etambutol 4. Substituir por etambutol 5. Suspende o tratamento temporariamente até resolução |

Fonte: Linha Guia Atenção à Saúde do Adulto: Tuberculose, SES/MG, 2006.

Prontuário de registro farmacêutico

Preencher o formulário específico da “Primeira Consulta” - campos 12 e 13.

4.4 Gestante

Síndrome hipertensiva da gravidez

É importante detectar precocemente os estados hipertensivos que se constituam em risco materno e perinatal. Toda gestante com quadro hipertensivo deve ser encaminhada para realização do pré-natal de alto risco no serviço de referência.

A hipertensão aparece em consequência da própria gravidez, geralmente após a 20ª semana de gestação. A normalização dos níveis pressóricos acontece no puerpério remoto após 6 semanas. Pode evoluir para:

- pré-eclâmpsia quando a hipertensão associa-se a proteinúria;
- hipertensão arterial latente ou transitória, principalmente em múltiparas.

Recomenda-se o uso de metildopa, nifedipina ou pindolol. Pode haver associação, respeitando as doses terapêuticas; os inibidores ECA são contraindicados. Indica-se repouso relativo, dieta hiposódica e hiperprotéica nos casos graves e aumento da ingestão de líquidos, principalmente água.

Diabetes gestacional

É uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e por intolerância aos carboidratos, de intensidade variada, diagnosticada durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. A gestante que apresentar diabetes gestacional deve ser encaminhada para o serviço de referência.

O controle glicêmico é feito, sempre que possível, com glicemias de jejum e pós-prandiais semanais. A glicosúria não é útil na monitorização do controle metabólico na gravidez. O tratamento com insulina será indicado se, após 2 semanas de dieta, os níveis glicêmicos permanecerem elevados:

- glicemia de jejum: ≥ 105 mg%;
- 2 horas pós-prandiais: ≥ 120 mg%.

A dose inicial de insulina deve ser em torno de 0,3 a 0,5 UI/ kg, administrada várias vezes ao dia. Pode ser feita associação de insulina de ação intermediária e rápida para uso individual, recomendando o uso de insulina humana. A necessidade insulínica tende a aumentar progressivamente durante a gravidez. É contraindicado o emprego de antidiabéticos orais na gravidez.

Infecção do Trato Urinário

O microorganismo predominante em casos de infecção do trato urinário inferior em mulheres grávidas é a *Escherichia coli*.

Tratamento de primeira escolha: ampicilina ou cefalosporina de 1ª geração. Em casos de não resposta ao tratamento ou caso recidivante, recomenda-se nitrofurantoína. O tratamento deve ser iniciado frente ao diagnóstico declarado sem esperar a realização dos exames laboratoriais, que devem ser feitos 7 a 15 dias após o término do tratamento. A bacteriúria assintomática requer o mesmo tratamento dos casos leves.

Em casos graves a gestante deve ser internada com controle dos sinais vitais, hidratação e antibioticoterapia apropriada.

Toxoplasmose

A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii*, e a ocorrência da priminfecção na gestação pode acarretar o acometimento fetal. A infecção fetal pelo *T. gondii* pode provocar abortamento, crescimento intrauterino restrito, morte fetal, prematuridade e a síndrome da toxoplasmose congênita: retardo mental, calcificações cerebrais, microcefalia, hidrocefalia, retinocoroidite, hepato-esplenomegalia.

Quanto mais precoce a idade gestacional, na qual a mulher apresenta a priminfecção, mais grave será o acometimento fetal. Entretanto, o risco da transmissão para o feto é maior nas idades gestacionais mais avançadas.

Para os serviços que disponibilizam o rastreamento sorológico na gravidez, é imprescindível a garantia da terapia medicamentosa para a gestante, bem como a referência para unidades que possam realizar a pesquisa da infecção fetal e o acompanhamento dos infectados. Como a infecção pelo *T. gondii* é, assintomática, na maioria das vezes, a identificação dos fetos em risco se faz pelo rastreamento sorológico materno.

O diagnóstico da infecção fetal é realizado nos casos de gestante com infecção aguda. O tratamento é feito com o seguinte esquema: sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico por quatro semanas, intercalado com espiramicina.

Nas gestantes em tratamento para infecção fetal, realizar hemograma mensal para avaliação de complicações hematológicas. Não utilizar o esquema tríplice no último mês de gestação devido ao risco de hiperbilirrubinemia neonatal.

HIV

A transmissão vertical do HIV é a forma mais frequente entre as crianças, mas pode ser evitada, se a gestante portadora do vírus for identificada, receber medicamentos na gestação e parto e não amamentar seu filho.

O teste ELISA anti-HIV deve ser oferecido a toda gestante na 1ª consulta do pré-natal. Deve ser sempre voluntário e confidencial. Durante o aconselhamento, é importante ressaltar para a mãe os benefícios do diagnóstico precoce do HIV tanto para ela quanto para o seu filho.

A gestante portadora de HIV deve ser monitorada com hemograma, plaquetas e enzimas hepáticas antes de iniciar os antiretrovirais e depois a cada mês. Caso não seja possível quantificar a carga viral e CD4/CD8, administrar para toda gestante portadora do HIV a zidovudina (AZT) oral, a partir da 14ª semana de gestação.

Durante o parto pela via vaginal, a gestante deve receber AZT injetável. Em caso de cesárea eletiva, iniciar AZT intravenoso três horas antes da intervenção cirúrgica. O recém-nascido deverá também ser tratado com AZT durante 6 semanas e receber fórmula láctea como substituto do leite materno.

Sífilis

A sífilis congênita é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* pela corrente sanguínea, transmitido pela gestante ao seu bebê. A infecção pode ocorrer em qualquer fase da gravidez, e o risco de transmissão é maior em mulheres com sífilis primária ou secundária.

As consequências da sífilis materna sem tratamento incluem abortamento, natimortalidade, prematuridade, recém-nascido com sinais de sífilis congênita ou, mais frequentemente, bebê aparentemente saudável, que desenvolve sinais clínicos posteriormente.

O teste VDRL deve ser realizado para todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal, idealmente, no primeiro trimestre da gravidez e repetido no início do terceiro trimestre. Todos os casos diagnosticados em gestantes devem ser tratados imediatamente assim como seus parceiros.

O tratamento das gestantes e puérperas deve ser feito conforme o estágio da doença, utilizando a penicilina G benzatina e a eritromicina, em casos de alergias à penicilina, lembrando que a eritromicina não previne a transmissão vertical da sífilis.

Se o parto já tiver ocorrido e a mãe não estiver amamentando por outras causas, pode ser utilizada, como tratamento alternativo, a doxiciclina ou tetraciclina, que são contraindicadas em gestantes e nutrizes.

No pós-parto, as puérperas devem ser orientadas quanto à necessidade de seguimento, realizando teste sorológico quantitativo a cada três meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de seis em seis meses. A elevação de duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas. É importante investigar se o parceiro foi tratado.

Todo caso suspeito de sífilis congênita, incluindo os óbitos neonatais, natimortos ou abortos por sífilis, deve ser notificado, por meio de formulário próprio do SINAN.

Vacinação Antitetânica

A imunização é realizada para a prevenção do tétano no recém-nascido e para a proteção da gestante, com a vacina dupla tipo adulto (DT) ou, na falta desta, com toxoide tetânico (TT).

Gestante não vacinada - o esquema básico consta de 3 doses:

- 1ª dose: até 4º mês (precoce) e as seguintes com intervalo de até 60 dias entre elas;

- 2ª dose: até o 6º mês;
- 3ª dose: até o 8º mês;
- a última dose deve ser aplicada até 20 dias antes da data do parto.

Na gestante vacinada realiza-se o esquema básico: na gestante que já recebeu uma ou duas doses da vacina contra tétano (DPT, DT ou TT) devem ser aplicadas mais 1 ou 2 doses de vacinas DT ou TT para completar o esquema de 3 doses.

Reforços ocorrem de 10 em 10 anos. Antecipar a dose de reforço se ocorrer nova gestação pelo menos cinco anos depois da última dose. Os efeitos adversos mais comuns são dor, calor, vermelhidão, endurecimento local e febre e a contraindicação é reação anafilática, muito rara seguindo-se à aplicação da dose anterior.

Avaliação de risco

Os fatores de risco são as características ou as circunstâncias que levam a uma probabilidade maior de a mulher e o recém-nascido desenvolverem alguma complicação e, como consequência, evoluírem para óbito, necessitando, portanto, de ações de maior complexidade.

Fatores de risco gestacional que permitem a realização do pré-natal pela Equipe de Saúde da Família - compreendem situações anteriores ou decorrentes da gestação atual que exigem uma atenção especial no decorrer do pré-natal:

- idade menor de 17 e maior de 35 anos;
- ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;
- situação conjugal insegura;
- baixa escolaridade;
- condições ambientais desfavoráveis;
- altura menor que 1,45 m;
- peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
- recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado, em gestação anterior;
- intervalo interpartal menor que 2 anos;
- nuliparidade e multiparidade;
- síndrome hemorrágica ou hipertensiva, em gestação anterior;
- cirurgia uterina anterior;
- ganho ponderal inadequado.

Fatores de risco gestacional que indicam a realização do pré-natal em serviços de referência:

- dependência de drogas lícitas e ilícitas;
- morte perinatal anterior;
- abortamento habitual;
- esterilidade / infertilidade;
- desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- diabetes gestacional;
- amniorrexe prematura;
- hemorragias da gestação;
- isoimunização;
- óbito fetal;

- hipertensão arterial;
- cardiopatias;
- pneumopatias;
- nefropatias;
- endocrinopatias;
- hemopatias;
- epilepsia;
- doenças infecciosas;
- doenças autoimunes;
- ginecopatias.

Prontuário de registro farmacêutico

Preencher o formulário específico da "Primeira Consulta" - campos 14, 15 e 16.

4.5 Idoso (acima de 60 anos)

Abordagem

As ações direcionadas ao idoso devem assegurar o envelhecimento ativo e saudável. Para tanto, deve-se estimular a interrelação e o convívio social, o respeito à individualidade, autonomia, independência e fortalecimento dos laços familiares, numa perspectiva de prevenção ao asilamento, melhoria da qualidade de vida, acesso aos direitos de cidadania e efetiva participação social do idoso.

A velhice deve ser encarada como uma fase natural de desenvolvimento humano, e não uma doença ou um castigo. A avaliação do idoso tem por objetivo básico melhorar a qualidade de vida, e não apenas acrescentar anos a sua vida.

O idoso requer dos profissionais de atenção primária um enfoque que englobe a prevenção e a detecção precoce dos agravos à saúde. Durante seu acolhimento, o farmacêutico deve fazer uma profunda avaliação e considerar que a vida do idoso sofre efeito de numerosos fatores, entre eles, os preconceitos dos profissionais e dos próprios idosos em relação à velhice.

O dono da vida, o idoso, deve ter participação ativa na avaliação do que é melhor e mais significativo para ele, pois o padrão de qualidade de vida é um fenômeno altamente pessoal.

Saúde nutricional

Os distúrbios nutricionais são comuns entre os idosos e o estado nutricional representa tanto um fator de risco quanto um marcador de doenças. A avaliação do estado nutricional dos idosos é fundamental na avaliação geriátrica e é descrita como um dos sinais vitais em geriatria.

A desnutrição calórica e protéica é mais prevalente em pacientes idosos com doenças crônicas, com baixa renda e que moram sós. A forma de se alimentar, os tipos de alimento e a reunião em torno das refeições refletem aspectos sociais e culturais importantes para a interação e convivência comunitária. Para o idoso, essa atividade assume um papel relevante, uma vez que as doenças podem influenciar e alterar sua habilidade e independência para a alimentação. À medida que o indivíduo envelhece, ocorre uma redução das necessidades de energia e ao mesmo tempo um aumento da demanda de alguns nutrientes.

O estado nutricional do idoso é o reflexo de hábitos alimentares consolidados no passado e pode ser influenciado por diversos efeitos de longo prazo. As doenças crônicas, o consumo de medicamentos que podem gerar interações indesejáveis, alterações no apetite, olfato e paladar, dificuldades na habilidade mastigatória, dentição, processo de deglutição (hipossalivação, disfagias orofaríngeas, dentre outros), autonomia para realizar as refeições diárias e mesmo a percepção sensorial podem interferir no estado nutricional.

A instabilidade postural e as quedas no idoso

Além de um problema, a instabilidade postural é um grande desafio para a medicina. Tem como principal consequência a elevada incidência de quedas e outros traumas, com suas repercussões, levando a grandes limitações para a vida e o bem-estar. Além das limitações advindas das repercussões das quedas, a dificuldade para lidar com a insegurança e o medo de cair leva à reclusão e limitação para as atividades habituais e devem ser abordadas minuciosamente. Devemos lembrar sempre que as quedas resultantes de alterações da marcha são passíveis de correção por tratamentos fisioterápicos.

A causa dos transtornos de marcha em idosos, na maioria das vezes, é multifatorial. A marcha pode refletir anormalidades musculoesqueléticas, neurológicas e algumas vezes ambas. Alguns fatores que contribuem para distúrbio de marcha e equilíbrio são:

- fraqueza muscular;
- disfunção articular: dores, limitações na amplitude de movimento e instabilidade articular;
- deformidades dos pés;
- cognição;
- depressão: está relacionada a alterações na postura e no equilíbrio corporal.

A elevada incidência de quedas em idosos é um dos indicadores dessa tendência observada na velhice. Deve ser encarada como um dos mais importantes sintomas em geriatria, já que dados epidemiológicos apontam expressivo aumento da mortalidade em idosos que caem com frequência, mesmo excluindo-se os óbitos causados pelo trauma.

O idoso que sofreu queda pode se tornar inseguro e abandonar as atividades cotidianas comprometendo a convivência, atividades de vida diária (alimentação, higiene, vestuário) e atividades instrumentais de vida diária (maior grau de complexidade).

O idoso saudável pode sofrer quedas em tarefas que exigem um bom equilíbrio, enquanto o idoso frágil pode apresentá-las ao entrar e sair do box no banheiro, levantar-se de sofás baixos e macios, ao utilizar toaletes baixos, etc.

- Prevenção primária: incentivo à atividade física, nutrição adequada, avaliação de riscos domésticos, revisão periódica do tratamento medicamentoso buscando eliminar o que favorece as quedas.
- Prevenção secundária: identificação dos fatores que aumentam os riscos em pessoas que já sofreram quedas.

Incontinência urinária

Incontinência urinária é definida como a perda de urina involuntária em quantidade ou frequência suficiente para originar um desconforto social ou problemas de saúde. As principais consequências relacionadas à incontinência urinária são: insuficiência renal, infecção do trato urinário, sepse, aumento do risco de quedas e fraturas, maceração da pele e formação de feridas e o impacto psicossocial (isolamento social, depressão, vergonha).

Dentro da avaliação do paciente idoso com incontinência urinária, deve-se inicialmente ater-se à história clínica e doenças concomitantes (comorbidade). Assim, deve-se pesquisar objetivamente a presença de diabetes, hipertensão arterial e fármacos utilizados no controle dessas condições, em especial o uso de diuréticos. Deve-se interrogar o paciente e seus familiares quanto ao hábito intestinal, mobilidade e *status* mental. Também, antecedentes de doenças neurológicas, como acidente vascular cerebral e cirurgias prévias sobre o trato urinário inferior, devem ser investigadas.

A hidratação do paciente deve ser adequada à sua necessidade. Em geral um adulto necessita urinar cerca de 1500 mL ao dia sem uso de diuréticos e com urina não concentrada. A simples adequação desse volume urinário resulta, algumas vezes, na remissão da incontinência em muitos pacientes.

O tratamento medicamentoso do paciente deve ser avaliado, em especial o uso de diuréticos para tratamento de hipertensão arterial. Muitas vezes, a simples substituição de um diurético de alça por outro de ação mais longa ou ainda por outro fármaco resulta na redução do volume urinário num curto espaço de tempo e, conseqüentemente, dos episódios de incontinência.

O controle da glicemia em diabéticos também atua reduzindo o volume urinário. A normalização do hábito intestinal alivia uma eventual compressão da bexiga pelo fecaloma, levando a uma redução da pressão intravesical e diminuindo a possibilidade de perdas.

O tratamento de condições como artrose que resulta em melhora da mobilidade também faz parte do tratamento da incontinência nesse grupo etário. Da mesma forma, em pacientes nos quais a mobilidade é restrita, medidas de assistência ao toalete podem facilitar a micção e, conseqüentemente, reduzir os episódios de perdas.

O tratamento comportamental baseia-se na adoção de determinadas mudanças no comportamento diário como forma de se evitar os episódios de urgência e urgeincontinência. Há também o tratamento fisioterápico e outras especificidades de tratamento para cada tipo de incontinência que podem ser consultados na Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso.

Tratamento medicamentoso visa controlar os sintomas de bexiga hiperativa sem interferir no mecanismo da micção. Seu modo de atuação baseia-se nos diferentes mecanismos etiopatogênicos que levam à hiperatividade detrusora. Pode-se classificar os fármacos em:

- 1) fármacos de ação no sistema nervoso central;
- 2) fármacos de ação periférica: com atuação nas fibras aferentes e de ação a nível motor, que reduzem a excitabilidade do detrusor.

Atualmente os fármacos mais utilizados são aqueles que atuam nas fibras eferentes e músculo detrusor ou principalmente nos receptores vesicais (anticolinérgicos ou antimuscarínicos). Embora também possuam um efeito central, os antidepressivos tricíclicos (imipramina) também pertencem a este grupo e apresentam boa eficácia.

Os fármacos de maior eficácia e segurança no tratamento da bexiga hiperativa até o momento têm sido os anticolinérgicos: propantelina e a oxibutinina. A propantelina tem eficácia inferior e efeitos colaterais mais significativos que a oxibutinina, razão pela qual raramente é indicada. A oxibutinina representou durante muitos anos o fármaco-padrão no tratamento dos sintomas de hiperatividade detrusora. Contudo, apresenta efeitos adversos tais como constipação intestinal, tonturas e principalmente boca seca, que levam muitos pacientes a abandonar o tratamento. Novas formas de oxibutinina utilizando cápsulas de liberação prolongada parecem diminuir tais efeitos. Entretanto, faz-se necessário um maior número de estudos para se comprovar tal proposta. Mais recentemente, foi introduzida no mercado a tolterodina, um antimuscarínico associado a menor taxa de abandono de tratamento.

Incontinência fecal

Continência anal é a capacidade em retardar a eliminação de gases ou de fezes até o momento em que for conveniente fazê-lo. Resulta da interrelação complexa entre volume e consistência do conteúdo retal, capacidade de distensão (complacência retal), sensibilidade retal e a integridade da musculatura esfínctérica anal, bem como sua inervação.

A incontinência anal é a incapacidade, em graus variados, de reter a matéria fecal e de evacuá-la de forma voluntária. Trata-se de condição incapacitante, constrangedora e com repercussão socioeconômica significativa. Por vezes, o paciente ou seus familiares, por déficit de cognição ou de atenção, pode interpretar os episódios de incontinência como sendo diarreia.

A perda de controle sobre a eliminação de fezes sólidas é denominada de incontinência anal total, enquanto a perda de controle restrito à eliminação de gases ou fezes líquidas é chamada de incontinência anal parcial.

Feito o diagnóstico da causa principal da incontinência fecal, várias opções terapêuticas estão disponíveis, a saber: o tratamento clínico, o tratamento não cirúrgico por biofeedback (espécie de fisioterapia anal que objetiva aumentar a sensibilidade do reto ao conteúdo fecal e melhorar a força de contração dos esfíncteres anais) e o tratamento cirúrgico propriamente dito.

Na medida em que o tratamento cirúrgico da incontinência fecal está reservado aos pacientes com evidente rotura esfínctérica e incontinência fecal grave, significativa parcela dos pacientes com incontinência fecal experimenta melhora sintomática com modificação dietética, agentes constipantes e exercícios pélvicos.

O tratamento clínico não traz a cura da incontinência fecal, mas leva ao alívio sintomático. Em adição à orientação dietética (evitar refeições volumosas, ricas em gordura ou excessivamente ricas em fibras), o tratamento farmacológico deve incluir o uso de antiperistálticos como a loperamida.

Deve-se sempre afastar a ocorrência de impaction fecal e diarreia paradoxal como causa de incontinência fecal. Nesses casos, a eliminação do conteúdo fecal impactado por enemas evacuatórios e a correção do hábito intestinal pela adoção de dieta rica em fibras deve prevenir a ocorrência de novos episódios.

A realização de exercícios de contração voluntária da musculatura anal em uma ou mais sessões objetiva a hipertrofia do esfíncter externo do ânus e da musculatura do assoalho pélvico. Esses exercícios devem ser encorajados, pois a melhora dos episódios de perda fecal é frequentemente verificada. O emprego de enemas evacuatórios ou lavagens intestinais é paliativo e pode ser orientado a pacientes que possam utilizá-los em situações em que o risco de perda fecal está aumentado, como em viagens ou eventos sociais.

Insuficiência cerebral – incapacidade cognitiva

A manifestação da incapacidade cognitiva no idoso pode ocorrer como quadros de *delirium*, depressão ou demência.

Delirium: Estado clínico caracterizado por distúrbios da cognição, humor, consciência, atenção, memória (imediate, registro e retenção), de início agudo ou em sobreposição a distúrbios crônicos da cognição. São desencadeados por infecções, distúrbios metabólicos ou lesões estruturais do sistema nervoso central.

Depressão: Manifesta-se por humor rebaixado, perda de interesse ou prazer com alterações do

funcionamento biológico com repercussões importantes sobre a qualidade de vida do indivíduo durante longo espaço de tempo, quando não tratado corretamente. No idoso, pode se manifestar como déficits de memória em graus variados, somatizações, ansiedade, alcoolismo ou síndromes algicas.

Demência: É definida como uma condição em que as funções encefálicas, particularmente o desempenho intelectual, estão comprometidas a ponto de prejudicar a autonomia e a independência funcional, pressupondo-se a existência de causas.

A demência é caracterizada pela deterioração das funções mentais sem perda da consciência. Tem caráter progressivo, interfere no desempenho das atividades de vida diária e em algumas circunstâncias pode ser reversível. É caracterizada por um transtorno persistente da memória e de duas ou mais funções mentais tais como: a linguagem, a praxia, a gnose, a abstração, o juízo e conceituação, podendo ser acompanhadas de alterações da personalidade e emocionais.

A praxia é a capacidade de idealizar, formular e executar atos voluntários mais complexos. A gnose é a capacidade de reconhecer e interpretar o que é percebido pelos sentidos, por exemplo, reconhecer e interpretar objetos, estando o sistema sensorial intacto.

A memória é a capacidade de reter e posteriormente fazer uso de uma determinada experiência. A maioria dos idosos se queixa de esquecimentos habituais, que nem sempre têm significado patológico, e em outras circunstâncias o distúrbio cognitivo apresenta-se através de alterações do comportamento e diminuição da capacidade funcional em decorrência dos distúrbios da memória.

As demências são mais comuns após os 70 anos e sua prevalência aumenta com a idade acometendo até 1/3 dos maiores de 80 anos. As alterações do estado mental no idoso muitas vezes não são prontamente reconhecidas principalmente quando se trata de alterações do estado mental como a depressão e os distúrbios da memória.

Testes de avaliação de atividades de vida diária, comportamento, cognição e comunicação podem ser consultados na Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso.

Iatrogenia

É a alteração maléfica como causa direta ou indireta de intervenção. O conceito está restrito não só à prescrição de medicamentos ou à realização de procedimentos, mas também a omissões na abordagem de problemas, que podem ser suprimidos ou minimizados com o uso de medicamentos ou intervenções.

Iatrogenia medicamentosa

Além das doenças infectocontagiosas que incidem com frequência nos idosos, existem as crônico-degenerativas, que levam à polifarmácia e ao conseqüente aumento do risco de iatrogenia.

Alterações fisiológicas normais que ocorrem com o envelhecimento, como o aumento da gordura corporal, redução do volume intracelular, modificações no metabolismo basal, fluxo sanguíneo hepático e taxa de filtração glomerular podem ocasionar modificações na farmacocinética dos fármacos.

Outros fatores que propiciam a iatrogenia é o uso de medicamentos para tratar eventos adversos e uso de fármacos com eficácia e/ou segurança duvidosos. Nos idosos, deve-se considerar ainda a presença de limitações físicas e cognitivas que o impedem de utilizar os medicamentos corretamente, principalmente frente a um regime terapêutico complexo.

Reação adversa a medicamentos - RAM

A polifarmácia é o principal fator de risco para RAM. Observa-se que um grande contingente de

fraturas de bacia em decorrência de quedas é devido ao uso de medicamentos e muitos efeitos adversos apresentados são preveníveis com uma abordagem adequada. Eventos graves que colocam em risco a vida dos pacientes apresentam maior probabilidade de serem evitados quando comparados com os efeitos menos graves.

Os idosos consomem cerca de 30% a 50% do total de medicamentos prescritos em geral e a automedicação representa 60% de todos os medicamentos. Isso corresponde a 50% do custo total da terapêutica medicamentosa. As RAM evitáveis mais comumente observadas devem-se à utilização de anti-inflamatórios não esteroidais, benzodiazepínicos, antipsicóticos, digoxina e varfarina (Quadro 8).

Quadro 9 - Principais reações adversas a medicamentos em idosos

| SINAIS E SINTOMAS | MEDICAMENTOS |
|------------------------|---|
| Confusão mental | Anticolinérgicos Antipsicóticos (Tioridazina > Haloperidol) Antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina > Imipramina > Nortriptilina) Antiparkinsonianos Bloqueadores H2 (Cimetidina, Ranitidina) Corticosteroides Digitálicos Fenitoína Benzodiazepínicos Analgésicos narcóticos |
| Quedas | Psicotrópicos (sedação) Benzodiazepínicos Antidepressivos tricíclicos Anti-hipertensivos (hipotensão ortostática) |
| Constipação intestinal | Anticolinérgicos Bloqueadores do canal de cálcio (Verapamil) Analgésicos narcóticos Antiácidos com alumínio Diuréticos Cálcio Suplemento de ferro AINEs |
| Hipotensão ortostática | Anticolinérgicos Antiadrenérgicos Antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina > Imipramina > Nortriptilina) Anti-hipertensivos Anti-histamínicos Álcool |

| SINAIS E SINTOMAS | MEDICAMENTOS |
|-----------------------------|---|
| Retenção urinária aguda | Anticolinérgicos Analgésicos narcóticos Agonistas α adrenérgicos Bloqueadores dos canais de cálcio Agonistas β adrenérgicos |
| Incontinência urinária | Anticolinérgicos Analgésicos narcóticos Agonistas α adrenérgicos Bloqueadores dos canais de cálcio Agonistas β adrenérgicos - I.U. sobrefluxo Bloqueadores α adrenérgicos - I.U. esforço Diuréticos - I.U. urgência Benzodiazepínicos, sedativos, hipnóticos- I.U. funcional |
| Parkinsonismo | Antagonistas dopaminérgicos (Cinarizina, Flunarizina) Antipsicóticos (Haloperidol > Tioridazina > Risperidona > Olanzapina) Metoclopramida Fluoxetina |
| Xerostomia | Anticolinérgicos Antidepressivos tricíclicos Anti-hipertensivos Anti-histamínicos Antiparkinsonianos Ansiolíticos Diuréticos |
| Tinnitus | Aminoglicosídeo Salicilatos AINE Diuréticos de alça |
| Anorexia | Digoxina Teofilina Hidroclorotiazida AINEs Triantereno Inibidores da enzima conversora de angiotensina |
| Má absorção de vitamina B12 | Metformina Cimetidina Ranitidina Colchicina |

| SINAIS E SINTOMAS | MEDICAMENTOS |
|--|--|
| Má absorção de ácido fólico | Metotrexato Difenilhidantoína Primidona Carbamazepina Fenobarbital Isoniazida Trimetropin Sulfasalasina Triantereno Álcool Metformina Colestiramina |
| Má absorção de vitaminas lipossolúveis | Óleo mineral |

Fonte: Linha Guia Atenção à Saúde do Idoso, SES/MG, 2006.

Imobilidade

A imobilidade é um complexo de sinais e sintomas resultantes da limitação de movimentos e da capacidade funcional que geram empecilho à mudança postural e à translocação corporal. É a incapacidade de se deslocar sem auxílio para a realização das atividades de vida diária. Pode ser parcial, quando o paciente está restrito a uma poltrona, ou total, quando está imobilizado no leito.

A imobilidade desencadeia uma sucessão de eventos patológicos, o que é comumente chamado de efeito dominó, no qual um evento inicial, por exemplo, uma fratura de fêmur, desencadeia uma série de complicações. Uma imobilização inicialmente temporária pode provocar atrofia e encurtamento muscular, aumento da reabsorção óssea, rigidez articular, úlceras de pressão, incontinência, dificuldade ventilatória propiciando o aparecimento de infecções, constipação intestinal, fenômenos tromboembólicos e estados confusionais. É necessário que o tratamento não seja direcionado para cada complicação isoladamente, e o idoso seja abordado como um todo. É uma síndrome frequente e de pouco domínio de outras especialidades devido a dificuldades no nosso sistema de saúde para atendimento multidisciplinar e atendimentos domiciliares.

As úlceras de pressão são complicações da imobilidade e caracterizam-se por área de lesão de pele, tecidos subjacentes ou ambos, decorrente de pressão extrínseca aplicada sobre a superfície corpórea. A lesão persiste após remoção da pressão sobre o local. Maior ocorrência em locais de proeminências ósseas e de redução do tecido adiposo, mas podem acometer qualquer área. Detalhes sobre tratamento de úlceras de pressão estão disponíveis na Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso.

Distúrbios da Pressão Arterial no Idoso

O objetivo do tratamento da hipertensão arterial no idoso é manter a pressão arterial em níveis menores que 140/90 mmHg e, em portadores de diabetes *mellitus* ou insuficiência renal, menores que 130/80 mmHg, para que se possam diminuir as complicações cardiovasculares.

Em idosos pode ocorrer ainda a hipertensão sistólica isolada (mais comum) e a hipertensão diastólica isolada (menos comum de ocorrer nesta faixa etária). A abordagem dos distúrbios pressó-

ricos deve ser agressiva nos níveis pressóricos entre 140 a 159 mmHg (PAS), que indica hipertensão sistólica isolada.

A hipotensão ortostática no idoso é uma disfunção autonômica pura, sem alterações neurológicas associadas e frequentemente leva o paciente a procurar por atendimento médico. Não existe ainda um consenso quanto à definição de hipotensão ortostática no idoso, mas admite-se que queda dos níveis pressóricos igual ou superior a 20 mmHg, entre a tomada da pressão assentado e em ortostatismo, pode significar uma hipotensão ortostática.

A medida da pressão arterial em ortostatismo deve ser feita após, no mínimo, 30 minutos de repouso em decúbito dorsal e prosseguir até pelo menos 4 minutos quando necessário. Os sintomas são mais frequentes pela manhã, após exercícios físicos, refeições excessivas ou banho quente e apresentam-se como tonteira, distúrbios visuais, quedas, síncope e déficits neurológicos focais.

Nos pacientes frágeis, com alterações cognitivas avançadas e/ou síndrome e imobilização deve-se optar sempre pelo uso de anti-hipertensivos de ação prolongada em dose única e manter os níveis da pressão mais flexíveis tendendo a uma leve hipertensão (preferencialmente o menor valor que não cause hipotensão ortostática), cujo objetivo é evitar complicações agudas. Essa orientação deve ficar muito clara para o cuidador e/ou responsável.

Peculiaridades em diabetes no idoso

Há uma tendência de aumento da incidência do diabetes *mellitus* em idosos. Modificações do estilo de vida são difíceis na terceira idade, mas devem-se estimular cuidados gerais de saúde, como suspensão do fumo, aumento da atividade física (com acompanhamento médico) e reorganização dos hábitos alimentares.

Dietas restritivas, além de nutricionalmente inadequadas, são de difícil adesão entre idosos. Deve-se insistir nas vantagens do fracionamento dos alimentos. Não é recomendável o uso habitual de bebidas alcoólicas. Deve-se atentar para possíveis deficiências nutricionais associadas (vitamina B12, ácido fólico, etc.).

Em pacientes frágeis, o objetivo terapêutico é manter a glicemia pós-prandial preferencialmente entre 150 e 200 mg/dL e evitar complicações agudas como hipoglicemias e/ou hiperglicemias graves. O cuidador e/ou responsável deve ser esclarecido quanto às possíveis complicações.

Atendimento ao paciente frágil: tratamento da dor

A dor é definida como uma experiência emocional e sensorial desagradável, com danos reais ou potenciais ao tecido. Apesar de sua universalidade, a dor não é uma entidade única, sendo composta por uma variedade de sofrimentos humanos.

Constitui uma das mais frequentes razões de incapacidade e sofrimento para pacientes com câncer em progressão. Em algum momento da evolução da doença, 80% dos pacientes experimentarão dor. Pode ser manifestada de diferentes formas: dor e sofrimento (dor total), dor física, dor mental, social e espiritual.

A dor aguda tem um momento definido de início, sinais físicos objetivos e subjetivos e atividade exagerada do sistema nervoso. A dor crônica mantém-se além de um período de seis meses, provocando adaptação do sistema nervoso. É importante explorar a "dor total" do paciente, determinando o conhecimento sobre sua situação, seus medos e suas crenças.

Para o indivíduo, a dosagem e a escolha do analgésico devem ser definidas de acordo com a característica da dor do paciente, sem provocar efeitos colaterais intoleráveis. Utilizam-se também

adjuvantes para aumentar a analgesia (corticosteroides, anticonvulsivantes), controlar efeitos adversos dos opiáceos (antieméticos, laxativos), controlar sintomas que estão contribuindo para a dor do paciente (ansiedade, depressão, insônia).

Oferecer ao paciente e cuidadores instruções precisas tanto escritas quanto orientadas verbalmente, sobre o nome dos medicamentos, sua indicação, dosagem, intervalo entre as doses e possíveis RAM é essencial.

Explorar a “dor total” do paciente, determinando o conhecimento sobre sua situação, seus medos e crenças. A via oral é a via de escolha para a administração de medicamentos analgésicos (e outros) sempre que possível. Poupa o paciente do incômodo de injeções, proporcionando maior controle sobre sua situação e autonomia para o autocuidado.

A frequência das doses pode ser em horários fixos: o analgésico deve ser administrado a intervalos fixos de tempo. A escala de horário fixo assegura que a dose seguinte seja fornecida antes que o efeito da anterior tenha passado levando a efeito de alívio da dor mais consistente. Quando a dor retorna antes da próxima dose, o paciente experimenta sofrimento desnecessário e pode ocorrer tolerância, necessitando de doses maiores do analgésico.

Para a escolha dos analgésicos pode ser utilizada a escada analgésica. É uma escada de três degraus para guiar o uso sequencial de fármacos no tratamento da dor (Quadro 9).

Quadro 10 - Indicações de analgésicos para os diferentes tipos de dor em idosos

| | |
|---------------------|---|
| DOR LEVE A MODERADA | Não opiáceo + adjuvante |
| DOR MODERADA | Não opiáceo + opiáceo forte + adjuvante |
| DOR INTENSA | Opiáceo forte + adjuvante |

Fonte: Linha Guia Atenção à Saúde do Idoso, SES/MG, 2006.

Pontos importantes para realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de idosos:

- Conheça os efeitos do envelhecimento antes de dizer que se trata de uma doença.
- Estabeleça as prioridades do tratamento. Conheça o incômodo que a doença representa para o idoso.
- Uma reação adversa não deve ser tratada com outro medicamento.
- O medicamento é realmente necessário? Já foram tentadas medidas não farmacológicas? Certifique-se de que é realmente indispensável ou pode ser substituído por tratamento tópico ou medidas para reabilitação física.
- O tratamento deve iniciar-se com as doses mais baixas possíveis. Habitualmente, os idosos respondem muito bem a doses consideradas subterapêuticas para o adulto. A dose deve ser aumentada gradativamente, de acordo com a resposta e a sensibilidade do paciente.
- Estabeleça os objetivos do tratamento e o tempo. Analise periodicamente o regime terapêutico, revendo a necessidade de modificá-lo.
- Estabeleça contato com outros profissionais que estejam cuidando do idoso.
- Acompanhe sempre o tratamento e peça aos familiares que o informe acerca do aparecimento de sintomas.
- Peça ao idoso que traga os medicamentos que está usando – os prescritos e os não-prescritos.
- Pergunte sempre por medicamentos para dormir. Medicamentos usados por muito tempo nem sempre são lembrados.

- Medicamentos mais custoefetivos, de fácil manejo e posologia, que propiciem a adesão ao tratamento, são preferíveis.

Avaliação de risco

A identificação do risco na população idosa pode ser detectada por meio da avaliação da presença de um perfil de fragilização, que também reduz progressivamente a capacidade funcional levando à maior demanda por serviços de saúde, em todos os níveis.

São consideradas situações de risco – idosos frágeis

Idosos com ≥ 80 anos

Idosos com ≥ 60 anos que apresentem uma das seguintes condições:

- ≥ 5 doenças/agravos de saúde;
- polifarmácia (≥ 5 medicamentos/dia);
 - » uso de diuréticos
- imobilidade parcial ou total;
- incontinência urinária ou fecal;
- constipação
- instabilidade postural (quedas de repetição);
- incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, *delirium*);
- idosos com história de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar;
- idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária básica;
- idosos em situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias, como institucionalizados .
- Casos bem definidos e criteriosamente selecionados devem ser referenciados para atendimento do geriatra e da equipe especializada dos Núcleos ou Centros de Referência, de acordo com critérios estabelecidos na Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso.

Prontuário de Registro Farmacêutico

Preencher o formulário específico da “Primeira Consulta” - campos 17, 18 e 19.

5 FORMULÁRIOS DO PRONTUÁRIO DE REGISTRO FARMACÊUTICO

5.1 Primeira consulta

| PRIMEIRA CONSULTA | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|---------|
| *Data do atendimento: | Data da primeira consulta: | *Número do prontuário: | |
| CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO* | | | |
| Nº Cartão SUS: | | CPF: | |
| Nome completo: | | | |
| Data de nascimento: | Raça: | Sexo: Masc. () Fem. () | |
| Endereço residencial (Rua/Av): | | | |
| Número: | Complemento: | Bairro: | CEP: |
| Telefone: | Tel celular: | | E-mail: |
| Naturalidade: | | Estado civil: | |
| Renda familiar: | | Escolaridade: | |
| Nome do cuidador/acompanhante: | | | |
| Grau de parentesco: | | Idade: | |
| CAMPO 2 – CONDIÇÃO ATUAL* | | | |
| Queixa principal: | | | |
| Problemas de saúde: | | | |
| <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Diabetes <i>mellitus</i> <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Hanseníase | | | |
| CAMPO 3 – HISTÓRIA CLÍNICA | | | |
| Doenças anteriores SIM () NÃO () Listar e datar: | | | |

Cirurgias SIM () NÃO () Listar e datar:

Internações SIM () NÃO () Listar e datar:

Distúrbios alimentares (obesidade, bulimia, anorexia) SIM () NÃO () Listar e datar:

CAMPO 4 – USO ANTERIOR DE MEDICAMENTOS

| MEDICAMENTO | INDICAÇÃO | RESPOSTA | DURAÇÃO DO TRATAMENTO |
|-------------|-----------|----------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

CAMPO 5 – RAM E ALERTAS

História de alergia a medicamentos e outros:

Reações adversas a medicamentos no passado:

Outros alertas/necessidades especiais (visão/audição/mobilidade/deficiência física ou mental):

Fatores de risco ou sinais de alerta para violência doméstica:

CRIANÇA

CAMPO 6 – HISTORIA CLÍNICA

Sono, vida escolar, história de violência doméstica.

TRIAGEM NEONATAL

| | | | |
|-----------------|----------------|-----------------|-------------------|
| Hipotireoidismo | Fenilcetonúria | Fibrose Cística | Anemia Falciforme |
|-----------------|----------------|-----------------|-------------------|

No caso de lactente (criança amamentando), a mãe utiliza algum medicamento, suplemento alimentar, fitoterápicos e plantas medicinais? Sim () Não () Qual?

Apresenta doenças parasitárias? Sim () Não () Listar
Está tratando? Sim () Não ()

Apresenta desnutrição? Sim () Não ()
Está tratando? Sim () Não ()

Apresenta diarreia? Sim () Não ()
Está tratando? Sim () Não ()

Apresenta tosse ou doença respiratória? Sim () Não ()
Está tratando? Sim () Não ()

Apresenta doenças de transmissão vertical? Sim () Não ()
Está tratando? Sim () Não ()

Apresenta anemia ferropriva? Sim () Não ()
Está tratando? Sim () Não ()

CAMPO 7 – ATIVIDADES COTIDIANAS

Atividade física

TIPO

PERIODICIDADE

DURAÇÃO

CAMPO 8 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Grupo I ()

Grupo II ()

Citar os fatores que embasam a classificação de risco:

ADOLESCENTE

CAMPO 9 – DESENVOLVIMENTO PUBERAL E DA SEXUALIDADE

Comportamento e relações:

Atividade sexual: idade de início, frequência, conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (tipo, utilização), dificuldades.

Gravidez ou aborto anterior: idade, motivo, acompanhamento.

CAMPO 10 – ATIVIDADES COTIDIANAS

Atividades de grupo, atividades físicas e de lazer, religião:

| TIPO | PERIODICIDADE | DURAÇÃO |
|------|---------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Uso de álcool: Sim () Não ()

| IDADE DE INÍCIO | QUANTIDADE | FREQUÊNCIA |
|-----------------|------------|------------|
| | | |

Tabagismo: Sim () Não ()

| IDADE DE INÍCIO | QUANTIDADE | FREQUÊNCIA |
|-----------------|------------|------------|
| | | |

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim () Não () Qual:

| IDADE DE INÍCIO | QUANTIDADE | FREQUÊNCIA | TRATAMENTO |
|-----------------|------------|------------|------------|
| | | | |

CAMPO 11 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Adolescente de alto risco?

() Sim

() Não

Citar os fatores que embasam a classificação de risco:

ADULTO

CAMPO 12 – HÁBITOS DE VIDA

Trabalho: ocupação, tipo de vínculo (formal, informal, autônomo), local e carga horária.

Presença de esforço físico intenso, exposição a ruídos, agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse, postura predominante no trabalho.

Atividades produtivas domésticas: Sim () Não ()

Atividades físicas e de lazer:

| TIPO | PERIODICIDADE | DURAÇÃO |
|------|---------------|---------|
|------|---------------|---------|

Uso de álcool: Sim () Não ()

| IDADE DE INÍCIO | QUANTIDADE | FREQUÊNCIA |
|-----------------|------------|------------|
|-----------------|------------|------------|

Triagem de CAGE: Positivo () Negativo ()

Tabagismo: Sim () Não ()

| IDADE DE INÍCIO | QUANTIDADE | FREQUÊNCIA |
|-----------------|------------|------------|
|-----------------|------------|------------|

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim () Não () Qual:

| IDADE DE INÍCIO | QUANTIDADE | FREQUÊNCIA | TRATAMENTO |
|-----------------|------------|------------|------------|
|-----------------|------------|------------|------------|

CAMPO 13 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco Cardiovascular - () RISCO BAIXO () RISCO MÉDIO () RISCO ALTO () RISCO MUITO ALTO
Citar os fatores que embasam a classificação de risco:

Diabetes:
() Sem tratamento medicamentoso () Não usuário de insulina e sem hipertensão
() Não usuário de insulina e hipertensão () Usuário de insulina
() Presença de complicação. Qual(is)?

Tuberculose:
() Coinfecção com HIV
() Nefropatia
() Hepatopatia

Ocorrência de reações adversas aos medicamentos antituberculose. Sim () Não () Descrever:

Adesão ao tratamento. Sim () Não () Descrever:

Hanseníase - () BAIXO RISCO () ALTO RISCO
Citar os fatores que embasam a classificação de risco:

GESTANTE

CAMPO 14 – HÁBITOS DE VIDA

Uso de álcool: Sim () Não ()

| IDADE DE INÍCIO | QUANTIDADE | FREQUÊNCIA |
|-----------------|------------|------------|
|-----------------|------------|------------|

Tabagismo: Sim () Não ()

| IDADE DE INÍCIO | QUANTIDADE | FREQUÊNCIA |
|-----------------|------------|------------|
|-----------------|------------|------------|

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim () Não () Qual:

| IDADE DE INÍCIO | QUANTIDADE | FREQUÊNCIA | TRATAMENTO |
|-----------------|------------|------------|------------|
|-----------------|------------|------------|------------|

CAMPO 15 – ATIVIDADES COTIDIANAS

Trabalho: ocupação, tipo de vínculo (formal, informal, autônomo), local e carga horária.

Presença de esforço físico intenso, exposição a ruídos, agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse, postura predominante no trabalho.

Atividades produtivas domésticas: Sim () Não ()

Atividades físicas e de lazer:

| TIPO | PERIODICIDADE | DURAÇÃO |
|------|---------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

CAMPO 16 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

() Não

() Sim – permite a realização de pré-natal pela equipe do PSF

() Sim – indica a realização de pré-natal em serviços de referência

Citar os fatores que embasam a classificação de risco:

IDOSO

CAMPO 17 – HÁBITOS DE VIDA

Atividade de lazer:

Atividade física:

Orientada pelo médico? Sim () Não ()

Tabagismo: Sim () Não ()

IDADE DE INÍCIO

QUANTIDADE

FREQUÊNCIA

Uso de álcool: Sim () Não ()

IDADE DE INÍCIO

QUANTIDADE

FREQUÊNCIA

Triagem de CAGE: Positivo () Negativo ()

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim () Não () Qual:

IDADE DE INÍCIO

QUANTIDADE

FREQUÊNCIA

Sono:

CAMPO 18 – HISTÓRIA CLÍNICA

Nutrição. Verificar apetite e influência dos medicamentos no paladar, apetite e biodisponibilidade de nutrientes.

Apresenta incontinência urinária? Sim () Não ()

Se possui diabetes, ela está controlada: Sim () Não ()

Utiliza diuréticos: Sim () Não ()

Apresenta incontinência fecal? Sim () Não ()

Habilidade postural. Apresenta tontura? Sim () Não ()

Apresenta instabilidade? Sim () Não ()

Verificar influência dos medicamentos na estabilidade postural e risco de quedas.

Incapacidade cognitiva. Apresenta diminuição de memória? Sim () Não ()

Apresenta alteração de humor? Sim () Não ()

Apresenta outra alteração da cognição? Sim () Não () Descrever.

Verificar influência dos medicamentos na capacidade cognitiva.

CAMPO 19 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

(INFORMADO PELO MÉDICO)

IDOSO FRÁGIL/DE ALTO RISCO

() Não

() Sim. Descrever condições relevantes.

Instruções para o preenchimento do formulário de PRIMEIRA CONSULTA

*Campos de preenchimento obrigatório no primeiro atendimento, conforme descrito no Fluxograma 1.

Data do atendimento: data da primeira abordagem.

Data da primeira consulta: a data da primeira consulta pode ou não ser a mesma da data do atendimento.

Número do prontuário: será estabelecido de acordo com a unidade de atendimento. Esteja atento para evitar duplicidade de registro.

Campo 1 - Identificação

Dados de identificação pessoal do paciente.

Campo 2 – Condição atual

Queixa principal: descrever o incômodo/enfermidade/indisposição persistente no momento.

Problemas de saúde: relatar a história clínica do paciente relacionada ou não à queixa principal.

HAS, Diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase: indicar se o paciente apresenta uma ou mais dessas condições.

Campo 3 - História clínica

Doenças anteriores: caso o paciente tenha tido alguma doença anterior, assinalar a opção, listar as doenças previamente adquiridas e datar o início e o fim (se for o caso).

Cirurgias: caso o paciente tenha feito alguma cirurgia, marcar a opção, listar as cirurgias a que já foi submetido e datar.

Internações: caso o paciente tenha se internado, marcar a opção, listar os motivos das internações e datar.

Distúrbios alimentares: indicar se o paciente apresenta ou já apresentou obesidade, bulimia, anorexia ou outro distúrbio.

Campo 4 - Uso anterior de medicamentos

Medicamento: nome completo do medicamento pela Denominação Comum Brasileira (DCB), ou na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI) do medicamento que o paciente utilizava.

Indicação: doença/condição para qual o medicamento anterior se destinava.

Resposta: efetividade/segurança de tratamentos anteriores relatados pelo paciente.

Duração do tratamento: duração do tratamento medicamentoso.

Campo 5 - RAM e Alertas

História de alergia a medicamentos e outros: relatar as histórias de alergias a medicamentos, bem como qualquer outra alergia.

Reações adversas a medicamentos no passado: relatar as reações adversas a medicamentos apresentadas anteriormente pelo paciente.

Outros alertas/necessidades especiais (visão/audição/mobilidade/deficiência física ou mental): relatar alguma situação apresentada pelo paciente que seja importante para sua avaliação, assim como suas necessidades especiais visuais, auditivas, de mobilidade e se o paciente apresenta alguma deficiência física ou mental.

Fatores de risco ou sinais de alerta para violência doméstica: relatar os fatores de risco ou sinais de alerta para violência doméstica segundo percepção pessoal do farmacêutico ou relato do paciente.

CRIANÇA

Campo 6 - História clínica

Sono, vida escolar, história de violência doméstica: relatar informações gerais sobre o sono, a vida escolar e a história de violência doméstica segundo percepção pessoal do farmacêutico ou relato do paciente ou responsável.

Triagem neonatal: relatar se durante a triagem neonatal foram detectadas as seguintes doenças: hipotireoidismo, fenilcetonúria, fibrose cística e anemia falciforme.

No caso de lactente (criança amamentando): indicar se a mãe utiliza algum medicamento, suplemento alimentar, fitoterápicos e plantas medicinais. Verificar se há excreção do medicamento no leite materno e riscos potenciais para a criança.

Apresenta doenças parasitárias? Indicar se apresenta doenças parasitárias. Caso esteja tratando, escrever o nome do medicamento, a posologia e a data de início e término do tratamento no formulário "Registro de uso atual de medicamentos".

Apresenta desnutrição? Indicar se apresenta desnutrição. Caso esteja tratando, escrever nome do medicamento, a posologia e a data de início e término do tratamento no formulário "Registro de uso atual de medicamentos".

Apresenta diarreia? Indicar se apresenta diarreia. Caso esteja tratando descrever nome do medicamento, posologia e data de início e término do tratamento no formulário "Registro de uso atual de medicamentos".

Apresenta tosse ou doença respiratória? Indicar se apresenta tosse ou doença respiratória. Caso esteja tratando descrever nome do medicamento, posologia e data de início e término do tratamento no Formulário "Registro de uso atual de medicamentos".

Apresenta doenças de transmissão vertical? Indicar se apresenta doenças de transmissão vertical. Caso esteja tratando, escrever nome do medicamento, a posologia e a data de início e término do tratamento no formulário "Registro de uso atual de medicamentos".

Apresenta anemia ferropriva? Indicar se apresenta anemia ferropriva. Caso esteja tratando, escrever nome do medicamento, a posologia e a data de início e término do tratamento no formulário "Registro de uso atual de medicamentos".

Campo 7 - Atividades cotidianas

Atividade física: escrever as atividades realizadas segundo o tipo, a periodicidade e a duração.

Campo 8 – Classificação de risco

Indicar o grupo de risco da criança de acordo de acordo com os fatores de risco descritos na Linha Guia de Atenção à Saúde da Criança. Citar os fatores que embasam a classificação de risco.

ADOLESCENTES

Campo 9 - Desenvolvimento puberal e da sexualidade

Comportamento e relações: descrever o comportamento do adolescente em relação à sexualidade e orientação sexual.

Atividade sexual: idade da primeira relação sexual, frequência de relações, tipo de método anticoncepcional utilizado, conhecimento sobre a necessidade e forma adequada de utilização e dificuldades encontradas.

Gravidez ou aborto anterior: registrar se a paciente já ficou grávida e se já fez algum aborto. Em caso afirmativo, relatar a idade, o motivo e se recebeu algum tipo de acompanhamento.

Campo 10 - Atividades cotidianas

Atividades de grupo, atividades físicas e de lazer, religião: escrever as atividades realizadas segundo o tipo, a periodicidade e a duração.

Uso de álcool: relatar se o paciente utiliza ou não álcool, a idade de início, a quantidade utilizada e a frequência de uso.

Tabagismo: relatar se o paciente utiliza ou não tabaco, a idade de início, a quantidade utilizada e a frequência de uso.

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: relatar se o paciente utiliza ou não substâncias lícitas ou ilícitas, droga utilizada, qual a idade de início, a quantidade utilizada, a frequência de uso e se já fez tratamento.

Campo 11 – Classificação de risco

Indicar se o adolescente é de alto risco de acordo com os fatores de risco descritos na Linha Guia de Atenção à Saúde do Adolescente. Citar os fatores que embasam a classificação de risco.

ADULTOS

Campo 12 - Hábito de vida

Trabalho: escrever a ocupação do paciente, o tipo de vínculo empregatício (formal, informal, autônomo), local e a carga horária.

Presença de esforço físico intenso, exposição a ruídos, agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse, postura predominante no trabalho: relatar se o paciente está exposto a riscos para sua saúde no trabalho.

Atividades produtivas domésticas: relatar se o paciente realiza atividades produtivas domésticas.

Atividades físicas e de lazer: relatar o tipo, a periodicidade e a duração das atividades físicas e de lazer realizadas pelo paciente.

Uso de álcool: relatar se o paciente utiliza ou não álcool, idade de início, a quantidade utilizada e a frequência de uso.

Triagem de CAGE: aplicar o questionário de CAGE e avaliar se o paciente apresenta tendência ao alcoolismo.

O questionário CAGE é constituído por quatro questões referentes ao anagrama **C**ut-down, **A**nnoyed, **G**uilty e **E**ye-opener:

Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? - **C**ut down

As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? - **A**nnoyed;
O(a) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? - **G**uilty

Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? - **E**ye-opener

Score: teste positivo para dependência de álcool com 2 respostas afirmativas.

Tabagismo: relatar se o paciente faz uso de cigarro ou similares, a idade de início, a quantidade utilizada e a frequência de uso.

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: relatar se o paciente utiliza ou não substâncias lícitas ou ilícitas, a droga, a idade de início, a quantidade utilizada, a frequência de uso e se já fez tratamento.

Campo 13 - Classificação de risco

Risco Cardiovascular: classificar o grau de risco de acordo com os fatores de risco cardiovascular descritos na Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão e Diabetes em risco baixo, risco médio, risco alto ou risco muito alto. Citar os fatores que embasam a classificação de risco.

Diabetes: se o paciente for diabético, assinalar a opção condizente com a situação dele.

Tuberculose: indicar se o paciente apresenta coinfeção com HIV, nefropatia ou hepatopatia. Indicar se houve ocorrência de reações adversas aos medicamentos antituberculose e descrevê-las. Descrever a adesão do paciente ao tratamento.

Hanseníase: classificar o grau de risco de acordo com os fatores de risco descritos na Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hanseníase em baixo risco ou alto risco. Citar os fatores que embasam a classificação de risco.

GESTANTES

Campo 14 - Hábitos de vida

Uso de álcool: relatar se a paciente utiliza ou não álcool, a idade de início, a quantidade utilizada e a frequência de uso.

Tabagismo: relatar se a paciente faz uso de cigarro ou similares, a idade de início, a quantidade utilizada e a frequência de uso.

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: relatar se o paciente utiliza ou não substâncias lícitas ou ilícitas, droga utilizada, a idade de início, a quantidade, a frequência de uso e se já fez tratamento.

Campo 15 - Atividades cotidianas

Trabalho: escrever a ocupação da paciente, o tipo de vínculo empregatício (formal, informal, autônomo), local e a carga horária.

Presença de esforço físico intenso, exposição a ruídos, agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse, postura predominante no trabalho: relatar se a paciente está exposta a riscos para sua saúde no trabalho.

Atividades produtivas domésticas: relatar se a paciente realiza atividades produtivas domésticas.

Atividades físicas e de lazer: relatar o tipo, a periodicidade e a duração das atividades físicas e de lazer realizadas pelo paciente.

Campo 16 - Classificação de risco

Indicar se a gestação é de alto risco. Em caso positivo, é importante mostrar se o pré-natal deve ser realizado pela equipe do PSF ou em serviço de referência. Citar os fatores que embasam a classificação de risco.

IDOSOS

Campo 17 - Hábitos de vida

Atividade de lazer: descrever as atividades de lazer realizadas pelo idoso.

Atividade física: descrever as atividades físicas realizadas pelo idoso e relatar se são orientadas ou não pelo médico.

Tabagismo: relatar se o paciente faz uso de cigarro ou similares, a idade de início, a quantidade utilizada e a frequência de uso.

Uso de álcool: relatar se o paciente utiliza ou não álcool, a idade de início, a quantidade utilizada e a frequência de uso.

Triagem de CAGE: aplicar o questionário de CAGE e avaliar se o paciente apresenta tendência ao alcoolismo.

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: relatar se o paciente utiliza ou não substâncias lícitas ou ilícitas, a droga utilizada, a idade de início, a quantidade utilizada, a frequência de uso e se já fez tratamento.

Sono: descrever os hábitos de sono do paciente.

Campo 18 – História clínica

Nutrição: verificar o apetite e relatar se os medicamentos em uso interferem no paladar, no apetite e na biodisponibilidade de nutrientes.

Apresenta incontinência urinária? Indicar se apresenta incontinência urinária. Se tem diabetes, indicar se está controlada. Indicar se utiliza diuréticos.

Apresenta incontinência fecal? Indicar se apresenta incontinência fecal.

Habilidade postural. Indicar se apresenta tontura e instabilidade.

Relatar medicamentos em uso que interferem na estabilidade postural e aumentam risco de quedas.

Incapacidade cognitiva. Indicar se apresenta diminuição de memória, alteração de humor e outra alteração da cognição. Descrever as condições presentes.

Relatar medicamentos em uso que interferem na capacidade cognitiva.

Campo 19 - Classificação de risco

Indicar se o idoso é frágil ou de alto risco. Em caso positivo, descrever as condições relevantes que o caracterizam como idoso frágil.

5.2 Consulta subsequente

| CONSULTA SUBSEQUENTE | |
|--|-----------------------|
| Data do atendimento: | Número do prontuário: |
| CAMPO 1 – CONDIÇÃO ATUAL | |
| Queixa principal: | |
| História clínica: | |
| CAMPO 2 – MODIFICAÇÕES NOS HÁBITOS DE VIDA | |
| Dieta: | |
| Exercício físico: | |
| Outros: | |
| CAMPO 3 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (de acordo com o ciclo de vida) | |
| | |

Instruções para o preenchimento do formulário de consulta subsequente

Data do atendimento: escrever a data daquele atendimento.

Número do prontuário: será estabelecido de acordo com a unidade de atendimento. Esteja atento para evitar duplicidade de registro.

Campo 1 - Condição atual

Queixa principal: descrever o incômodo/enfermidade/indisposição persistente no momento.

História clínica: relatar a história clínica do paciente relacionada ou não à queixa principal relatada.

Nas consultas subsequentes, o paciente pode ter outras queixas, e o farmacêutico deve registrá-las e avaliá-las.

Campo 2 - Modificações nos hábitos de vida

Dieta: relatar se ocorreram modificações na dieta do paciente.

Exercício físico: relatar se ocorreram modificações na prática de exercícios físicos.

Outros: relatar outras modificações nos hábitos de vida.

Campo 3 - Classificação de risco

Classificar o paciente quanto ao seu grau de risco avaliando suas modificações nos hábitos de vida e suas queixas atuais. A classificação deve basear-se nos ciclos de vida.

Instruções para o preenchimento do formulário de registro de exames clínicos e laboratoriais

Registrar os exames clínicos e laboratoriais na tabela, relativos ao(s) problema(s) de saúde do paciente, informando a data da medição.

Número do prontuário: será estabelecido de acordo com a unidade de atendimento. Esteja atento para evitar duplicidade de registro.

Sugere-se que sejam feitas as medidas de peso, altura, IMC (índice de massa corporal), PA (pressão arterial) e glicemia (especificar o tipo: capilar, de jejum, pós prandial).

IMC (kg/m^2) é calculado dividindo-se o peso pela altura ao quadrado.

5.4 Registro de uso atual de medicamentos

| REGISTRO DE USO ATUAL DE MEDICAMENTOS* | | | | | | |
|---|-------------|-----------------------|------------------------------------|--|-----------------------|------------------------------|
| Data: | | Número do prontuário: | | | | |
| CRM do prescritor | Medicamento | Indicação | Apresentação e posologia prescrita | Uso correto? (Em caso negativo especifique) | Duração do tratamento | Data de início do tratamento |
| | | | | Sim () Não () | | |
| | | | | Sim () Não () | | |
| | | | | Sim () Não () | | |
| | | | | Sim () Não () | | |
| | | | | Sim () Não () | | |
| | | | | Sim () Não () | | |
| | | | | Sim () Não () | | |
| | | | | Sim () Não () | | |
| | | | | Sim () Não () | | |
| | | | | Sim () Não () | | |
| | | | | Sim () Não () | | |
| | | | | Sim () Não () | | |
| | | | | Sim () Não () | | |

Data de retorno agendada:

Instruções para o preenchimento do formulário de registro de uso atual de medicamentos

Data do atendimento: escrever a data daquele atendimento.

Número do prontuário: será estabelecido de acordo com a unidade de atendimento. Esteja atento para evitar duplicidade de registro.

CRM do prescritor: indicar número do CRM do prescritor

Medicamento: nome completo do medicamento pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI.

Indicação: doença/condição, a qual o medicamento se destina, de acordo com o relato do paciente ou exames diagnóstico apresentado.

Apresentação e a posologia prescrita: forma farmacêutica do medicamento e, horário, via de administração e dose prescrita.

Uso correto: indicar se o paciente utiliza corretamente o medicamento e em caso negativo, especificar como é a forma de uso (antes/durante/após as refeições; ingestão com água/outras bebidas; observações específicas sobre outras formas farmacêuticas).

Duração do tratamento: indicar a duração prescrita do tratamento com o medicamento.

Data de início do tratamento: indicar a data de início do tratamento com o medicamento.

Data de retorno agendada: data agendada com o paciente para a próxima consulta.

Registrar medicamentos prescritos e não prescritos, fitoterápicos, homeopáticos, plantas medicinais, complementos alimentares e vitamínicos.

5.5 Avaliação Farmacêutica

| AVALIAÇÃO FARMACÊUTICA | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|----------------------|-------------------|-------------|---|-------------|-----------------------------|
| | | | | | | | Número do prontuário: _____ |
| CRM do prescriptor | Condição | Objetivo terapêutico | Data da avaliação | Medicamento | Resultados (marcar com sim ou não) | Observações | |
| | | | | | Necessário () Efetivo () Seguro () | | |
| | | | | | Necessário () Efetivo () Seguro () | | |
| | | | | | Necessário () Efetivo () Seguro () | | |
| | | | | | Necessário () Efetivo () Seguro () | | |
| | | | | | Necessário () Efetivo () Seguro () | | |
| | | | | | Necessário () Efetivo () Seguro () | | |
| | | | | | Necessário () Efetivo () Seguro () | | |
| | | | | | Necessário () Efetivo () Seguro () | | |
| | | | | | Necessário () Efetivo () Seguro () | | |

Instruções para o preenchimento do formulário de avaliação farmacêutica

Número do prontuário: será estabelecido de acordo com a unidade de atendimento. Esteja atento para evitar duplicidade de registro.

CRM do prescritor: indicar número do CRM do prescritor

Condição: indicar a condição que está relacionada com o uso do medicamento.

Objetivo terapêutico: indicar o objetivo terapêutico para cada condição. O objetivo terapêutico deve ter um parâmetro clínico ou laboratorial que avalia a efetividade da farmacoterapia e um marco temporal, em que se espera alcançar esse objetivo.

Data da avaliação: data em que a avaliação é feita. As condições podem ser avaliadas em datas diferentes.

Medicamento: nome completo do medicamento pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI.

Resultados: indicar o resultado do tratamento de acordo com três parâmetros:

- necessidade: medicamento é necessário para a condição/doença apresentada.
- Efetividade: o tratamento com o medicamento alcançou os objetivos terapêuticos traçados .
- Segurança: o paciente apresenta alguma contraindicação e/ou reação adversa na utilização do medicamento.

Observações: Relatar observações pertinentes à avaliação farmacêutica, descrever RAM, adesão ao tratamento.

Instruções para o preenchimento do formulário de intervenções farmacêuticas

Data do atendimento: escrever a data daquele atendimento.

Número do prontuário: será estabelecido de acordo com a unidade de atendimento. Esteja atento para evitar duplicidade de registro.

Data da intervenção: indicar a data em que a intervenção foi feita.

Problema identificado: descrever o problema que necessita de intervenção.

Descrição da intervenção: descrever detalhadamente qual a intervenção será proposta pelo farmacêutico, mediante o problema identificado.

Resultado da intervenção: descrever os resultados da intervenção, após o tempo determinado para observação. Os resultados incluem se a intervenção foi aceita ou não, se o problema foi resolvido ou não.

Data resolução do problema: indicar a data em que o problema identificado foi resolvido.

5.7 Evolução do paciente

| EVOLUÇÃO DO PACIENTE |
|----------------------|
| |

Instruções para o preenchimento do formulário evolução do paciente

Descrever a evolução do paciente no que concerne às condições de saúde, aos problemas identificados e detalhes sobre os resultados das intervenções.

Descrever a evolução da condição clínica do paciente, relatando se, ao final do período determinado para observação, o paciente está estável, melhor ou pior.

Este é um campo aberto em que o farmacêutico pode detalhar informações sobre RAM, adesão ao tratamento, uso correto de medicamentos, etc.

6. FICHA DE ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO

Os pacientes em acompanhamento receberão uma ficha com orientações sobre esquema posológico, armazenamento, reações adversas e outras observações relevantes. Essa ficha deve ser preenchida com informações a respeito dos medicamentos.

A posologia deve ser descrita no campo específico assinalando a hora e o período do dia no qual o medicamento deverá ser utilizado, de acordo com os parâmetros descritos na prescrição. O campo **"COMO USAR O MEDICAMENTO"** deverá conter orientações acerca de como o paciente deverá ingerir/administrar o medicamento. É importante também informar ao paciente sobre os cuidados no armazenamento dos medicamentos evitando, por exemplo, exposição à umidade, luz solar, calor. É essencial ao cumprimento da terapêutica que no campo **"PRINCIPAIS BENEFÍCIOS E EFEITOS COLATERAIS"** estejam enfatizados os benefícios que poderão ser obtidos com a terapia, em função das queixas apresentadas pelo paciente. Os riscos também deverão ser esclarecidos para o paciente, com o cuidado de não prejudicar a adesão ao tratamento. Ficha de Orientações aos Pacientes em Acompanhamento

COMO USAR O MEDICAMENTO

| |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |

CUIDADOS COM O ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

| |
|--|
| |
| |
| |

PRINCIPAIS BENEFÍCIOS E EFEITOS COLATERAIS DO MEDICAMENTO – (como o medicamento(s) atua sobre o problema)

| |
|--|
| |
|--|

7. FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA E QUEIXAS TÉCNICAS - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A ficha de notificação de suspeita de reação adversa e queixas técnicas, que será utilizada para coleta de dados, é a oficial da Anvisa e está disponível no endereço eletrônico:

- Preenchimento on-line:

<http://www.anvisa.gov.br/sisfarmaco/notificacaotemp/notificacaotemp1.asp>

- Arquivo em pdf:

http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/notificadoras/notificacao_prof.pdf (modelo a seguir)

A ficha deve ser preenchida toda vez que houver suspeita de alguma reação adversa. Toda e quaisquer suspeitas devem ser notificadas, por mais simples que possam parecer. As orientações para o correto preenchimento da Ficha de Notificação encontram-se a ela.



NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO OU DE DESVIO DA QUALIDADE DE MEDICAMENTO

Preencha o maior número de informações possível, principalmente os campos com *. Notifique, ainda que desconheça parte da informação.

CONFIDENCIAL

I Suspeita de reação adversa

A. Dados do paciente

Nome ou iniciais* Idade ou data de nascimento*
 Sexo* Masculino Feminino Peso (em kg) Nº do prontuário, se internado
 Nome da instituição, se internado
 Em caso de gravidez, indique o tempo de gestação no momento da reação adversa.

B. Medicamentos* Cite o nome dos medicamentos de que o paciente faz uso, prescritos ou não. Incluir: automedicação, fitoterápicos, chás e outros. Cite os suspeitos em 1º lugar. Não mencione os usados para tratamento da reação.

| Nome comercial ou genérico ¹ | Dose diária | Via de administração | Data início de uso | Data fim de uso | Motivo do uso | Lote | Fabricante |
|---|-------------|----------------------|--------------------|-----------------|---------------|------|------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(1) Se o medicamento for manipulado, informe a fórmula completa, e, se genérico, é indispensável informar o fabricante.

C. Descrição da reação adversa. Se o paciente ainda não se recuperou, assinale o campo "Data do fim" com um traço.

| Reação | Data de início da reação | Data do fim da reação | Seqüelas (se houver) |
|--------|--------------------------|-----------------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Breve relato das reações, com dados laboratoriais relevantes.

D. Doenças concomitantes Hipertensão Diabetes Cardiopatia Nefropatia Hepatopatia Etilismo Tabagismo

Desconhecidas Outras. Cite

Alergia ou outras reações prévias ao medicamento? Não Sim

E. Informações adicionais

1. Óbito? Não Sim Causa mortis
 2. Necessitou de internação? Não Sim Não se aplica ou é desconhecido
 3. Prolongou a internação? Não Sim Não se aplica ou é desconhecido
 4. Ameaçou a vida? Não Sim Não se aplica ou é desconhecido
 5. A reação desapareceu ou melhorou após a retirada ou diminuição da dose do medicamento?
 Não Sim Não se aplica ou é desconhecido
 6. O evento reapareceu após reintrodução do medicamento? Não Sim Não se aplica ou é desconhecido
 7. Você notificou anteriormente este caso? Não Sim
 A Anvisa. Quando ___ / ___ / ___
 A outro Centro de Vigilância Sanitária. Quando ___ / ___ / ___
 A indústria. Quando ___ / ___ / ___

Dados do notificador

1. Nome
 2. Categoria profissional Médico Dentista Farmacêutico Enfermeiro Outra. Cite
 3. Nº de inscrição no Conselho UF
 4. Telefone* DDD () 3. E-mail

II Suspeita de desvio da qualidade

Nome do medicamento (comercial ou genérico)*
 Nome do fabricante*
 Endereço completo (vide embalagem)
 N.º do lote* Data limite de validade do produto Forma farmacêutica
 Descrição detalhada do desvio*

8. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO

As atividades, as metas e os indicadores estabelecidos seguir buscam a avaliar o serviço de cuidado farmacêutico priorizando as ações dos profissionais em face aos Ciclos de Vida apresentados anteriormente: Saúde da Criança, do Adolescente, do Adulto, da Gestante e do Idoso; bem como as principais condições traçadoras relevantes ao quadro de saúde pública do País: hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose.

Farmácia deve ser reconhecida pela comunidade como um estabelecimento de saúde. É uma unidade de apoio da atenção em saúde e constitui-se no *locus operandi* das ações de assistência farmacêutica, sendo identificado pela:

- Estrutura física adequada
 - » Boas práticas de armazenamento de medicamentos
 - » Boas práticas de dispensação de medicamentos
 - » Espaço humanizado de atendimento aos usuários do SUS
- Sistema informatizado eficiente
 - » Integração com o conjunto dos programas e ações de saúde.

Nesse contexto, Starfield (2002) lembra que a composição da equipe de atenção primária varia. Médicos generalistas e equipe de enfermagem comunitária são invariavelmente incluídos nas unidades de saúde. Enquanto os profissionais farmacêuticos, que geralmente trabalham na comunidade, atuam fora delas, porém em estabelecimentos de referência para a prestação de serviços farmacêuticos, as Farmácias Comunitárias, aqui definidas como Unidades da Rede Farmácia de Minas. Vale ressaltar o papel da farmácia na comunidade como apoio aos serviços médicos especializados, com a dispensação de medicamentos de alto custo e mesmo daqueles produtos estratégicos para a política nacional de saúde.

8.1 Atividades e metas

Para garantir o sucesso das ações relacionadas ao Cuidado Farmacêutico, é fundamental que o farmacêutico estabeleça reuniões semanais, quinzenais ou mensais de trabalho e estudos de casos com a equipe de saúde e participe das atividades de Educação Permanente, com a finalidade de expor situações e dificuldades da rotina de trabalho e propor uma integração permanente entre equipe de saúde que beneficie o paciente.

São funções do serviço prestado pelo profissional farmacêutico e das farmácias comunitárias públicas:

Funções das farmácias públicas - Técnico-gerenciais

- Articular-se com os serviços, profissionais de saúde e com a comunidade para o uso racional de medicamentos;
- Programar medicamentos, tendo em vista indicadores epidemiológicos;
- Avaliar a cobertura e a demanda;

- Manter sistema da qualidade e garantir as BOAS PRÁTICAS regulamentadas pela Vigilância Sanitária e pelo Conselho Federal de Farmácia;
- Manter cadastro de usuários e prescritores;
- Realizar estudos farmacoepidemiológicos e farmacoeconômicos de forma a subsidiar as ações do plano diretor da atenção primária.

Funções das farmácias públicas na Atenção ao paciente:

- Prestar orientação individual e coletiva quanto ao uso correto de medicamentos aos pacientes;
- Prestar orientação individual e coletiva quanto à farmacologia e elenco de medicamentos selecionados para uso no SUS para os prescritores;
- Realizar o seguimento da farmacoterapia, com ênfase na adesão ao tratamento e na efetividade terapêutica;
- Notificar a ocorrência de reações adversas, realizando farmacovigilância;
- Sinalizar para equipe de saúde a necessidade de busca ativa de paciente;
- Participar dos processos de Educação Permanente em Saúde, levando os casos clínicos de pacientes para discussão com as equipes de atenção primária e especializada, quando for o caso.

Outras atividades essenciais e suas respectivas metas a ser executadas são propostas no Quadro 11.

Quadro 11 - Atividades e metas para o êxito do Cuidado Farmacêutico.

| AVALIAÇÃO FARMACÊUTICA | | |
|--|--|--|
| Atividades | Metas | Período |
| Identificar se os medicamentos utilizados são necessários, efetivos e seguros (reações adversas e contraindicações) e se há interações entre medicamentos ou com alimentos. | <ul style="list-style-type: none"> – Intervenção em 100% dos problemas relacionados ao uso de medicamentos identificados (encaminhamento, comunicação com equipe de saúde e Acompanhamento Farmacoterapêutico) – Notificação de 100% das RAM identificadas | <ul style="list-style-type: none"> – Mensal – Mensal |
| ADESÃO | | |
| Atividade | Metas | Período |
| Identificar os pacientes com problemas de adesão seguindo o Fluxograma 1, levando em consideração os fatores sociais e econômicos, relacionados à equipe e ao sistema de saúde, à condição da doença, ao tratamento e ao paciente. | <ul style="list-style-type: none"> – Identificação de 100% dos pacientes com adesão insuficiente – Encaminhamento de 100% dos pacientes com adesão insuficiente identificados (Acompanhamento Farmacoterapêutico ou especialista) | <ul style="list-style-type: none"> – Mensal – Mensal |
| ENCAMINHAMENTO | | |
| Atividade | Meta | Período |

| | | |
|---|--|---|
| Identificar pacientes em risco eleitos ou não para o Acompanhamento Farmacoterapêutico (segundo o Fluxograma 1) e encaminhá-los para profissionais competentes. | Encaminhamento de 100% dos pacientes identificados | Mensal |
| PROMOVENDO O AUTOCUIDADO (INCENTIVO A HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS E MANEJO DA CONDIÇÃO) | | |
| Atividade | Metas | Períodos |
| Realizar reuniões educativas para grupos de pacientes segundo o ciclo de vida e/ou a condição clínica (traçadora ou eleita prioritária). | <ul style="list-style-type: none"> – Realização de no mínimo 1 (uma) reunião educativa para cada grupo selecionado de responsabilidade única do farmacêutico – Realização de no mínimo 1 (uma) reunião educativa para cada grupo selecionado de responsabilidade da equipe de saúde com participação do farmacêutico | <ul style="list-style-type: none"> – Trimestral – Semestral |

Fonte: GOMES *et al.* 2007; MINAS GERAIS, 2008, b (Adaptações).

8.2 Indicadores

Como forma de avaliar e monitorar o serviço do Cuidado Farmacêutico será empregado um conjunto de indicadores apresentados no Quadro 12. Esses indicadores serão utilizados concomitantemente às atividades realizadas buscando alcançar as metas propostas.

Os indicadores devem ser apresentados por meio de relatórios semestrais nos meses de agosto e janeiro (do ano seguinte) referentes ao primeiro e segundo semestre, respectivamente.

É importante ressaltar que os indicadores apresentados são relevantes quando analisados em conjunto.

Quadro 12- Indicadores para avaliação do serviço do Cuidado Farmacêutico

| DENOMINAÇÃO | DEFINIÇÃO | MÉTODO DE CÁLCULO |
|--|---|---|
| Cobertura do serviço do Cuidado Farmacêutico na Unidade da Rede Farmácia de Minas | Percentual de pacientes cadastrados em acompanhamento farmacoterapêutico na Unidade da Rede Farmácia de Minas | (Número de pacientes em acompanhamento / Número total da população pacientes cadastrados) x 100 |
| Percentual de problemas relacionados ao uso de medicamento identificados por período - Por medicamento | Percentual de problemas relacionados ao uso de medicamento identificados por período - Por medicamento | (Número de problemas relacionados ao uso de medicamento identificados / Total de medicamentos utilizados) x 100 |
| Percentual de problemas relacionados ao uso de medicamento identificados por período - Por paciente | Percentual de problemas relacionados ao uso de medicamento identificados entre os pacientes acompanhados | (Número de problemas relacionados ao uso de medicamento identificados / Total de pacientes acompanhados) x 100 |
| Percentual de intervenções realizadas | Percentual de intervenções realizadas entre os pacientes acompanhados | (Número de intervenções realizadas / Total de pacientes acompanhados) x 100 |

| DENOMINAÇÃO | DEFINIÇÃO | MÉTODO DE CÁLCULO |
|--|---|--|
| Percentual de resolução de problemas relacionados ao uso de medicamento | Percentual de problemas relacionados ao uso de medicamento resolvidos entre os pacientes acompanhados | (Número de problemas relacionados ao uso de medicamento resolvidos/Total de pacientes acompanhados) x 100 |
| Número total de Notificações de RAM e desvios de qualidade realizadas | Número total de notificações realizadas por Unidade da Rede Farmácia de Minas | Dispensa cálculos matemáticos |
| Percentual total de notificações de reação adversa a medicamentos | Percentual total de notificações de reação adversa a medicamentos (RAM) | (Número de notificações de RAM / Número total de notificações realizadas) x 100 |
| Percentual de notificações de reação adversa a medicamentos - Por fármaco | Percentual de notificações de reação adversa a medicamentos (RAM) - Por fármaco | (Número de notificações de RAM por fármaco / Número total de notificações realizadas) x 100 |
| Percentual de notificações de reação adversa a medicamentos - Por tipo de reação | Percentual de notificações de reação adversa a medicamentos (RAM) - Por tipo de reação | (Tipo de RAM notificada / Número de notificações de RAM por fármaco) x 100 |
| Percentual total de notificações de desvio de qualidade | Percentual total de notificações de desvio de qualidade | (Número de notificações de desvio de qualidade / Número total de notificações realizadas) x 100 |
| Percentual de notificações de desvio de qualidade - Por laboratório produtor | Percentual de notificações de desvio de qualidade - Por laboratório produtor | (Número de notificações de desvio de qualidade por laboratório produtor / Número total de notificações realizadas) x 100 |
| Número de atividades educativas coletivas realizadas por período | Número de atividades educativas coletivas realizadas por período | Dispensa cálculos matemáticos |

Fonte: MINAS GERAIS, 2008, b (Adaptações).

REFERÊNCIAS

ANGONESI D, RENNÓ MUP. Dispensação Farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008.

BERGSTEN-MENDES G. Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup):569-577, 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n° 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n° 417, de 29 de setembro de 2004. Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n° 499, de 20 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias, e dá outras providências.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União, Brasília*, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9.

BRASIL. Decreto-Lei n° 2.848, 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm. Acesso em 24 de agosto de 2009.

BRASIL. Lei Federal n° 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências.

BRASIL. Lei n° 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>. acesso em 26 de agosto de 2009.

CEBRIM. Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos. Farmacovigilância. Brasília CFF (Conselho Federal de Farmácia) Set. 2002. Disponível na internet no site: <www.cff.org.br/cebrim/farmacovigilancia.html>.

DIAS, MF. Introdução à farmacovigilância. Unidade de Farmacovigilância – ANVISA. Brasília, 09 setembro 2001.

GOMES, CAP et al. *A Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Ed FUNED, 2007, 70p.

LAPORTE JR, TOGNONI G, ROZENFELD S. *Epidemiologia do Medicamento*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1989. 264p
MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. *Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. 2nd ed. West Hartford: Kumarian Press, 1997.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. *Atenção à Saúde da Criança*. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde *Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida*. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Atenção à saúde do adulto: tuberculose*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 144 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Atenção à saúde do idoso*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Atenção à saúde do adulto: Hanseníase*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 62 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Atenção à saúde do adolescente*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006c. 152 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG Nº 1416, de 21 de fevereiro de 2008, a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Assistência Farmacêutica. Relatório da I Oficina de “Qualificação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde”. Belo Horizonte, 2008, b.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Guia para a boa prescrição médica. Trad. Cláudia Buchweitz. Porto Alegre: Artmed, 1998.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Segurança dos medicamentos: um guia para detectar e notificar reações adversas a medicamentos. Porque os profissionais de saúde precisam entrar em ação/Organização Mundial de Saúde. Brasília: OPAS/OMS, 2004. 18 p.

PEREIRA ML. Atenção farmacêutica: implantação passo a passo. Belo Horizonte, MG: Faculdade de Farmácia/UFMG, 2005. 104p.

ROMANO-LIEBER NS, TEIXEIRA JJV, FARHAT FCLG, RIBEIRO E, LONARDONI MTC, OLIVEIRA GSA. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6):1499-1507, nov./dez. 2002.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília – UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 10 facts on essential medicines. Outubro 2007. [acessado 19 maio 2009]. Disponível em www.who.int/features/factfiles/essential_medicines/en/index.html

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Handbook – Edição 2006. [acessado 31 março 2009]. Disponível em www.who.int/mediacentre/news/new/2006/nw05/en/index.html

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global partnerships for health. WHO drug information 1999; 13 (2):61-64.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy for containment of antimicrobial resistance. 2001 [acessado 20 abril 2009]. Disponível em www.who.int/emc/amr.html.