

MANUAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Alana Borges de Oliveira
André Teixeira Pontes
Elaine Silva Miranda

(ORGANIZADORES)





A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES
Alana Borges de Oliveira
André Teixeira Pontes
Elaine Silva Miranda

Série Conhecimento em Movimento

MANUAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

1ª Edição

Porto Alegre

2024

editora



redeunida

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla e Héider Aurélio Pinto**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara de Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderlécia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueline Miotto Guarnieri

Camila Fontana Roman

Carolina Araújo Londero

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Este livro foi financiado pela FAPERJ - Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, Projeto Processo E-26/210.606/2019.

A pesquisa teve apoio do Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados (PDPA) - uma conjunção de esforços entre a Prefeitura Municipal de Niterói, a Fundação Euclides da Cunha e a Universidade Federal Fluminense.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M294

Manual para a implementação do cuidado farmacêutico na Atenção Primária / Alana Borges de Oliveira; André Teixeira Pontes; Elaine Silva Miranda (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

70 p. (Série Conhecimento em Movimento, v.11).

E-book: 5.30 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-173-1

DOI: 10.18310/9786554621731

I. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Promoção à saúde. 4. Educação em Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM QV 701-835

CDU 614.39:615.1

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



AGRADECIMENTOS

À Isabelle Ruiz Martins pelo suporte na formatação e revisão das referências, e à Sabrina Calil Elias pela revisão crítica do conteúdo.



PREFÁCIO

A ideia de produzir um manual capaz de nortear a implantação de farmácias-modelo, instruindo farmacêuticos na realização e monitoramento de cuidados no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), requer criatividade e dedicação. Uma egressa do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Administração da Assistência Farmacêutica, Alana Borges e dois experientes docentes, Elaine Miranda e André Pontes, organizam, em uma linguagem objetiva, com diagramação cuidadosa, o passo a passo para estruturação destas atividades.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um pilar na promoção da equidade, capaz de fornecer cuidados contínuos e integrais, além de reduzir desigualdades ao garantir que populações vulneráveis tenham acesso a serviços de saúde essenciais, como diagnóstico precoce e manejo de condições crônicas. Ao assegurar a disponibilidade de medicamentos essenciais, consolida-se como uma estratégia de promoção da equidade. Mas garanti-los é apenas uma parte do processo.

Historicamente, no Brasil, as atividades relacionadas aos medicamentos associavam-se apenas aos sistemas logísticos ou de apoio. Mas o farmacêutico tem outros papéis na APS, que vão da dispensação às ações de educação em saúde. Da construção de planos terapêuticos, ao controle de estoque, colaborando com médicos, enfermeiros e outros profissionais para uma abordagem integral do cuidado. E é neste processo de cuidado farmacêutico, onde o paciente encontra escuta, identifica-se as suas necessidades, definem-se condutas com diálogo e negociação, que acontecem as maiores transformações.

Nesta perspectiva, o manual orienta a implementação de farmácias-modelos no nível municipal, abordando três eixos distintos: “Eixo Estrutura”, “Eixo Processos” e “Eixo Monitoramento”. No primeiro, dividido em área do estoque, da dispensação e a destinada à consulta farmacêutica, são propostos instrumentos para checagem de itens necessários para estas três áreas, além de explicações úteis, práticas e viáveis para gestão do estoque.

O segundo comporta ações de dispensação, medidas de adesão, acompanhamento farmacoterapêutico, visitas domiciliares e promoção da saúde. Além das ferramentas de checagem e fluxos, encontramos questionários validados, modelos e notas informativas em destaque, para que a ação proposta se concretize oportunamente. Os elementos da clínica ampliada/cuidados muito bem desenvolvidos, reforçam uma mudança de perspectiva, e valorizam o trabalho do farmacêutico na equipe multiprofissional, planejando atividades centradas nas necessidades do paciente. A argumentação se complementa com exemplos simples, mas concentrados em atribuições e responsabilidades complexas.

O terceiro e último, o eixo-monitoramento, propõe apoio, por meio de indicadores, a planos de monitoramento e avaliação dos cuidados farmacêuticos.

Este livro, endereçado aos profissionais da assistência farmacêutica e equipes multiprofissionais, serve como uma ferramenta essencial de orientação e padronização de práticas, sendo indispensável na APS. Se todas as etapas descritas forem seguidas de forma sistemática, efetiva e eficaz, por meio de informações claras sobre os objetivos do serviço, responsabilidades de cada profissional envolvido e melhores práticas para a gestão da farmacoterapia, este produto contribuirá para a formação e capacitação contínua da equipe, oferecendo subsídios teóricos e práticos que facilitam a tomada de decisões no dia a dia, promovendo a qualidade e a segurança do atendimento.

A desconstrução de barreiras para promoção da inclusão social e acesso equitativo aos medicamentos é um desafio a ser vencido. O cuidado, como pensado por Leonardo Boff, deve prevalecer.

“Tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver: uma planta, um animal, uma criança, um idoso, o planeta terra [...] a essência do ser humano reside no cuidado. O cuidado é mais fundamental do que a razão e a vontade” (Boff, 1999).

Boa leitura!

Gabriela Bittencourt González Mosegui

Vice-diretora do Instituto de Saúde Coletiva da UFF e professora do PPG-GAFAR

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	13
1 EIXO ESTRUTURA.....	15
1.1 INFRAESTRUTURA	15
1.2 GESTÃO DO ESTOQUE DE MEDICAMENTOS	17
2 EIXO PROCESSOS	20
2.1 DISPENSAÇÃO	20
2.2 MEDIDA DE ADESÃO	26
2.3 ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	33
2.3.1 Método Dáder	33
2.3.1.1 Oferta do serviço	35
2.3.1.2. Primeira entrevista	36
2.3.1.3 Estado da situação	39
2.3.1.4 Fase de estudo	40
2.3.1.5 Fase de avaliação.....	43
2.3.1.6. Fase de intervenção: plano de atuação.....	45
2.3.1.7 Etapa 7: entrevistas sucessivas.....	49
2.3.2 Método SOAP.....	49

2.4 VISITAS DOMICILIARES	51
2.4.1 Dados pré-visita	51
2.4.2 Condução da visita domiciliar	53
2.4.3 Análises pós-visita	54
2.5. PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	57
2.5.1 Dinâmica para condução de grupo educativo com a temática de hipertensão arterial	57
2.5.2 Dinâmica para condução de grupo educativo com a temática do uso racional de medicamentos	59
2.5.3 Dinâmica para condução de grupo educativo com a temática de <i>diabetes mellitus</i> tipo 2	61
3 Eixo Monitoramento	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
AUTORES	69

APRESENTAÇÃO

O presente manual foi elaborado a partir de uma revisão de escopo da literatura e posterior validação por um painel de especialistas. Foi inicialmente projetado para o âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Niterói, mas considera-se que pode contemplar qualquer município que tenha como objetivo a implantação de farmácias-modelo em cuidado farmacêutico na APS.

O objetivo deste material é de nortear essa implantação apresentando ferramentas necessárias para compor a estrutura, os processos e o monitoramento das atividades no serviço de farmácia.

Assim, o Eixo Estrutura é composto por itens voltados para a organização do espaço físico da farmácia, tais como: mobiliários, locais de armazenamento de medicamentos e insumos, bem como a recursos úteis para a gestão do estoque de medicamentos.

O objetivo deste eixo, portanto, é nortear tanto os gestores da Assistência Farmacêutica quanto os farmacêuticos que irão atuar na farmácia, listando os itens essenciais em uma farmácia na APS que possibilitem o desenvolvimento dos processos. Este eixo se divide em três partes, sendo a primeira delas relacionada com a área do estoque, a segunda com a área da dispensação, e por fim a área destinada à consulta farmacêutica.

Em seguida são descritos os processos e apresentadas ferramentas para nortear o desenvolvimento das ações a serem desempenhadas pelo farmacêutico, relacionadas com a etapa do cuidado, tais como: a dispensação de medicamentos, a medida de adesão à farmacoterapia, o acompanhamento farmacoterapêutico, as ações de promoção da saúde e as visitas domiciliares.

Por fim, o Eixo Monitoramento traz indicadores voltados para monitorar a realização das ações em cuidado farmacêutico propostas.

Tendo em vista o referencial teórico adotado, o Manual tem como escopo as doenças crônicas não transmissíveis. Durante o processo de implantação do Cuidado Farmacêutico na APS, recomenda-se que: (i) os funcionários sejam treinados para a realização das ações dos três eixos; (ii) sejam definidos critérios para a priorização de usuários a serem atendidos pelo serviço, como, por exemplo, aqueles em uso de três ou mais medicamentos, os com dificuldades na administração e uso dos medicamentos, ou ainda os com dificuldades de locomoção.

Por fim, ressalta-se que o processo de implantação é dinâmico, requerendo uma análise constante do progresso alcançado. Além disso, é importante observar elementos que devem passar por adaptação no sentido de melhor atender ao contexto local.

1

EIXO ESTRUTURA

Compreende um conjunto de itens relacionados com a estrutura ideal de uma farmácia para subsidiar o desenvolvimento dos processos relacionados ao cuidado farmacêutico.

1.1 INFRAESTRUTURA

São relacionados, em uma lista de verificação, itens da área do estoque (Quadro 1), da dispensação (Quadro 2) e da área destinada à consulta farmacêutica (Quadro 3). Importante salientar que a quantidade de cada item deve ser adequada à necessidade de cada serviço.

Quadro 1. Lista de verificação dos itens necessários para a Área do Estoque da farmácia-modelo

Itens necessários para Área do Estoque	
()	Ar-condicionado.
()	Armário em aço com cadeado e chaves para armazenamento de medicamentos controlados.
()	Armário para armazenamento de documentos e notas fiscais.
()	Estantes em aço para armazenamento de caixas de medicamentos e insumos.
()	Etiquetas para identificação dos medicamentos nas estantes e organização em ordem alfabética.
()	Ficha de prateleira para registro da saída de medicamentos e insumos para a área da dispensação.
()	Ficha para controle de temperatura do estoque e da geladeira.
()	Geladeira para armazenamento dos produtos termolábeis.

<input type="checkbox"/>	Livro de Registro de Movimentação de Estoque dos medicamentos controlados.
<input type="checkbox"/>	Suportes (pallets) para acondicionamento e recebimento de caixas de medicamentos e insumos.
<input type="checkbox"/>	Termo-higrômetro para aferição da temperatura e umidade do estoque.
<input type="checkbox"/>	Termômetro para aferição da temperatura da geladeira.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2. Lista de verificação dos itens necessários para a Área da Dispensação da farmácia-modelo

Itens necessários para a Área da Dispensação	
<input type="checkbox"/>	Ar-condicionado.
<input type="checkbox"/>	Cadeira para o técnico de farmácia ou farmacêutico.
<input type="checkbox"/>	Cadeira para o usuário.
<input type="checkbox"/>	Cadeira para o acompanhante.
<input type="checkbox"/>	Computador com acesso à internet.
<input type="checkbox"/>	Estantes com caixas (bins) para acondicionamento dos medicamentos e insumos.
<input type="checkbox"/>	Etiquetas para identificação dos medicamentos e insumos nas caixas (bins).
<input type="checkbox"/>	Ficha de controle de temperatura e umidade.
<input type="checkbox"/>	Formulário Terapêutico Nacional atualizado.
<input type="checkbox"/>	Impressora.
<input type="checkbox"/>	Itens de papelaria (canetas, régua, grampeador, resmas de papel, pastas, cola, tesoura, etc.).
<input type="checkbox"/>	Mesa com gavetas.
<input type="checkbox"/>	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) atualizada.
<input type="checkbox"/>	Termo-higrômetro para controle de temperatura e umidade.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3. Lista de verificação dos itens necessários para a Área De Consulta Farmacêutica

Itens necessários para a Área de Consulta Farmacêutica	
<input type="checkbox"/>	Algodão.
<input type="checkbox"/>	Almotolia com álcool 70%.
<input type="checkbox"/>	Aparelho para aferição de pressão arterial.
<input type="checkbox"/>	Balança.

<input type="checkbox"/>	Cadeira para o acompanhante.
<input type="checkbox"/>	Cadeira para o farmacêutico.
<input type="checkbox"/>	Cadeira para o paciente.
<input type="checkbox"/>	Computador com acesso à internet.
<input type="checkbox"/>	Espaço físico com porta para garantia do sigilo do paciente.
<input type="checkbox"/>	Fita métrica.
<input type="checkbox"/>	Glicosímetro e insumos para aferição de glicemia (lancetas, lancetador e tiras reagentes).
<input type="checkbox"/>	Impressora.
<input type="checkbox"/>	Itens de papelaria (canetas, régua, grampeador, resmas de papel, pastas, cola, tesoura, etc.).
<input type="checkbox"/>	Luvas de procedimento descartáveis.
<input type="checkbox"/>	Mesa com gavetas.
<input type="checkbox"/>	Papel-toalha.
<input type="checkbox"/>	Pia para lavagem das mãos.
<input type="checkbox"/>	Recipiente próprio para descarte de medicamentos pequenos.
<input type="checkbox"/>	Sabonete líquido

Fonte: Elaboração própria.

1.2 GESTÃO DO ESTOQUE DE MEDICAMENTOS

A utilização de sistemas informatizados é uma boa prática que auxilia na gestão e organização do estoque, mas nem sempre é possível contar com o auxílio de um sistema especializado. Sendo assim, foi proposta uma estrutura de planilha para auxiliar na execução desta atividade (Figura 1).

A planilha conta com colunas para registrar movimentações, tais como: entradas, dispensações, transferências, devoluções e perdas. Além disso, conta com uma aba para o cálculo do Consumo Médio Mensal (CMM).

Para iniciar o preenchimento das abas relativas aos meses, inicialmente, deve-se realizar o inventário total dos medicamentos e lançar seus respectivos quantitativos na coluna “Estoque Inventário”.

Figura 1. Interface da planilha de gestão do estoque referente aos lançamentos diários de movimentação, com valores aleatórios e apresentação do total do mês

		Dias do mês =>	1					Total Mês					Estoque Atual
MEDICAMENTOS	UND	ESTOQUE INVENTÁRIO	ENT	DISP	TRANS	DEV	PERDA	ENT	DISP	TRANSF	DEV	PERDA	DATA
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	F/A	500	0	200	50	10	0	0	200	50	0	0	250
Aciclovir 200 mg	COMP	1500	10000	5000	0	0	0	10000	5000	0	0	0	6500
Ácido acetilsalicílico 100 mg	COMP	5000	2000	2000	0	0	0	2000	2000	0	0	0	5000
Ácido acetilsalicílico 500 mg	COMP	5000	1000	100	0	0	0	1000	100	0	0	0	5900
Ácido fólico 5 mg	COMP	2000	1000	1000	0	0	0	1000	1000	0	0	0	2000

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: UND (unidade); ENT (entrada); DISP (dispensação); TRANSF (transferência); DEV (devolução).

Cada movimentação de estoque que acontecer no dia deve ser lançada na planilha. Por exemplo, se houve recebimento de medicamentos, os seus respectivos quantitativos devem ser lançados na coluna “ENT” referente ao dia do recebimento.

As demais movimentações disponíveis são: “DISP”, referente ao quantitativo que saiu do estoque para a dispensação; “TRANS”, referente aos medicamentos que foram remanejados para outras unidades de saúde; “DEV” referente aos medicamentos que foram devolvidos ou recebidos de outras unidades de saúde; “PERDA”, referente aos medicamentos perdidos por validade ou por outras razões. Ao final, o quantitativo de medicamentos estará sempre atualizado.

A aba de consumo médio mensal será preenchida automaticamente com o quantitativo consumido em cada mês, gerando o CMM com e sem o desvio-padrão. O desvio-padrão foi incluído no sentido de apontar o quanto os dados mensais são próximos da média, ou seja, se são homogêneos. Um desvio-padrão

alto significa que os dados estão mais dispersos, com valores diferentes da média, o que pode ocorrer quando há períodos de desabastecimento (Figura 2).

Figura 2. Interface da planilha de gestão de estoque referente a aba do Consumo Médio Mensal (CMM)

	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO			
MEDICAMENTOS	DISP.	DISP.	DISP.	CMM	DESVIO PADRÃO	CMM + DESVIO PADRÃO
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	100	100	100	25	45	70
Aciclovir 200 mg	1000	500	1000	208	396	605
Ácido acetilsalicílico 100 mg	5000	5000	5000	1250	2261	3511

Fonte: Elaboração própria.

É importante destacar que caso haja um software na unidade de saúde que permita a gestão de estoque, não é necessário fazer uso desta planilha. Além disso, considere incluir na planilha todos os medicamentos que fazem parte da Lista de Medicamentos Essenciais (LME) estabelecida para o local em questão.

2

EIXO PROCESSOS

Neste eixo é apresentado um conjunto de ferramentas capazes de nortear o farmacêutico no desenvolvimento de diferentes atividades em cuidado, destacam-se no contexto da Atenção Primária as ações voltadas para usuários com doenças crônicas. São contemplados os momentos de dispensação de medicamentos, o acompanhamento farmacoterapêutico, incluindo a medida de adesão, as visitas domiciliares e ainda estratégias para promoção da saúde.

2.1 DISPENSAÇÃO

A dispensação é um processo-chave, norteadado pela prescrição, por meio do qual podem ser ofertadas orientações sobre o uso, e identificados Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM). Neste sentido, a legislação em vigor orienta para uma série de critérios que devem ser seguidos para favorecer a segurança do tratamento e permitir o uso racional de medicamentos.

Toda prescrição deve ser escrita com rigor de linguagem, sem abreviações e de forma legível, deve ainda seguir a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, e conter a identificação completa do paciente e o modo de usar os medicamentos. Tendo em vista estes critérios, foi elaborada uma lista de verificação dos itens essenciais de uma prescrição que devem ser checados pelo farmacêutico no momento da dispensação (Quadro 4).

Quadro 4. Lista de verificação dos itens essenciais à prescrição.

Itens essenciais à prescrição	
()	Nome completo do paciente
()	Nome do medicamento na Denominação Comum Brasileira (DCB)
()	Via de administração
()	Concentração do medicamento
()	Forma farmacêutica
()	Dose
()	Posologia
()	Duração do tratamento
()	Data
()	Assinatura do prescriptor
()	Número de inscrição no conselho profissional do prescriptor
()	Endereço do consultório ou da residência do prescriptor

Fonte: Elaboração própria com base na Lei n.º 14063/2020 (Brasil, 2009; Brasil, 2020).

A validade da prescrição é um item que deve ser considerado frente à norma em vigor e as regras próprias estabelecidas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) local. Por exemplo, para antimicrobianos, é preconizado que a validade deve ser de dez dias (Brasil, 2021). Para os medicamentos sujeitos a controle especial, tais como os psicoativos, a validade da prescrição é de 30 dias (Brasil, 1998). Medicamentos de uso contínuo podem ter validade maior. É sempre importante cumprir com as orientações da CFT, que pode definir critérios específicos em cada contexto (Wannmacher, 2016).

No caso de estarem faltando um ou mais itens essenciais na prescrição (Quadro 4), ou da mesma estar fora da validade, se o prescriptor for do corpo clínico da unidade de saúde, realizar intervenção junto a ele para que o item possa ser incluído ou alterado. Caso a equipe de farmácia não possa ir até o consultório, ou no caso de se tratar de prescriptor externo, anexar um dos informativos abaixo

(Figura 3 e 4) à prescrição, preenchendo com os itens faltantes ou com o tempo de expiração da validade para que a inclusão do item e/ ou a renovação da prescrição seja realizada.

Figura 3. Informativo a ser anexado à prescrição para inclusão ou alteração de algum item

<p>Prezado prescritor, Esta prescrição está incompleta. Por favor, acrescente _____ para que seja realizada a dispensação do(s) medicamentos(s).</p> <p>Aguardamos a prescrição completa conforme a norma sanitária vigente.</p> <p>Obrigado(a)!</p>
--

Fonte: Elaboração própria.

Figura 4. Informativo a ser anexado à prescrição nos casos de prescrição fora da validade

<p>Prezado prescritor, Esta prescrição está com a validade vencida. Por favor, elabore uma nova prescrição para que seja realizada a dispensação do(s) medicamentos(s).</p> <p>Aguardamos a prescrição válida conforme a norma sanitária vigente.</p> <p>Obrigado(a)</p>
--

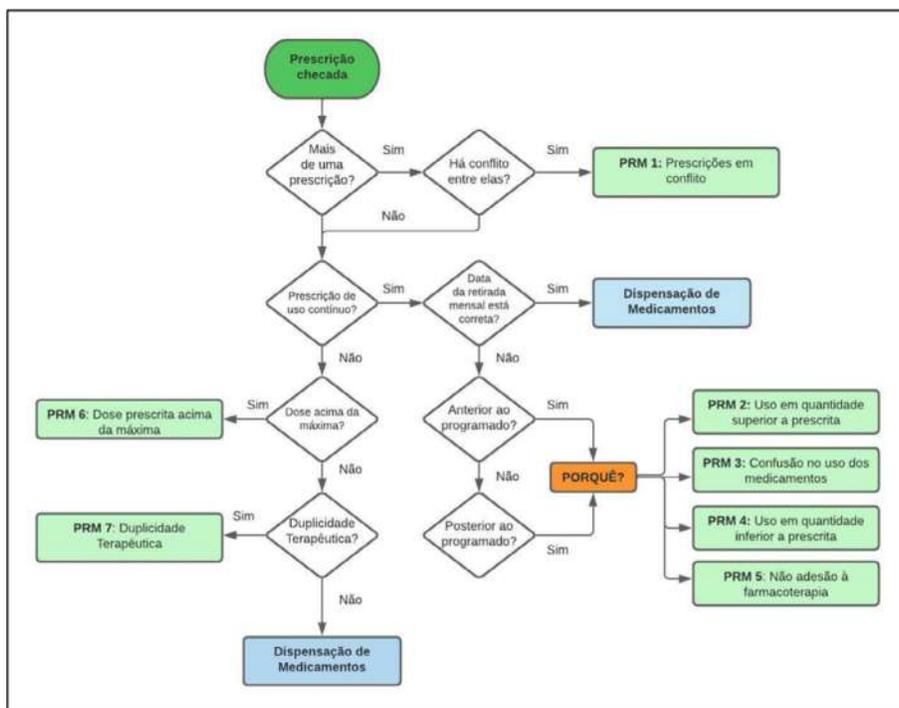
Fonte: Elaboração própria.



Importante destacar que, em alguns casos, a prescrição fora da validade pode representar um caso de não adesão ao tratamento. Importante que o farmacêutico tenha olhar atento e escuta ativa para que, na hipótese de haver essa suspeita, encaminhe o usuário para realização de medida de adesão em consulta farmacêutica.

Por fim, caso todos os itens descritos na lista de verificação sejam cumpridos, o processo da dispensação de medicamentos deverá seguir o fluxograma apresentado abaixo (Figura 5).

Figura 5. Fluxograma para condução da dispensação de medicamentos e insumos e identificação de supostos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM)



Fonte: Adaptado de Melo et al. (2017).

Nos casos em que o fluxograma apontar para a continuação do processo de dispensação, esta deverá ocorrer atentamente, para garantir que os medicamentos e suas respectivas quantidades estão sendo dispensados conforme a prescrição apresentada.

Além disso, devem ser fornecidas ao usuário as devidas orientações quanto a forma de uso dos medicamentos, posologia, reações adversas, formas de armazenamento, interações ou qualquer outra orientação que se

faça pertinente. Ademais, devem ser sanadas quaisquer dúvidas que o usuário possa ter. No caso de serem muitas dúvidas ou de haver suspeita de não adesão ao tratamento, é necessário o agendamento da consulta farmacêutica.

Para os casos em que houver identificação de algum dos PRM citados no fluxograma, estes deverão ser correlacionados com as sugestões de intervenção farmacêutica apresentadas no quadro a seguir (Quadro 5).

Quadro 5. Quadro para correlação entre o PRM encontrado e a intervenção farmacêutica a ser realizada

Tipo de PRM	Intervenção sugerida
PRM 1: Prescrições em conflito	Intervenção do farmacêutico junto ao prescritor, a fim de realizarem a conciliação medicamentosa. No caso de todas as prescrições serem externas, encaminhar o usuário para o acolhimento da equipe de saúde da unidade.
PRM 2: Uso em quantidade superior à prescrita	Revisar toda a prescrição do usuário, orientando quanto ao uso correto dos medicamentos. Se necessário, utilizar pictogramas e identificação por cores, por exemplo. Caso o usuário retorne no mês seguinte apresentando o mesmo problema, discutir o caso em reunião de equipe e agendar interconsulta ou consulta farmacêutica.
PRM 3: Confusão no uso dos medicamentos	
PRM 4: Uso em quantidade inferior à prescrita	
PRM 5: Não adesão à farmacoterapia	Orientar o usuário quanto a importância do tratamento e quanto ao uso correto dos medicamentos. Agendar de imediato uma consulta farmacêutica e discutir o caso em reunião de equipe.
PRM 6: Dose prescrita acima da máxima	Intervenção do farmacêutico junto ao prescritor, de preferência presencialmente, explicando a situação e solicitando a alteração. Perante essa impossibilidade, informar ao prescritor a ocorrência do PRM por meio de contato telefônico, e-mail, por prontuário eletrônico ou por outros meios que se adequem a realidade da unidade de saúde em questão, sempre prezando o sigilo da informação.
PRM 7: Duplicidade terapêutica	

Fonte: Elaboração própria com base em Melo *et al.* (2017).

A fim de facilitar o processo de comunicação dos PRM 6 e 7 e a alteração ou confirmação da prescrição, tem-se como opção os informativos representados nas Figuras 6 e 7. Importante destacar que eles devem ser entregues presencialmente ao prescritor no consultório, sempre prezando pela ética na intervenção farmacêutica.

Figura 6. Informativo a ser anexado à prescrição no caso de identificação dose prescrita acima da máxima

Prezado prescritor, o medicamento _____ se encontra acima da dose máxima diária que é de _____. Deseja manter a prescrição, mesmo ciente dessa informação? () SIM _____ Carimbo e assinatura do prescritor Caso não deseje manter, realizar nova prescrição, por gentileza. Obrigada(o)!
--

Fonte: Elaboração própria.

Figura 7. Informativo a ser anexado à prescrição no caso de identificação de duplicidade terapêutica

Prezado prescritor, o medicamento _____ se encontra em duplicidade terapêutica com o medicamento _____. Deseja manter a prescrição, mesmo ciente dessa informação? () SIM _____ Carimbo e assinatura do prescritor Caso não deseje manter, realizar nova prescrição, por gentileza. Obrigada(o)!
--

Fonte: Elaboração própria.



É importante, sempre que possível, discutir os casos mais complexos de serem solucionados com as equipes em reunião, isso possibilitará uma tomada de decisão conjunta para o caso, derivada de diferentes olhares sob o mesmo problema, enriquecendo o processo do cuidado.

2.2 MEDIDA DE ADESÃO

No caso de usuários com suspeita de não adesão à farmacoterapia, seja por identificação na dispensação, conforme o fluxograma previamente apresentado, ou por encaminhamento das equipes de saúde, deverá ser agendada uma consulta farmacêutica ou interconsulta, a ser realizada no consultório ou, para aqueles com dificuldades de deambulação, por meio de visitas domiciliares.

Inicialmente, deve ser aplicado algum método de medida de adesão à farmacoterapia, há algumas ferramentas utilizadas para este fim, todas com vantagens e desvantagens associadas (Osterberg; Blaschke, 2005).

Tendo em vista o contexto de emprego deste manual, foi realizada uma adaptação do questionário de Morisky-Green-Levine, considerando sua facilidade de execução e por ser recorrente sua utilização na literatura. Este instrumento poderá ser aplicado em consulta farmacêutica ou interconsulta. Deverão ser feitas quatro perguntas ao usuário em relação à prescrição em que há suspeita de não adesão (Figura 8).

Figura 8. Questionário de medida de adesão adaptado de Morisky-Green-Levine

<p>1. Você, alguma vez, esquece de tomar seu(s) medicamentos(s)? () Sim () Não</p> <p>2. Você, às vezes, é descuidado ao tomar seu (s) medicamentos (s)? () Sim () Não</p> <p>3. Quando você se sente melhor, às vezes deixa de tomar seu (s) medicamento(s)? () Sim () Não</p> <p>4. Às vezes, se você se sentir mal quando toma o(s) medicamento (s), você para de tomá-lo (s)? () Sim () Não</p> <p style="text-align: right;">Total = _____</p>
--

Fonte: Adaptado de Morisky, Green e Levine (1986) e Melo (2005).

O grau de adesão é determinado pela pontuação atribuída para cada pergunta respondida, de forma que respostas: Sim = 0 e Não = 1. Dessa forma, os resultados variam de 0 a 4, correspondendo, respectivamente, o menor valor aos não aderentes e o maior valor aos aderentes. Assim, o critério adotado para pontuação será de 0 a 3 pontos para os não aderentes e 4 pontos para os aderentes (Morisky; Green; Levine, 1986).

Caso o usuário seja considerado não aderente, a não adesão deverá ser classificada de acordo com o Quadro 7. Para tal, deverão ser realizadas perguntas a serem respondidas com “Sim” ou “Não”.

No caso do tipo de não adesão sendo “esquecimento”, a resposta “Sim” à primeira questão do teste de Morisky-Green-Levine é suficiente para classificá-la. Para o tipo “formativa” a classificação virá caso a resposta seja “Não”. Para os tipos “relacionado à farmacoterapia” e “psicológica” a classificação virá se as perguntas forem respondidas com “Sim”. Para os tipos “estrutural” e “econômica” a classificação virá se as perguntas forem respondidas com “Não”.

Quadro 7. Quadro correlacionando o tipo, a classificação e a causa da não-adesão com as perguntas a serem realizadas para classificá-la

Tipo de não aderência	Classificação da não adesão	Causa	Perguntas para classificação da não adesão
Esquecimento	Não Intencional	Esquecimento	Pergunta n.º1 do Teste de Morisky-Green respondida com Sim.
Formativa	Intencional	Consideração inadequada de informações sobre patologia ou tratamento	Você sabe para qual doença serve o(s) medicamento(s) que utiliza?
Relacionado à farmacoterapia	Intencional	Polifarmácia, complicação do regime de dosagem ou reação adversa ao medicamento	O número de medicamentos prescritos te confunde na hora de tomá-los? Você já apresentou reação adversa a algum dos medicamentos que lhes foram prescritos?
Psicológica	Intencional.	Razões ou crenças culturais	Há alguma razão cultural ou religiosa para que você não queira realizar o tratamento?

Estrutural	Intencional	Dúvida quanto à eficácia dos medicamentos genéricos	Você toma os medicamentos prescritos mesmo se forem genéricos?
		Recebimento de informações contraditórias entre o prescritor e o farmacêutico	As informações que recebeu aqui na farmácia, quanto ao uso dos medicamentos, são semelhantes às que recebeu no consultório?
Econômica	Intencional	Custos com medicamentos	Se um dos medicamentos que lhe for prescrito estiver em falta, não faça parte da lista de medicamentos fornecidos pelo município ou pela Farmácia Popular, você consegue comprá-lo?

Fonte: Adaptado de Oñatibia-Astibia *et al.* (2020).

De acordo com as respostas, o tipo de não adesão deverá ser correlacionado com as sugestões de intervenções farmacêuticas a serem realizadas (Quadro 8).

Importante destacar que mais de um tipo de não adesão pode ser identificado, demandando mais de uma intervenção farmacêutica.

Quadro 8. Quadro correlacionando o tipo de não adesão com a sugestão de intervenção farmacêutica a ser realizada

Tipo de não adesão	Sugestão de intervenção farmacêutica
Esquecimento	Uso de pictogramas e horários de tomada a serem colocados na embalagem dos medicamentos; uso de calendário de tomada de medicamentos e envelopes com pictogramas e associação de cores. Sensibilização quanto a importância do uso de alarmes e lembretes.
Formativa	Fornecimento de informações escritas e orais sobre a doença e os benefícios do tratamento. Fornecimento de educação em saúde não farmacológica.
Relacionado à farmacoterapia	Encaminhamento para a equipe de saúde visando ajuste de dose, da farmacoterapia, inserção ou substituição de tratamento alternativo. Quando for confusão no uso, utilizar os mecanismos propostos para não adesão por esquecimento.
Psicológica	Encaminhamento para a equipe de saúde para substituição por tratamento alternativo.

Estrutural	Fornecimento de informações escritas e orais padronizadas sobre medicamentos genéricos; discussão do caso com a equipe de saúde, para padronizar as falas.
Econômica	Discutir junto a equipe alternativa terapêutica que esteja disponível no momento na farmácia da unidade ou por meio do Programa Farmácia Popular. Caso não haja alternativa e o medicamento faça parte da relação de medicamentos essenciais local, buscar alternativa de obter o medicamento junto a outro serviço de saúde.

Fonte: Adaptado de Oñatibia-Astibia *et al.* (2020).

A seguir, é apresentado um modelo de calendário para o uso correto dos medicamentos conforme indicação do prescritor (Figura 9), para facilitar nos casos de não adesão por esquecimento e relacionado à farmacoterapia. Este calendário deverá ser preenchido conforme a prescrição, colocando na primeira coluna o nome dos medicamentos e nas colunas seguintes seus respectivos horários. É importante estar atento a rotina dos usuários e as interações medicamento-alimento no sentido de adequar os horários de uso dos medicamentos, sendo antes ou depois das refeições.

Figura 10. Exemplo de preenchimento calendário para o uso correto dos medicamentos conforme indicação do prescritor

	CAFÉ DA MANHÃ		ALMOÇO		JANTAR		
							
Medicamentos/Horários	 Antes	 Depois	 Antes	 Depois	 Antes	 Depois	
Atenolol 50mg 		9hs				21hs	
Sinvastatina 20mg 							23hs

Fonte: Elaboração própria.

Figura 11. Exemplo de identificação por cores na embalagem secundária do medicamento

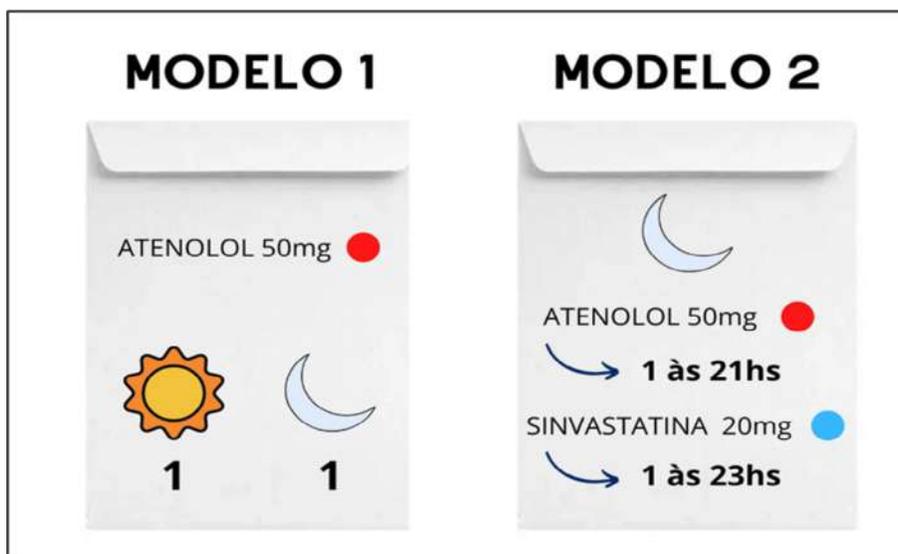


Fonte: Elaboração própria.

Caso o medicamento não possa ser dispensado em sua embalagem secundária, utilizar a mesma forma de identificação para o blíster. A identificação por cores pode se dar pelo uso de canetinhas coloridas, fitas adesivas ou etiquetas.

A seguir, são apresentados modelos de envelopes de folha ofício, que podem ser feitos com os recursos disponíveis na farmácia, para o armazenamento dos medicamentos. Os envelopes podem ser feitos por medicamentos (Modelo 1) ou por turno de tomada (Modelo 2) como apresentado na Figura 12.

Figura 12. Modelos de envelope para organização dos medicamentos



Fonte: Elaboração própria.

A escolha do modelo de envelope deve considerar as singularidades de cada usuário. Por exemplo, para um usuário analfabeto, o Modelo 1 pode ser a melhor opção, por ter menos informações escritas e mais desenhos e cores, facilitando o entendimento.

Os usuários deverão ser monitorados periodicamente em relação às intervenções realizadas no sentido de observar se houve melhora na situação de não adesão. Caso mesmo após a realização de novas intervenções o usuário continue apresentando problemas, encaminhá-lo para o acompanhamento farmacoterapêutico.

2.3 ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

Trata-se de um serviço farmacêutico que visa detectar problemas relacionados com os medicamentos a fim de prevenir e resolver resultados negativos associados à farmacoterapia (Correr; Noblat; Castro, 2011). Os métodos mais conhecidos na literatura são o Dáder, o SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), o PWDT (Pharmacist's Workup of Drug Therapy) ou Estudo Farmacêutico da Terapia Farmacológica: Avaliação Sistemática da Farmacoterapia e o método TOM (Therapeutic Outcomes Monitoring) (Correr; Noblat; Castro, 2011). Aqui são descritos os métodos Dáder (Dáder; Hernández; Castro, 2014) e SOAP (Hurley, 1998) por serem úteis para o acompanhamento farmacoterapêutico na APS.

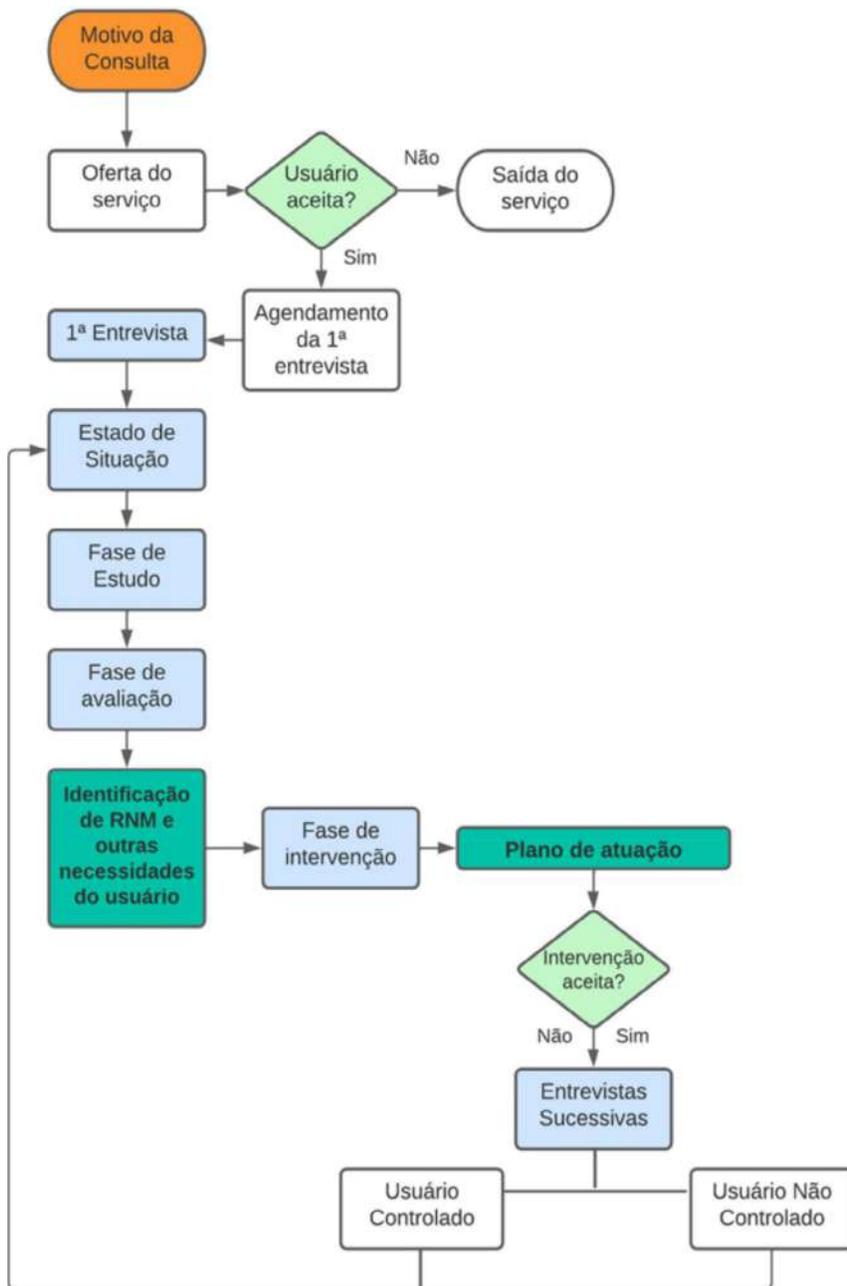
2.3.1 Método Dáder

Sugere-se a utilização do Método Dáder para auxiliar no acompanhamento farmacoterapêutico. Trata-se de um serviço farmacêutico que visa detectar problemas relacionados com os medicamentos a fim de prevenir e resolver resultados negativos associados à farmacoterapia. Deve ser um processo contínuo, sistemático, documentado e conjunto com os usuários e suas equipes de saúde, para que seja possível o alcance de resultados que melhorem a qualidade de vida dos usuários (Dáder; Hernández; Castro, 2014).

Considerando o emprego do presente manual no contexto da Atenção Primária em Saúde, os usuários elegíveis para este serviço são prioritariamente os portadores de hipertensão e/ou diabetes que tenham alguma suspeita de PRM, ineficácia da farmacoterapia ou confusão no uso dos medicamentos.

A condução do acompanhamento se dará seguindo a adaptação do Método Dáder. Dessa forma, o farmacêutico deve seguir o fluxograma (Figura 13), cujo detalhamento encontra-se na sequência.

Figura 13. Fluxograma de condução do Acompanhamento Farmacoterapêutico



Fonte: Adaptado de Dáder, Hernández e Castro (2014).

2.3.1.1 Oferta do serviço

- Explicar de forma simples o serviço farmacêutico que o usuário vai receber: o que é, o que pretende e quais são as suas características principais.

Sugestões: “Por meio deste serviço podemos ajudá-lo a obter o máximo benefício dos seus medicamentos” ou “Podemos ajudar a melhorar os resultados do seu tratamento medicamentoso.”

- Importante destacar que o farmacêutico não substituirá nenhum outro profissional de saúde, ou seja, que as ações serão realizadas conjuntamente.

Sugestão: “Vamos trabalhar juntos para chegarmos aos objetivos que desejamos.”

- Deve ser explicado ainda que o serviço será contínuo e que com isso, o usuário deverá comparecer na farmácia ou estar disponível para as visitas domiciliares mais de uma vez.

Sugestão: “Isto será um processo que pode demorar algum tempo, dessa forma teremos que ter mais de um encontro”.

- Deve ser agendado dia e hora da primeira entrevista, caso o usuário aceite, é importante lembrar de pedir para que ele traga todos os seus medicamentos em uma sacola e seus exames, prescrições, registros de aferição de glicemia e/ou pressão feitos em casa, ou na unidade de saúde, entre outras documentações clínicas.

2.3.1.2. Primeira entrevista

Objetiva adquirir informações iniciais dos usuários e abrir a história farmacoterapêutica.

A entrevista deve ser dividida em três partes:

- a. Preocupações e problemas de saúde: pergunta aberta sobre as preocupações de saúde, a fim de saber o que o usuário pensa sobre seu estado de saúde. Objetiva fazer com que ele descreva seus problemas de saúde desde o início, deixando transparecer suas preocupações e dúvidas. Deverão ser feitas as perguntas presentes na Figura 14 documentando as respostas.

Figura 14. Pergunta e registro dos principais problemas e preocupações em saúde do usuário

“Boa tarde, o meu nome é _____
e sou farmacêutica(o). Gostaria de falar com o(a) senhor(a) sobre os seus medicamentos. Mas antes, gostaria que falássemos um pouco sobre o que mais lhe preocupa em relação à sua saúde”.

Preocupações e problemas:

O senhor (a) pratica exercícios? () Sim () Não
Com regularidade? () Sim () Não
Descreva o que o(a) senhor(a) come no café da manhã, almoço e jantar:

O senhor(a) é fumante? () Sim () Não () Fuma ocasionalmente.

O senhor (a) costuma ingerir álcool? () Sim () Não Com que frequência?

Exames laboratoriais recentes? () Sim () Não Resumos dos principais resultados: _____

Fonte: Adaptado de Dáder, Hernández e Castro (2014).

- b. Farmacoterapia: deve-se visualizar os medicamentos que o paciente trouxe em sua sacola e prosseguir realizando às perguntas presentes no Quadro 9 para cada um dos medicamentos, mostrando-os ao usuário. Importante, também, observar as validades e separar para descarte os medicamentos que não estiverem próprios para uso ou não tiverem nas últimas prescrições do usuário.

Quadro 9. Quadro de perguntas relacionadas aos medicamentos trazidos pelo paciente

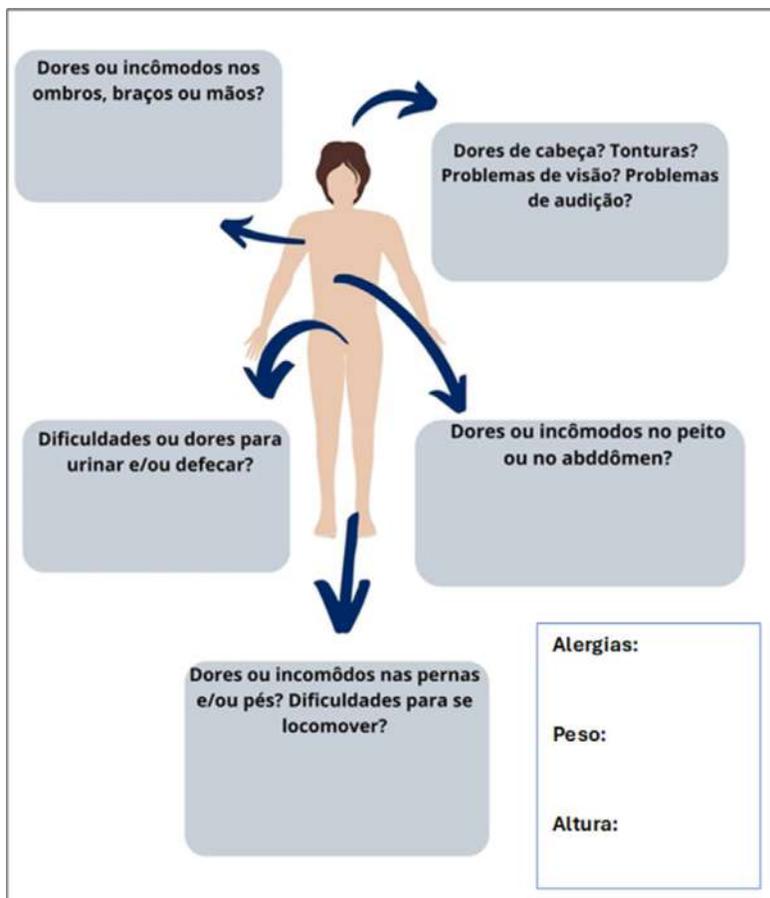
Perguntas relacionadas aos medicamentos apresentados pelo usuário	
1. Toma esse medicamento atualmente?	2. O senhor(a) sabe para que ele serve?
3. Quem o receitou?	4. O senhor (a) usa este medicamento a quanto tempo?
5. Explique para mim como o senhor toma esse medicamento.	6. Nota algo estranho relacionado a este medicamento?

Fonte: Adaptado de Dáder, Hernández e Castro (2014).

Caso, não tenha sido realizado a medida de adesão em nenhum momento anterior a esta entrevista com o usuário, realizá-la e classificar a não adesão, se for o caso, conforme descrito no item 2.2.

- c. Revisão geral por sistemas: fazer uma série de perguntas sobre o funcionamento ou estado do organismo, por aparelhos e sistemas, da cabeça aos pés, de acordo com a Figura 15 e preencher os espaços livres com as respostas dadas pelos usuários. Preencher ainda os campos da figura referentes às alergias, peso e altura do usuário.

Figura 15. Revisão sobre o funcionamento ou estado do organismo, por aparelhos e sistemas



Fonte: Elaboração própria.

2.3.1.3 Estado da situação

O estado de situação é o resumo da relação entre os problemas de saúde e os medicamentos utilizados pelo usuário em determinada data, como se fosse uma fotografia (Dáder; Hernández; Castro, 2014).

Preencher o Quadro 10 com as informações advindas da primeira entrevista e quando houver informações faltando, recorrer ao prontuário do usuário ou aos demais profissionais da equipe de saúde.

Quadro 10. Quadro do estado de situação do usuário

Nome do usuário:						
Idade:	Sexo:		Alergias:	IMC:		
Problemas de saúde			Medicamentos			
Início	Problema de saúde	Controlado?	Desde	Medicamento	Posologia prescrita	Posologia utilizada de acordo com a prescrita?
						() Sim () Não
						() Sim () Não
						() Sim () Não
						() Sim () Não
						() Sim () Não
						() Sim () Não
						() Sim () Não
						() Sim () Não

Fonte: Adaptado de Dáder, Hernández e Castro (2014).

2.3.1.4 Fase de estudo

Pretende obter informações das melhores fontes de evidência científica disponíveis. A busca deverá ser focada na situação clínica do usuário, orientando a tomada de decisão. Devem ser buscadas inicialmente fontes de informação voltadas para os problemas de saúde, seguindo o esquema abaixo (Figura 16).

Figura 16. Informações referentes aos problemas de saúde do usuário a serem buscadas na literatura

1. Definição e conceito do problema de saúde
2. Causas do problema de saúde
3. Controle do problema de saúde
4. Critérios de encaminhamento ao médico
5. Fatores que podem influenciar no controle do problema de saúde
6. Tratamento do problema de saúde
7. Atuações com a equipe de saúde
8. Educação para a saúde

Fonte: Elaboração própria.

Em seguida, devem ser buscadas as fontes de informação sobre a farmacoterapia. As informações relevantes de serem coletadas para cada medicamento são descritas no esquema abaixo (Figura 17).

Figura 17. Informações acerca da farmacoterapia do usuário a serem buscadas na literatura

1. Indicação do medicamento
2. Ação farmacológica e mecanismo de ação e farmacocinética
3. Objetivo terapêutico do medicamento
4. Dose e posologia do medicamento
5. Normas de correto uso e administração
6. Efeitos indesejados
7. Aspectos que possam comprometer a efetividade e a segurança dos medicamentos
8. Interações farmacológicas
9. Efeito dos problemas de saúde e outras situações do paciente sobre o medicamento
10. Educação para a saúde sobre o medicamento

Fonte: Elaboração própria.

Deve-se optar sempre por fontes confiáveis de informações como livros, guias de práticas clínicas, manuais terapêuticos, revisões sistemáticas da literatura científica, artigos científicos, boletins e protocolos de sociedades médicas, dados de Centros de Informação sobre Medicamentos (CIM), entre outros.

A fim de contribuir com a revisão da prescrição medicamentosa, o Quadro 11 traz uma adaptação da lista PRISCUS, esta lista permite a identificação de medicamentos potencialmente perigosos para usuários idosos. A lista foi adaptada de forma a só incluir medicamentos que fazem parte prioritariamente da atenção primária. Nela, constam os medicamentos, seguidos pelas principais preocupações relacionadas a eles, possíveis alternativas terapêuticas e precauções que devem ser tomadas quando estes medicamentos forem utilizados em idosos.

Importante destacar que essa lista pode ser adaptada de acordo com a REMUME de cada município.

Quadro 11. Lista de medicamentos potencialmente perigosos para idosos

Medicamentos	Principais preocupações	Precauções a serem tomadas quando esses medicamentos são usados
Digoxina 0,25 mg	Sensibilidade glicosídica elevada (mulheres > homens); Risco de intoxicação.	Monitoramento da função renal (ajuste da dose); Monitoramento da função cardiovascular; Monitoramento de drogas terapêuticas; Dose de manutenção adequada a idade.
Nitrofurantoína 100 mg	Relação risco/benefício desfavorável, principalmente com uso prolongado (Reações adversas pulmonares, danos no fígado, etc.)	Monitoramento de doenças renais, pulmonares e da função hepática.
Antidepressivos tricíclicos: Amitriptilina 25 mg; Imipramina 25 mg; Nortriptilina 25 ou 50 mg	Reações adversas devido sua ação anticolinérgica periférica e central (p.ex, constipação, boca seca, hipotensão ortostática, arritmia cardíaca; sonolência, inquietação interior, confusão, outros tipos de delírio); Déficit cognitivo; Aumento do risco de queda.	Monitoramento das reações adversas; avaliação do risco de queda; Monitoramento eletrocardiográfico; Monitoramento terapêutico se houver risco de intoxicação; Recomendação de dosagem: comece com metade da dose diária habitual e aumente lentamente. Orientação sobre administração preferencialmente à noite, devido à sedação.

Medicamentos	Principais preocupações	Precauções a serem tomadas quando esses medicamentos são usados
Fluoxetina 20 mg	Efeitos secundários no sistema nervoso central (náuseas, insônia, tontura, confusão); Hiponatremia	Monitorização clínica da função nervosa central; ideações suicidas; monitoramento da função renal e eletrólitos séricos.
Metildopa 250 mg	Hipotensão (ortostática); Bradicardia; Sedação.	Monitoramento da função cardiovascular; Monitoramento dos efeitos no sistema nervoso central; Recomendação de dose: dose inicial baixa, metade da dose habitual, diminuir lentamente.
Antipsicóticos Típicos: Tioridazina 25, 50 ou 100 mg Flufenazina 5 mg Levomepromazina 25 ou 100 mg Haloperidol 5 mg	Reações adversas: efeito anticolinérgicos, extrapiramidais; Hipotonia; Sedação; Risco de queda; Aumento da mortalidade em pacientes com demência.	Monitoramento clínico para efeitos adversos, particularmente anticolinérgico e extrapiramidais; Histórico de queda; Função neurológica e cognitiva; Monitoramento da função cardiovascular. Monitoramento de glicemia, pressão arterial, lipídeos e peso.
Benzodiazepínicos de ação prolongada: Diazepam 5 ou 10 mg; Nitrazepam 5 mg	Risco de queda; Tempos de reação prolongados; Reações psiquiátricas (também podem ser paradoxais, p.ex., agitação, irritabilidade, alucinações, psicose); Deficiência cognitiva; Depressão.	Monitoramento clínico para efeitos adversos (função cognitiva; vigilância; histórico de queda; dependência e tolerância; psicopatologia; ataxia).
Fenobarbital 100 mg ou 40 mg/mL	Sedação; Excitação paradoxal.	Monitoramento clínico para efeitos adversos (teste de estabilidade da marcha, coordenação; psicopatologia) Monitoramento terapêutico. Monitoramento de interações medicamentosas. Recomendação posológica: iniciar com a dose mais baixa possível, até metade da dose habitual, diminuir gradualmente.

Fonte: Adaptado de Holt, Schmiedel e Thürmann (2010).

Importante destacar que a ferramenta PRISCUS não é a única disponível para auxiliar na revisão de prescrição. O farmacêutico deve encontrar as ferramentas que mais se adequem a sua realidade. A lista PRISCUS foi escolhida considerando que grande parte da população portadora das doenças crônicas não transmissíveis são idosos (Holt; Schmiedel; Thürmann, 2010).

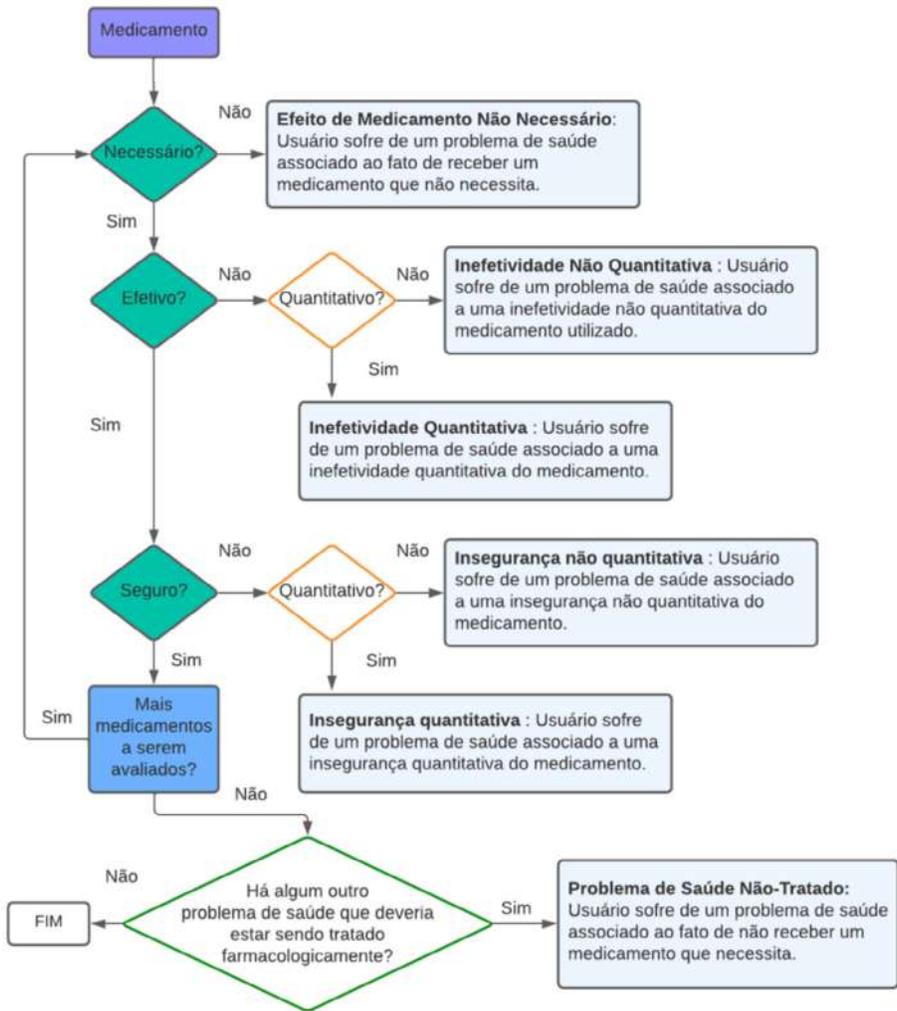
2.3.1.5 Fase de avaliação

O objetivo da fase de avaliação é confirmar as suspeitas de resultados negativos associados à farmacoterapia, advinda da etapa do estado de situação ou descobrir novos, por meio do fluxograma apresentado abaixo (Figura 18).

A primeira pergunta refere-se à **necessidade**. No caso de o usuário estar em uso de um medicamento não necessário, deverá ser verificado se esse uso pode gerar algum resultado negativo ou risco de seu aparecimento. Caso o efeito indesejado não possa ser facilmente visualizado, não será considerada a existência de um resultado negativo associado à farmacoterapia (RNM), e sim, a identificação de um PRM, sendo ele: uso de um medicamento desnecessário para o paciente.

A segunda refere-se à **efetividade**. O medicamento deverá ser considerado efetivo quando for capaz de atingir o objetivo terapêutico pretendido para a situação clínica do usuário. Caso não seja efetivo, deve-se ainda identificar se o fato tem relação com a quantidade do medicamento que vem sendo administrada.

Figura 18. Fluxograma para identificação de resultados negativos associados à farmacoterapia



Fonte: Adaptado de Dáder, Hernández e Castro (2014).

Em seguida, há uma pergunta sobre segurança. O medicamento será considerado de maior risco caso produza ou agrave algum dos problemas de saúde. Assim como no item anterior, deverá ser avaliado se o risco está relacionado com a dose do medicamento.

Por fim, deve ser analisado se há algum problema de saúde, apresentado no estado da situação, que possa não estar sendo tratado, no caso de sua resolução ser farmacológica.

Em seguida, os resultados negativos associados à farmacoterapia identificados deverão ser agrupados, como no Quadro 12, para melhor visualização e posterior elaboração do plano de atuação.

Quadro 12. Quadro com os medicamentos e seus respectivos resultados negativos associados à farmacoterapia e problemas relacionados aos medicamentos

Medicamento	RNM	Causa (PRM)	Observações

Fonte: Elaboração própria.

2.3.1.6. Fase de intervenção: plano de atuação

Neste momento, deve ser elaborado o plano de atuação em conjunto com o usuário, de forma a definir quais intervenções farmacêuticas serão realizadas para proporcionar melhorias em seu estado de saúde. Ela poderá ter como finalidade resolver ou prevenir os RNM, ou orientar o usuário para que ele tome atitudes que melhorem seu estado de saúde.

A participação dos usuários na elaboração do plano de atuação é imprescindível, pois eles são os principais responsáveis pela sua saúde, tendo interesse em colaborar no que for proposto para sua melhora. É importante explicar da forma mais didática possível o que se pretende fazer, como será feito e o porquê, pedindo também a opinião do usuário, a fim de envolvê-lo no processo de tomada de decisões.

Importante destacar que o contato com demais profissionais de saúde que fazem parte do processo do cuidado do usuário em questão também é necessário para o sucesso do plano.

Para elaborar o plano é importante seguir as seguintes etapas:

1. Definir os objetivos: estabelecer metas que possibilitem melhorar ou manter o estado de saúde do usuário.
2. Hierarquizar por prioridade os objetivos: levar em conta a relevância clínica dos problemas de saúde, bem como as preferências dos usuários para avaliar quais objetivos são prioritários.
3. Determinar as intervenções farmacêuticas: eleger a intervenção farmacêutica mais adequada com os objetivos elencados e com as RNM identificadas.
4. Planejamento das intervenções farmacêuticas: determinar como serão introduzidas as intervenções ao longo do tempo.

A fim de facilitar a etapa 3, foi proposto o quadro a seguir com sugestões de intervenções farmacêuticas para cada tipo de RNM detectado (Quadro 13).

Quadro 13. Sugestões de intervenções farmacêuticas para cada tipo de resultados negativos associados à farmacoterapia

Tipo de RNM	Sugestão de intervenção farmacêutica
Problema de saúde não tratado.	Sugerir ao prescritor a incorporação do(s) medicamento(s) necessário(s) para o usuário de acordo com o problema de saúde não tratado.
Efeito de medicamento não necessário.	Sugerir ao prescritor a exclusão da administração de um determinado(s) medicamento(s) dos que o usuário utiliza e que não é necessário.
Inefetividade não quantitativa.	Sugerir ao prescritor a substituição de algum medicamento dos que o usuário utilizava por outros de composição, forma farmacêutica ou via de administração diferente e que seja eficaz para o problema de saúde do usuário.
Inefetividade quantitativa.	Sugerir ao prescritor a alteração da dose do medicamento para melhorar o nível de eficácia do tratamento.
Insegurança não quantitativa.	Sugerir ao prescritor a substituição do medicamento não seguro que o usuário utiliza por outro.
Insegurança quantitativa.	Sugerir ao prescritor alteração da dose, da posologia ou da frequência de administração.

Fonte: Elaboração própria.

Nos casos em que a melhora do estado de saúde esteja relacionada com a não adesão, após classificá-la, seguir as sugestões de intervenções farmacêuticas apresentadas na Quadro 8 do subcapítulo 2.2.

Quando não há clareza sobre qual ação realizar, o problema deve ser discutido em reunião de equipe para a tomada de decisão conjunta.

Para os casos de prevenção do aparecimento de algum RNM, pode ser necessário a realização de intervenções educativas. O exemplo apresentado na Figura 9, pode ser aplicado para melhorar o conhecimento do usuário acerca de sua condição de saúde, sua alimentação ou hábitos de vida mais saudáveis. É especialmente útil para pessoas com hipertensão ou diabetes. Este material deve ser entregue para servir como disparador de conversas sobre a condição de saúde do paciente.

Figura 19. Material educativo impresso sobre hipertensão e diabetes

COMO PREVENIR?



- Adoção de um estilo de vida mais saudável;
- Prática de exercícios físicos;
- Alimentação rica em frutas, legumes e verduras;
- Diminuir o consumo de alimentos industrializados;
- Diminuir o consumo em excesso de sal e açúcar;
- Manter o peso dentro dos limites ideais;
- Evitar o consumo de álcool e cigarros.







CONSELHOS DA FARMACÊUTICA

- Utilize seus medicamentos nos horários corretos. O uso irregular prejudica o tratamento.
- Sempre que possível, monitore sua hipertensão e/ou diabetes em casa ou na unidade de saúde.
- Realize seu acompanhamento na unidade de saúde constantemente.

HIPERTENSÃO & DIABETES



Material elaborado por Alana Borges - GAFAR/UFF

HIPERTENSÃO

A hipertensão ocorre quando a pressão que o sangue exerce sobre os vasos sanguíneos permanece acima do normal.



No mundo, o número de pessoas que vivem com hipertensão dobrou nos últimos 30 anos (OMS, 2021).

PRINCIPAIS SINTOMAS



Em geral, é uma doença silenciosa, mas em alguns casos podem surgir alguns desconfortos como: **ENJOOS, DORES DE CABEÇA, TONTURA E VISÃO EMBAAÇADA.**

Como é o tratamento?

Hipertensão



Em casos leves, apenas alterações dos hábitos de vida já são suficientes para controlar a pressão. Em outros casos há necessidade de utilizar medicamentos por tempo indefinido.

Diabetes



O tratamento visa regularizar os níveis de açúcar no sangue, sendo feito com medicamentos e/ou insulina. Boa alimentação e prática de exercícios físicos também fazem parte do tratamento.

Complicações

Hipertensão: Acidente Vascular cerebral (AVC), infarto, insuficiência renal.
Diabetes: Cegueira, infecções, amputação de membros, insuficiência renal, perda de sensibilidade nas mãos e pés, formigamento

DIABETES TIPO 2

O diabetes melitus ocorre quando os níveis de açúcar no sangue (glicemia) permanecem elevados.



Cerca de 13 milhões de brasileiros são diabéticos (OMS, 2021).

PRINCIPAIS SINTOMAS




Os principais sintomas são a **SEDE EXCESSIVA, PERDA DE PESO, CANSAÇO, URINAR VÁRIAS VEZES À NOITE E VISTA EMBAAÇADA.**

Fonte: Elaboração própria.

2.3.1.7 Fase de entrevistas sucessivas

As entrevistas farmacêuticas após a fase de intervenção fecham o processo de acompanhamento farmacoterapêutico do usuário, tornando-o cíclico, ou seja, o acompanhamento só se encerra quando o farmacêutico avaliar que todas as metas estipuladas foram alcançadas.

Após elaboração do plano de atuação com o paciente e a realização das primeiras intervenções, é importante o acompanhamento, de forma a verificar se a intervenção foi aceita ou não pela equipe de saúde, se as alterações advindas das intervenções contribuíram com os objetivos preestabelecidos e se serão necessárias a realização de novas intervenções.

2.3.2 Método SOAP

Nos casos em que o farmacêutico tenha experiência em conduzir o acompanhamento farmacoterapêutico, ou considere o Método Dáder muito extenso, sendo incompatível com sua rotina na unidade de saúde, o método SOAP (Hurley, 1998) é uma opção.

Cada termo representa uma parte do processo de atendimento do usuário, com atividades específicas a serem realizadas. Abaixo, encontra-se uma matriz a ser preenchida conforme o roteiro (Figura 20). Importante destacar que alguns prontuários eletrônicos possuem essa matriz SOAP para registro de consultas, não sendo necessário a utilização de outra matriz. O preenchimento nestes casos se dará no próprio prontuário eletrônico.

Figura 20. Matriz para o Método SOAP

S (Subjetivo)	
O (Objetivo)	
A (Avaliação)	
P (Plano)	

Fonte: Elaboração própria.

- Subjetivo: nesta etapa, devem ser registradas as informações obtidas do usuário ou cuidador e dos históricos do prontuário, as quais não se constituem conhecimento objetivo. No caso da abordagem farmacêutica, deve-se buscar informações pertinentes a problemas com o uso de medicamentos e à relação destes com a condição de saúde do usuário.
- Objetivo: referem-se à obtenção de dados objetivos, como sinais vitais, peso, altura, circunferência abdominal, resultados de exames de patologia clínica, exames de imagem, testes laboratoriais e exames físicos realizados.
- Avaliação: com base nos dados subjetivos e objetivos, o farmacêutico deve identificar as suspeitas de PRM. Após, deve-se verificar o que pode ser realizado para a resolução desses problemas e quais intervenções farmacêuticas podem ser adotadas.
- Plano: de posse da análise das informações e do planejamento das condutas a serem realizadas, de acordo com o perfil do usuário, o

farmacêutico deve apresentá-los ao usuário, em um processo de construção coletiva do plano. A seguir, deve-se realizar a monitorização dos resultados do plano, gerando o ciclo de atendimento.

2.4 VISITAS DOMICILIARES

2.4.1 Dados pré-visita

Antes de iniciar a visita domiciliar (VD) é imprescindível coletar dados sobre o usuário em prontuário ou por meio do diálogo com a equipe de saúde. Dessa forma, a seguir é apresentado um formulário para ser preenchido pelo farmacêutico com as principais informações a serem coletadas antes da VD (Quadro 14).

Quadro 14. Formulário com informações a serem coletadas antes da visita domiciliar acerca do perfil do usuário

Perfil do usuário			
Nome:			Data:
Idade:	Peso:	Altura:	IMC:
Equipe responsável:			
ACS:			
Endereço:			
Telefone:			
Motivo da visita:			
Comorbidades: () <i>Diabetes mellitus</i> tipo 1 () <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 () Hipertensão Arterial () Doenças cardíacas () Dislipidemias () Asma () Outras Quais?			
Exames laboratoriais recentes? () Sim Quais? () Não. Data da realização:			

Fonte: Adaptado de Luquetti *et al.* (2017).

Legenda: IMC (Índice de Massa Corpórea); ACS (Agente Comunitário de Saúde).

Os dados referentes à farmacoterapia do usuário a ser visitado também devem ser coletados, para tal, pode-se fazer uso do Quadro 10, que apresenta

o quadro de estado da situação para o acompanhamento farmacoterapêutico com colunas referentes a farmacoterapia.

Em seguida, o farmacêutico deve-se preparar para a VD, se certificando que todos os itens que ele necessitar estarão lá. Para tal, têm-se abaixo uma lista de verificação com os itens essenciais a serem colocados em sua bolsa antes da realização da VD para realização de testes, orientações, acompanhamento farmacoterapêutico e medida de adesão (Quadro 15).

Quadro 15. Lista de verificação com os itens necessários para a realização de visita domiciliar

Itens necessários para a realização de visita domiciliar	
()	Álcool 70% em gel
()	Algodão
()	Aparelho para aferição da pressão arterial
()	Caderno ou folhas de papel ofício para registro de informações
()	Caneta esferográfica
()	Ferramentas para realização do acompanhamento farmacoterapêutico e da medida de adesão
()	Fita métrica
()	Frasco ou caneta de insulina para demonstração de uso*
()	Glicosímetro
()	Insumos para aferição da glicemia (tiras, lancetador e lancetas)
()	Luvas descartáveis
()	Material educativo impresso
()	Recipiente para descarte de agulhas
()	Seringas ou agulha para caneta de insulina para demonstração de uso*

*Apenas para os casos de usuários insulino dependentes.

Fonte: elaboração própria.



Importante destacar que não se dispensa o uso de jaleco e crachá, visando identificação e proteção individual e que, em casos de municípios muito quentes, seria interessante levar também uma garrafa com água para beber.

2.4.2 Condução da visita domiciliar

Para a condução da VD é necessário se atentar ao motivo. Caso haja suspeita de não adesão à farmacoterapia, deve-se fazer uso das ferramentas disponíveis no item 2.2. Caso haja necessidade de conduzir o acompanhamento farmacoterapêutico, deve-se fazer uso de um dos métodos apresentados no item 2.3.

A VD pode ainda ser conduzida para orientar sobre as condições de armazenamento de medicamentos ou para identificar demandas para outros serviços de cuidado farmacêutico. Para iniciar a condução da VD, faça uso das orientações constantes na Figura 14 a fim de coletar algumas informações sobre o usuário. Em seguida, utilizar o formulário abaixo para coletar informações acerca da história social do usuário (Quadro 16).

Quadro 16. Formulário com informações acerca da história social do usuário a serem coletadas

História social do usuário
Condições de moradia:
Com quem mora?
Cuidador: () Sim () Não Quem?
Mobilidade: () Normal () Deficiente () Restrito ao leito () Acamado
Escolaridade: () Analfabeto () Analfabeto funcional () Ensino Fundamental () Ensino médio () Ensino Superior completo () pós-graduação completa
Locais de armazenamento dos medicamentos: () Cozinha () Quarto () Banheiro () Sala () Outros
Observações:

Fonte: Adaptado de Luquetti *et al.* (2017).

A seguir, é importante verificar se o usuário tem alguma queixa ou sintoma no momento da VD, ou que tenha sentido em um momento anterior a VD. Para tal, faz-se uso das orientações constantes na Figura 15 da revisão geral por sistemas.

Para os casos em que for necessário realizar a aferição da pressão arterial, glicemia ou medida da circunferência abdominal, utilizar o formulário abaixo para registro dos resultados (Quadro 17).

Quadro 17. Resultados dos testes realizados em visita domiciliar

Resultados dos testes realizados	
Glicemia:	Em jejum: () Sim () Não
Pressão arterial:	
Circunferência abdominal:	

Fonte: Elaboração própria.

2.4.3 Análises pós-visita

Após a realização da VD, todos os formulários devem ser revistos, a fim de identificar problemas relacionados ou não com a farmacoterapia e possíveis razões para intervenções farmacêuticas posteriores. Os problemas identificados devem ser assinalados no formulário a seguir (Figura 21).

Figura 21. Formulário de Análise e Registros Pós-Visita

ANÁLISES E REGISTROS PÓS-VISITA	
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO	
() Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado	() Interação medicamento-alimento
() Prescrição em subdose	() Interação medicamento-medicamento
() Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida	() Condição clínica sem tratamento

<input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada	<input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional
<input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados	<input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva
<input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada	<input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição
ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	<input type="checkbox"/> Posologia incorreta
<input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	<input type="checkbox"/> Dose incorreta
<input type="checkbox"/> Técnica de administração do usuário incorreta	<input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta
<input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta	<input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão
ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto	<input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta
<input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta	
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente	<input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto
<input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido	<input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade
REAÇÃO ADVERSA AO MEDICAMENTO	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente	<input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática
<input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento	<input type="checkbox"/> Reação retardada /teratogênese
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/> Overdose/intoxicação medicamentosa acidental	<input type="checkbox"/> Overdose/intoxicação medicamentosa intencional
PROBLEMAS NÃO RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA:	

Fonte: adaptado de Luquetti *et al.* (2017) ¹⁶.

Ao visualizar o(s) problema(s), deverá ser pensada quais as melhores intervenções farmacêuticas a serem realizadas caso a caso. Caso seja possível, discuta o caso com demais membros da equipe para que seja realizada a tomada de decisão conjunta.

A seguir são apresentadas sugestões de intervenções farmacêuticas a serem realizadas. As intervenções devem ser escolhidas de acordo com a análise dos dados coletados na VD.

- Orientações e educação em saúde:

Prover orientações acerca da farmacoterapia; de medidas não farmacológicas; de suas condições de saúde; da importância do automonitoramento; sobre o acesso aos medicamentos; sobre armazenamento correto dos medicamentos ou outras orientações de acordo com a necessidade do usuário e de seu cuidador, quando for o caso. Disponibilizar o calendário de tomada de medicamentos, organizar os medicamentos por cores e nos envelopes para facilitar o uso, como proposto no item 2.2; fornecer material educativo impresso, como o folder da Figura 19, por exemplo, ou outros materiais a serem desenvolvidos pelo farmacêutico conforme a demanda do usuário.

- Sugestão de alteração na farmacoterapia:

Sugerir ao prescritor a necessidade de suspender, substituir ou adicionar um medicamento, ou alterar dose, posologia, forma farmacêutica ou via de administração.

- Encaminhamentos:

Encaminhar o usuário para outro serviço farmacêutico; para consulta com a equipe de saúde, para outro profissional de saúde ou para grupos de promoção ou educação em saúde.

- Monitoramento:

Apontar para a equipe de saúde a necessidade da realização de novos exames laboratoriais; recomendar ao usuário que faça o automonitoramento de sua condição de saúde no domicílio; recomendar ao usuário que compareça na unidade de saúde para fazer monitoramento da pressão arterial e/ou da glicemia.

2.5. PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Aqui são apresentadas algumas dinâmicas sugeridas para atuação na promoção e educação em saúde junto aos usuários atendidos.

2.5.1 Dinâmica para condução de grupo educativo com a temática de hipertensão arterial

Esta dinâmica foi adaptada de Andreis *et al.* (2021).

Título da dinâmica: Experiência da Batata

Materiais necessários:

- 3 batatas inglesas sem casca;
- 4 colheres de sopa de sal;
- 1 litro de água;
- Corante;
- 1 colher;
- 1 faca;
- 3 recipientes onde caibam as batatas.

Como fazer:

Duas horas antes do início do grupo:

1. Faça um buraco fundo no meio de duas das quatro batatas descascadas;
2. Coloque cada batata em um dos recipientes com o furo virado para cima;
3. Pingue algumas gotas do corante na água e encha os recipientes até cobrir três dedos da batata. É importante que ambos tenham a mesma quantidade de água.
4. Encha o furo de apenas uma das batatas com sal e aguarde duas horas.

No momento da condução do grupo:

1. Explique aos usuários que a dinâmica representa como a hipertensão arterial ocorre em nosso organismo, sendo os vasos sanguíneos representados pela batata.
2. Repita o mesmo processo realizado anteriormente ao grupo, com as duas batatas restantes.
3. Explique aos usuários que o sal representa os alimentos com muito sódio que ingerimos em nossa alimentação, tais como os produtos industrializados, lembrando de dar exemplos a eles que se adequem a sua realidade.
4. Em seguida, mostre a eles as primeiras batatas que foram feitas antes do grupo começar. A que contém o sal estará cheia de água e com uma textura mole e seu recipiente estará mais vazio do que o recipiente que contém a batata em que não foi colocado o sal.
5. Explique aos usuários que depois das duas horas, a batata que contém o sal trouxe para dentro dela grande parte da água, representando a retenção de líquidos e o aumento da pressão no vaso sanguíneo, enquanto a batata na qual não houve acréscimo de sal, se encontra seca e a quantidade de água no recipiente praticamente a mesma, representando o vaso sanguíneo de uma pessoa não hipertensa.
6. Em seguida, abra uma roda de conversas perguntando inicialmente aos usuários o que eles acham que essa pressão no vaso sanguíneo vai gerar em seus corpos.
7. Entregue a eles figuras impressas com alguns dos principais órgãos do nosso corpo, como coração, cérebro e rins. Pergunte o que eles imaginam que vai acontecer com cada um deles.
8. Após as falas dos usuários, explique que o esforço extra do coração para bombear o sangue e garantir sua circulação normal pode levar ao aumento do tamanho do órgão e ao surgimento de arritmias

cardíacas. Além disso, ressalte que a menor fluidez na circulação sanguínea no cérebro e as grandes oscilações da pressão arterial podem causar acidentes vasculares cerebrais. Por fim, destaque que o aumento da pressão arterial reduz o fluxo de sangue para os rins, comprometendo sua capacidade de eliminar substâncias em excesso, o que pode resultar em insuficiência renal.

9. Tente orientá-los da forma mais didática possível, evitando fazer uso de termos muito técnicos e estando disposto (a) a ouvir e sanar suas dúvidas e questionamentos. Deve ser um processo de troca e não no formato de palestra.

2.5.2 Dinâmica para condução de grupo educativo com a temática do uso racional de medicamentos

Esta dinâmica foi elaborada com base em campanhas de educação em saúde publicadas pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP) (2022).

Título da dinâmica: Mito ou Verdade?

Materiais necessários:

- Pedacos de cartolina cortados em retângulos, sendo dois pedacos para cada usuário participante do grupo;
- Caneta ou hidrocor.

Como fazer:

1. Escreva em cada pedaco da cartolina as palavras MITO e VERDADE, sendo um de cada para cada usuário participante.
2. Siga o roteiro a seguir fazendo as afirmações abaixo para que eles levantem seus cartões se acham que é um mito ou se é uma verdade. Após cada pergunta, explique o porquê de ser um mito ou uma verdade e ouça suas dúvidas e questionamentos, passando para a próxima afirmação.

Roteiro:

Mito ou **Verdade**?

“O melhor lugar para guardar meus medicamentos é na cozinha ou no banheiro.”

Mito. Os medicamentos devem ser guardados longe do calor e da umidade. Dessa forma, a cozinha, por conta da presença do fogão, é um dos lugares mais quentes da casa e o banheiro o lugar mais úmido, não sendo cômodos indicados para o armazenamento de medicamentos. Eles podem ser guardados em armários ou gavetas, protegidos do sol e da umidade, como, por exemplo, um armário no quarto.

“Tomando o meu medicamento com leite, protejo o meu estômago.”

Mito. Os medicamentos devem sempre ser ingeridos com, pelo menos, 250 ml de água e somente água. A ingestão do medicamento com o leite, pode gerar interação medicamento-alimento que pode ser prejudicial à absorção do medicamento, além de não proteger em nada o estômago.

“O medicamento perde o efeito quando está vencido.”

Verdade. Os medicamentos podem perder sua ação quando atingem a validade, perdendo seu efeito e prejudicando o sucesso do tratamento quando ingeridos.

“Quando esquecer de tomar meu medicamento, devo dobrar a dose.”

Mito. O ideal é continuar tomando o medicamento nos horários estabelecidos. Isso por que dobrar a dose pode gerar excesso do fármaco no organismo, podendo estar associado a ocorrência de maior número de eventos adversos.

“Tanto faz o horário em que eu tomo o meu medicamento, ele vai fazer efeito do mesmo jeito.”

Mito. O horário de ingestão dos medicamentos faz muita diferença na ação! O recomendado é seguir a prescrição, pois quando a administração é realizada em intervalos de tempo maiores, o medicamento pode ter sua eficácia comprometida, quando o intervalo de tempo entre as doses é reduzido, pode haver risco de intoxicação.

“Bebidas alcoólicas podem atrapalhar a ação dos medicamentos.”

Verdade. O álcool pode interferir na biotransformação dos medicamentos, reduzir sua absorção, o que pode comprometer o tratamento. Além disso, essa combinação pode aumentar a absorção do medicamento, gerando intoxicação.

2.5.3 Dinâmica para condução de grupo educativo com a temática de *diabetes mellitus* tipo 2

Título da dinâmica: Dominó da Glicose

Materiais necessários:

- Cartolina ou outro papel mais firme;
- Impressão do dominó em papel ofício;
- Cola e tesoura

Como fazer:

1. Imprimir as imagens do dominó e colar na cartolina;
2. Cortar as peças;
3. Colocar uma mesa no centro do grupo de usuários participantes, expor as peças e explicar que eles devem relacioná-las como um dominó na ordem em que eles acham correta.
4. Esperar alguns minutos para verificar se eles conseguiram;
5. Verificar se está correto e ir explicando peça por peça conforme roteiro que se encontra abaixo do dominó;
6. Ao final, perguntar o que eles acham que acontece de diferente no processo em uma pessoa portadora do *diabetes mellitus* tipo 2;
7. Explicar de forma didática e sucinta o que é o diabetes e o que ele pode causar ao organismo.

Figura 22. Peças do Dominó da Glicose para impressão



Fonte: Elaboração própria.

O jogo começa com a peça do “Unh, que fome”. Essa peça simboliza a pessoa se alimentando com um prato de massa. Em seguida, é correlacionado com o que acontece depois da ingestão de uma refeição rica em carboidratos, que é o aumento da glicose no sangue, representada pelo desenho da gota de sangue com os cubos de “açúcar” dentro. Esse aumento da glicose no sangue é sentido pelo pâncreas, que libera a insulina a partir das células beta. Dessa forma, a terceira peça é a que contém o desenho do pâncreas liberando a insulina. Em seguida, a insulina possibilita a absorção da glicose pelas células de diversos órgãos, etapa representada pelo desenho do fígado absorvendo a glicose na quarta peça. Com isso a concentração de glicose no sangue reduz,

como pode ser visto no desenho da gota de sangue sem os cubos de açúcar, na quinta peça. No momento seguinte, há geração de energia em diversas células do corpo humano, representada pelo desenho da “célula forte” na sexta peça, o que faz com que tenhamos energia para desenvolver nossas atividades diárias, representadas pelo desenho dos idosos dançando na sétima e oitava peça.



Importante destacar que as ações de promoção e educação em saúde não devem se limitar apenas às dinâmicas apresentadas até aqui. Os temas a serem abordados e as formas de condução das ações são infinitos. As dinâmicas apresentadas aqui são apenas ideias iniciais para possibilitar a realização desse tipo de ação em cuidado farmacêutico.

3

Eixo Monitoramento

O monitoramento consiste no acompanhamento rotineiro das atividades desempenhadas no âmbito de um programa. Monitorar permite observar o alcance das ações ao longo do tempo, o que é especialmente útil no momento de implementação. Neste sentido, a seguir são apresentados indicadores que podem ser empregados para o monitoramento das ações em cuidado farmacêutico desempenhadas na APS, seguidos de seus respectivos cálculos.

Quadro 18. Indicadores para o monitoramento das ações de cuidado farmacêutico na APS e seus respectivos métodos de cálculo

Indicadores	Cálculos
Média de horas mensais disponíveis para consultas farmacêuticas.	Média de horas mensais disponíveis no horário do farmacêutico para consultas/número de meses.
Média de horas mensais disponíveis para visitas farmacêuticas domiciliares.	Média de horas mensais disponíveis no horário do farmacêutico para visitas domiciliares/número de meses
Número médio de consultas farmacêuticas realizadas no mês.	Número total de consultas farmacêuticas realizadas/número de meses.
Número médio de intervenções farmacêuticas realizadas no mês	Número total de intervenções farmacêuticas/número de meses

Fonte: Adaptado de Santos, Silva e Tavares (2018).

Quadro 19. Indicadores para o monitoramento das ações de cuidado farmacêutico na APS e seus respectivos métodos de cálculo (Continuação)

Indicadores	Cálculos
% de pacientes atendidos pelo farmacêutico e referenciados pela equipe	$(\text{Número de pacientes atendidos pelo farmacêutico referenciados pela equipe} / \text{Total de pacientes atendidos pelo farmacêutico}) \times 100$
% de pacientes atendidos pelo farmacêutico por demanda espontânea	$(\text{Número de pacientes atendidos pelo farmacêutico por demanda espontânea} / \text{Total de pacientes atendidos pelo farmacêutico}) \times 100$
% de não comparecimento dos usuários nas consultas farmacêuticas	$(\text{Número total de consultas em que não houve comparecimento do usuário} / \text{Número total de consultas farmacêuticas agendadas no mês}) \times 100$
% de pacientes atendidos pelo farmacêutico por busca ativa	$(\text{Número de pacientes atendidos pelo farmacêutico por busca ativa} / \text{Total de pacientes atendidos pelo farmacêutico}) \times 100$
Média de problemas relacionados à farmacoterapia identificados por paciente no período	Total de problemas relacionados à farmacoterapia identificados em consultas e serviços farmacêuticos domiciliares / Total de pacientes atendidos em consultas e serviços farmacêuticos domiciliares
Número médio de visitas domiciliares farmacêuticas realizadas no mês	Número total de visitas domiciliares realizadas / Número de meses
% de usuários que se recusaram ou que não estavam em casa no momento da visita domiciliar	$(\text{Número total de usuários que recusaram ou que não estava em casa no momento da visita domiciliar} / \text{Número total de visitas domiciliares agendadas no mês}) \times 100$
% de pacientes com diagnóstico de condição de saúde em estado clínico controlado	$(\text{Número de pacientes com diagnóstico de condição de saúde em estado clínico controlado}) / (\text{Total de pacientes com diagnóstico de condição de saúde}) \times 100$
% de pacientes com diagnóstico de condição de saúde em estado clínico não controlado	$(\text{Número de pacientes com diagnóstico de condição de saúde em estado clínico não controlado}) / (\text{Total de pacientes com diagnóstico de condição de saúde}) \times 100$
% de pacientes com diagnóstico de condição de saúde em estado clínico desconhecido	$(\text{Número de pacientes com diagnóstico de condição de saúde em estado clínico desconhecido}) / (\text{Total de pacientes com diagnóstico de condição de saúde}) \times 100$

Fonte: Adaptado de Santos, Silva e Tavares (2018).

A partir desses indicadores é possível monitorar a realização das ações e os níveis de absenteísmo. Um número médio de visitas e de consultas farmacêuticas muito baixo, pode ser indicativo que há falta de tempo livre na agenda do farmacêutico para a realização dessas ações ou a falta de recursos humanos, ou materiais no setor da farmácia, por exemplo.

O percentual de absenteísmo, tanto nas visitas quanto nas consultas farmacêuticas, pode demonstrar o esquecimento dos usuários, dificuldades de se locomover até a unidade de saúde ou até mesmo desconhecimento do papel do farmacêutico no processo do cuidado, por exemplo. Dessa forma, é preciso utilizar os indicadores para identificar possíveis problemas, para que, em seguida, as causas possam ser encontradas e solucionadas, buscando a otimização do serviço farmacêutico prestado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o uso de assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos, em atos de pessoas jurídicas e em questões de saúde e sobre as licenças de softwares desenvolvidos por entes públicos; e altera a Lei nº 9.096, de 19 de setembro de 1995, a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set. 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/114063.htm. Acesso em: 27 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 44 de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 ago. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0044_17_08_2009.pdf. Acesso em: 02 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 20 de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 maio 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0020_05_05_2011.html. Acesso em: 05 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em: 05 out. 2024.

WANNMACHER, L. Seleção de medicamentos. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (org.). **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016.

MELO, D. O.; DA, C. G. R. C. M.; RIBEIRO, E.; ROMANO-LIEBER, N. S. Capacitação e intervenções de técnicos de farmácia na dispensação de medicamentos em Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 261–268, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VWjgQpzKBYWFsGKcKFZdr5Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2023.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 5, p. 487–497, 2005. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16079372/>. Acesso em: 13 out. 2024.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, n. 1, p. 67–74, 1986. Disponível em: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/1986/01000/concurrent_and_predictive_validity_of_a.7.aspx. Acesso em: 17 out. 2023.

MELO, N. A. **Avaliação da adesão à terapêutica antihipertensiva em pacientes hipertensos resistentes**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

OÑATIBIA-ASTIBIA, A. et al. Effect of health professional intervention on adherence to statin use according to the cause of patient non-adherence. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 42, p. 331–335, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-020-01024-1>. Acesso em: 12 out. 2024.

CORRER, C. J.; NOBLAT, L. A. C. B.; CASTRO, M. S. **Gestão da assistência farmacêutica: módulo optativo: unidade 3: modelos de seguimento farmacoterapêutico**. Florianópolis: Editora Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

DÁDER, M. J. F.; HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S. **Método Dáder: manual de seguimento farmacoterapêutico**. Alfenas: Editora Universidade Federal de Alfenas, 2014.

HURLEY, S. C. A method of documenting pharmaceutical care utilizing pharmaceutical diagnosis. **American Journal of Pharmaceutical Education**, n. 62, 1998. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=3bbb4a99517cdcaa739c84986de09758d47d671c>. Acesso em: 22 out. 2023.

HOLT, S.; SCHMIEDL, S.; THÜRMAN, P. A. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS List. **Dtsch Arztebl Int.**, v. 107, n. 31–32, p. 543–551, 2010. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2933536/>. Acesso em: 27 set. 2023.

STUHEC, M.; GORENC, K.; ZELKO, E. Evaluation of a collaborative care approach between general practitioners and clinical pharmacists in primary care community settings in elderly patients on polypharmacy in Slovenia: a cohort retrospective study reveals positive evidence for implementation. **BMC Health Service Research**, v. 19, n. 1, p. 118, 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-3942-3>. Acesso em: 22 out. 2024.

LUQUETTI, T. M. et al. Serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde: percepção dos farmacêuticos. **Diversitates International Journal**, v. 09, n. 3, p. 27–43, 2017. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/229>. Acesso em: 27 out. 2024.

ANDREIS, D. et al. Docência compartilhada: uma experiência prática no ensino da Biologia. **Temas & Matizes**, v. 15, n. 26, p. 103–116, 2021. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/temasmatizes/article/view/26407>. Acesso em: 12 out. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRFSP). Campanhas de Educação em Saúde. Uso Racional de Medicamentos. c2022. Disponível em: <http://www.crfsp.org.br/88-nep/campanhas/863-campanhas-de-educacao-em-saude.html#med/>. Acesso em: 03 set. 2023.

SANTOS, F. T. C.; SILVA, D. L. M.; TAVARES, N. U. L. Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Science**, v. 54, n. 3, e17033, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjps/a/JxNTFzfjyHfXMxVzPwM6kgN/?lang=en>. Acesso em: 17 out. 2023.

AUTORES

Alana Borges de Oliveira

Farmacêutica, mestre em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica e especialista em Saúde da Família e Comunidade.

André Teixeira Pontes

Farmacêutico, doutor em Engenharia de Produção, professor da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica (PPG-GAFAR).

Elaine Silva Miranda

Farmacêutica, doutora em Saúde Pública, professora da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF), docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica (PPG-GAFAR) e do Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde (PPG-CAPS).

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

