

# Linha Guia do Cuidado Farmacêutico

# Rede Farmácia de Minas

Uma estratégia para promover o uso racional de medicamentos e a farmacovigilância no SUS



BELO HORIZONTE, MG
JUNHO DE 2009

# GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Aécio Neves da Cunha

# SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

# **SECRETÁRIO ADJUNTO**

Antônio Jorge de Souza Marques

# SUBSECRETÁRIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE

Helidéa de Oliveira Lima

# SUPERINTENDENTE DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Augusto Afonso Guerra Júnior

# **Autores**

Augusto Afonso Guerra Júnior Superintendente de Assistência Farmacêutica

Luiz A Marinho Pereira Consultor da Superintendência de Assistência Farmacêutica

Grazielle Dias da Silva Assessora da Superintendência de Assistência Farmacêutica

Daniel Resende Faleiros Assessor da Superintendência de Assistência Farmacêutica

Verlanda Lima Bontempo Gerente de Medicamentos Básicos/ SAF

Renata Cristina Rezende Macedo Gerente de Medicamentos de Alto Custo/ SAF

Wenderson Walla Andrade Gerente de Medicamentos Estratégicos/ SAF

Homero Cláudio R S Filho Coordenador Executivo Rede Farmácia de Minas/SAF

Marina Amaral de Ávila Machado Coordenadora do Cuidado Farmacêutico/SAF

Maria Laura Dias Alves e Silva Assessora da Gerência de Medicamentos Estratégicos/SAF

Mariana Ferreira Pinto Vianna Falconetti Estagiária da Coordenação do Cuidado Farmacêutico

# Revisão técnica

### Premissa do Governo de Minas Gerais

Tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver.

### Missão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

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

### Visão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

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

# Missão da Superintendência de Assistência Farmacêutica

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

### Visão da Superintendência de Assistência Farmacêutica

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

# **LISTAS**

# Siglas

OMS Organização Mundial de Saúde

RAM Reação Adversa a Medicamento

RFM Rede Farmácia de Minas

SAF Superintendência de Assistência Farmacêutica

SES/MG Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS Sistema Único de Saúde

# Quadros

Quadro 1	Classificação das Atividades da Prática Farmacêutica	8
Quadro 2	Objetivos do tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus	48
Quadro 3	Efeitos adversos dos principais fármacos antituberculose e condutas	54
Quadro 4	Principais Reações Adversas a Medicamentos em idosos	74
Quadro 5	Indicações de Analgésicos para diferentes níveis de dor em idosos	80

# Sumário

Introdução	7	
Objetivos	13	
Objetivo Geral	13	
Objetivos específicos	13	
1 O prontuário farmacêutico		
1.1 Histórico	14	
1.2 Os conceitos	14	
1.3 Funções	17	
1.4 Utilidades	17	
1.5 Aspectos éticos e legais e sigilo profissional	18	
1.6 Estrutura	20	
1.7 Utilização	21	
1.8 Manuseio e arquivamento	21	
2 Processo de Acompanhamento Farmacoterapêutico e de Farmacovigilância		
3 Ciclos de vida		
3.1 Criança (0 a 9 anos)	27	
3.2 Adolescente (10 a 19 anos)	36	
3.3 Adulto (20 a 59 anos)	39	
-3.4 Gestante	51	
3.5 Idoso (acima de 60 anos)	58	
4 Formulários do Prontuário Farmacêutico		
4.1 Primeira consulta	75	
4.4 Uso atual de medicamentos	83	
4.5 Avaliação Farmacêutica	84	
4.6 Intervenções farmacêuticas	85	
5 Ficha de orientações aos pacientes em acompanhamento	86	
6 Ficha de Notificação de suspeita de reação adversa e queixas técnicas - Profissionais de saúde	89	
ANEXO I - Comunicação do farmacêutico para outros profissionais de saúde	91	
DECEDÊNCIAS DIDI IOCDÁCICAS	0.4	

# Introdução

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

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

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

Nesse sentido, o farmacêutico deve atuar na prevenção e promoção de saúde, no aconselhamento na forma de usar os medicamentos de acordo com o resultado que se quer alcançar, com o intuito de reduzir ocorrências de reações adversas a medicamentos e aumentar a adesão ao tratamento (WHO, 2006).

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

#### Quadro 1. Classificação das Atividades da Prática Farmacêutica

### A. Garantia da terapia e resultados apropriados

- A.1 Segurança da farmacoterapia adequada
- A.2 Garantia da compreensão/adesão do paciente ao seu plano de tratamento
- A.3 Monitoramento e registro dos resultados

### B. Dispensação de medicamentos e insumos

- B.1 Análise de prescrição
- B.2 Preparação do produto farmacêutico
- B.3 Entrega de medicamentos e insumos

# C. Promoção da saúde e prevenção de doenças

- C.1 Oferta de serviços clínicos de prevenção
- C.2 Vigilância e notificação de problemas de saúde pública
- C.3 Promoção do uso seguro de medicamentos na sociedade

### D. Gestão de Sistemas de Saúde

- D.1 Gerenciamento da prática
- D.2 Gerenciamento dos medicamentos em todo o sistema de saúde
- D.3 Gerenciamento do uso de medicamentos no âmbito do sistema de saúde
- D.4 Participação em atividades de pesquisa/investigação
- D.5 Engajamento na colaboração interdisciplinar

Fonte: WHO, 2006.

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

- dispensação,
- acompanhamento farmacoterapêutico e
- farmacovigilância.

### Dispensação

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

### Acompanhamento Farmacoterapêutico

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

Nessa prática, o farmacêutico avalia as necessidades do paciente e determina possíveis problemas relacionadas com medicamentos e, se houver, trabalha com o paciente e outros profissionais de saúde para determinar, implementar e monitorar um plano de cuidado. Este deve ser um ciclo

contínuo de atividades, com o objetivo de resolver e prevenir problemas relacionados com o uso de medicamentos e assegurar que o paciente tenha uma terapia medicamentosa que seja a mais efetiva e segura possível (WHO, 2006).

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

A ação do farmacêutico no acompanhamento farmacoterapêutico por meio de parceria com o médico e aconselhamento ao paciente e por intervenção na prescrição e na administração de medicamentos aumenta a adesão ao tratamento, reduz o número de prescrições e o número de problemas de prescrição. E ainda, diminui a taxa de hospitalização e aumenta o encaminhamento dos pacientes a serviços de menor complexidade assistencial. O envolvimento do farmacêutico no cuidado centrado e individualizado tem sido associado à melhoria na saúde dos usuários, com impacto econômico positivo (ROMANO-LIEBER et al , 2002).

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

### Farmacovigilância

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

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

- Diagnóstico: detectar os problemas que ocorrem com o uso dos medicamentos tentando solucioná-los antes que se agigantem e tomem dimensão nacional ou continuem a ocorrer indefinidamente:
- 2. Denúncia e Notificação: encaminhar denúncias para as atividades sanitárias, organismos internacionais e notificar os fabricantes sobre os problemas ocorridos;
- 3. Alerta: divulgar alertas aos profissionais da saúde, entidades e à população dando conhecimento dos problemas detectados;
- 4. Acompanhamento: fazer monitoramento intensivo de pacientes para os problemas detectados:
- Documentação: arquivar os problemas detectados, documentando as notificações e formando um banco de dados indexado, que ficará à disposição das atividades sanitárias, profissionais da saúde e comunidade;
- Investigação: o diagnóstico de problemas estimulará a investigação sobre determinados medicamentos.

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

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

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

#### Farmacêutico "Sete Estrelas"

O conceito de farmacêutico "sete estrelas" foi introduzido pela OMS e atualizado pela Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP) em 2000, que pontua sete atitudes e habilidades que possibilitam ao farmacêutico realizar um trabalho efetivo dentro da equipe de saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia/2002 foram construídas para formar um farmacêutico "sete estrelas": 1. Atenção à saúde, 2. Tomada de decisão, 3. Comunicação, 4. Liderança, 5. Administração e gerenciamento, 6. Educação permanente e 7. Ensino (BERGSTEN-MENDES, 2008):

- I Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo:
- II Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- **III Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **IV Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

**V - Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

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

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

A OMS em 2006 adicionou mais uma atitude/habilidade relevante ao profissional farmacêutico:

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

# **Objetivos**

# **Objetivo Geral**

 Implementar o Programa de Acompanhamento Farmacoterapêutico e de Farmacovigilância no Estado de Minas Gerais e viabilizar a prática de uso racional de medicamentos e de notificação de reações adversas.

# Objetivos específicos

- Propor um modelo de atenção ao usuário que proporcione uma assistência mais eficiente, por meio da promoção de informações sobre o uso racional de medicamentos.
- Contribuir para o estreitamento das relações entre farmacêuticos, pacientes e prescritores.
- Estimular tanto usuários, quanto os profissionais da saúde a notificarem as suspeitas de reações adversas.
- Apresentar o prontuário farmacêutico como ferramenta para registro de informações relacionadas ao Acompanhamento Farmacoterapêutico.

# 1 O prontuário farmacêutico

# 1.1 Histórico

- Há sinais da existência do prontuário desde os tempos remotos de escritos gravados em murais que, provavelmente, antecedem a 2.500 anos antes de Cristo. Um dos documentos mais antigos que se conhece é o papiro atribuído ao primeiro médico egípcio, Inhotep, considerado o patriarca da Medicina.
- Nos moldes atuais, o prontuário foi idealizado por Flexner, em 1910.
- No Brasil, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 1943, teve a iniciativa da implantação de um sistema de arquivo médico SAME. Até a década de 60, poucos hospitais contavam com esses serviços de uma forma sistemática. Com a Previdência Social, na década de 70, vem a exigência, no momento da celebração de convênios com os serviços de saúde, quanto à melhoria nos registros, principalmente nos hospitais.
- Através da Portaria nº 40 de 30.12.92, a Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) do Ministério da Saúde instituiu o registro obrigatório, em prontuário único, das atividades desenvolvidas pelas diversas categorias profissionais – médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico e pessoal auxiliar.
- O Conselho Federal de Farmácia tem buscado implementar a prática de registro farmacêutico por meio das Resoluções 357/2001 e 499/2008.

# 1.2 Os conceitos

- O Ministério da Saúde define prontuário como "todo acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente e também os documentos relacionados a essa assistência".
- O prontuário deve conter informações sobre o atendimento do paciente em diversos níveis de atendimentos e preenchido e utilizado por todos os profissionais de saúde. O prontuário

- farmacêutico precisa de informações sobre a terapêutica do usuário, sua experiência com medicamentos, resultados dos tratamentos e intervenções realizadas pelo farmacêutico.
- Por fim, o prontuário é o histórico de interações do usuário com o sistema de serviços de saúde, devendo ser o maior repositório de informações e a base de um sistema de informação de saúde.
- A Resolução do CFF nº 357 de 2001 define o perfil farmacoterapêutico como o registro cronológico das informações relacionadas à utilização de medicamentos, permitindo ao farmacêutico realizar o acompanhamento de cada usuário, de modo a garantir o uso racional dos medicamentos.
- São apresentadas definições disponíveis no artigo 2º da Resolução SES/MG Nº 1416, de 21 de fevereiro de 2008:
  - I uso racional de medicamentos: é o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.
  - II *dispensação*: ato profissional farmacêutico de fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, no qual também são prestadas informações para o uso correto de medicamentos e correlatos, com base em parâmetros farmacocinéticos e farmacodinâmicos e epidemiológicos;
  - III aconselhamento farmacêutico: é um processo de escuta ativa, centrado no paciente que se pauta em uma relação de confiança entre profissional farmacêutico e paciente, através de uma comunicação clara e objetiva. Visa o resgate de recursos internos do paciente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito da sua própria saúde e transformação;
  - IV acompanhamento farmacoterapêutico: componente da atenção farmacêutica que configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelo acompanhamento do uso dos medicamentos pelo usuário, visando seu uso racional e a melhoria da qualidade de vida;
  - V *atenção farmacêutica*: modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve

envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

médica;

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

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

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

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

# 1.3 Funções

- De comunicação: entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, o sistema de saúde e o usuário.
- De educação: registro e histórico científico.
- Gerencial: registros administrativos, financeiros e documento legal.

### 1.4 Utilidades

### Para o usuário

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

# Para a equipe de saúde

- A equipe de saúde é o conjunto de todos os profissionais que interagem e mantêm contato com o usuário.
- O registro de informações contribui para a integração da equipe de saúde, possibilitando a coordenação do cuidado.
- No ensino e na pesquisa, possibilita o conhecimento dos casos, dos antecedentes, dos contatos e das patologias/condições ou agravos.
- Facilita a avaliação da terapêutica.
- Torna possível a verificação e a comparação das diferentes condutas terapêuticas e estabelece uma análise comparativa da eficiência.

### Para outros pontos de atenção

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

# 1.5 Aspectos éticos e legais e sigilo profissional

- A Lei Federal Nº 5991 de 17 de dezembro de 1973 definiu que a dispensação de medicamentos é
  privativa de farmácia, drogaria, posto de medicamento e unidade volante e dispensário de
  medicamentos. Ainda, a presença do farmacêutico técnico responsável durante todo o horário
  de funcionamento do estabelecimento é obrigatória.
- O Código de Ética da Profissão Farmacêutica (Resolução Nº 417 de 29 de setembro de 2004) define como deveres do farmacêutico o respeito pela decisão do usuário sobre sua própria saúde e bem-estar e guardar sigilo de fatos que tenha conhecimento no exercício da profissão. Ainda, o farmacêutico deve contribuir para a promoção da saúde individual e coletiva e é direito dele interagir com o prescritor para garantir a segurança e a eficácia do tratamento do paciente, com foco no uso racional de medicamentos.
- A Resolução Nº 357 de 20 de abril de 2001 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) estabelece as seguintes atribuições do farmacêutico:
  - Assumir a responsabilidade pela execução de todos os atos farmacêuticos praticados na farmácia, cumprindo-lhe respeitar e fazer respeitar as normas referentes ao exercício da profissão farmacêutica.
  - Fazer com que sejam prestados ao público esclarecimentos quanto ao modo de utilização dos medicamentos, nomeadamente de medicamentos que tenham efeitos colaterais indesejáveis ou alterem as funções nervosas superiores (Art. 19, incisos I e II).
- A Resolução Nº 499 de 17 de dezembro de 2008 do CFF estabelece a elaboração do perfil farmacoterapêutico, avaliação e acompanhamento da terapêutica farmacológica de usuários de medicamentos como serviços a serem prestados pelo farmacêutico.
- A garantia da preservação do segredo das informações é uma obrigação legal contida no Código Penal, que prevê "Crimes contra a inviolabilidade do segredos": Art. 153: "Divulgar alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular, ou de correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem", Art. 154: "Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão da função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem".
- A Resolução do CFF N° 357 de 20 de abril de 2001 define como atribuição do farmacêutico o sigilo profissional.
- Todos os funcionários administrativos têm o mesmo compromisso, que os médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde que atuam diretamente com o paciente, para com a preservação de todas as informações que tiverem acesso por força de sua atuação profissional.

É fundamental que todos tenham consciência do valor que a intimidade, confidencialidade e privacidade têm para o paciente e para a sociedade como um todo.

# 1.6 Estrutura

- Os serviços farmacêuticos prestados nas unidades da Rede Farmácia de Minas devem ser registrados, monitorados, avaliados e arquivados, como orienta as Resoluções Nº 357/2001 e Nº 499/2008 do CFF. Esses documentos determinam as seguintes informações necessárias para a construção do perfil farmacoterapêutico:
  - o identificação do paciente;
  - condição clínica do paciente, história de uso de medicamentos, alergias a medicamentos ou alimentos;
  - o tratamento medicamentoso atual: dose, forma farmacêutica, técnica, via, horários de administração e indicação;
  - o interações e reações adversas dos medicamentos;
  - o parâmetros de monitorização de risco/benefício;
  - consumo de álcool e de outras bebidas, uso de fumo, terapias alternativas e tipo de alimentação;
  - o nome dos prescritores;
  - o cumprimento dos tratamentos.
- O Prontuário Farmacêutico contem os seguintes formulários:
  - o Primeira consulta
  - o Consulta subseqüente
  - Registro de exames clínicos e laboratoriais
  - Registro de uso atual de medicamentos
  - Avaliação farmacêutica
  - o Intervenção farmacêutica

# 1.7 Utilização

- O prontuário farmacêutico deve conter todas as informações necessárias para o acompanhamento do usuário, em qualquer condição ou patologia.
- Os campos não poderão ser alterados ou rasurados após seu preenchimento.
- Caso haja mudança de dados, exceto para complementação do cadastro, deverá ser preenchida outra ficha de cadastro e anexada ao prontuário.
- O preenchimento nunca deverá distrair o profissional na atenção ao usuário.
- Em situações de urgência/emergência, todos os dados deverão ser lançados no prontuário somente após a estabilização do usuário.
- As informações devem ser precisas, facilitando a tomada de decisões.
- Cada atendimento deverá ser datado e conter a assinatura e o número do conselho de classe do profissional responsável.
- As informações de educação em saúde e de acompanhamento do usuário à sua própria condição ou patologias deverão ser transcritas para os instrumentos adequados, como a Caderneta da Criança ou o Cartão da Gestante.

# 1.8 Manuseio e arquivamento

- O arquivo deve ser organizado pela equipe e gerência da unidade. Um critério de organização poderá ser a divisão por micro-área e, em cada divisão, por ordem numérica. Outros critérios como ordem alfabética ou numérica geral também poderão ser utilizados.
- Os prontuários poderão ser sinalizados com cores ou outras marcações para a identificação de famílias de risco ou usuários com condições ou patologias mais graves.
- Deverá ser estabelecido um sistema de controle de entrada e de saída, manual ou informatizado, para fácil localização dos prontuários.
- Para o manuseio do prontuário, as mãos devem estar sempre limpas e livres de sujeiras e de gorduras.

- Quanto ao local do arquivamento:
  - o deve ser seguro e de acesso restrito;
  - o o teto, paredes e pisos devem ser íntegros e de fácil limpeza;
  - o deve ser bem ventilado;
  - o evitar condições adversas como umidade, traças e outras;
  - o deve ter condições de segurança contra incêndio.
- Quanto à modalidade do arquivamento:
  - o os prontuários poderão ser arquivados em envelopes, pastas suspensas ou outras formas;
  - o o arquivo poderá ser em prateleiras abertas, arquivo fechado ou outro tipo.
- Quanto à temporalidade do arquivamento, os prontuários deverão ser divididos segundo a freqüência de utilização:
  - Arquivo principal: para os prontuários com utilização atual, ou seja, até 5 anos após o último atendimento;
  - Arquivo temporário: para os prontuários após 5 anos do último atendimento. Poderá ser localizado em sala de menor acesso da UBS.
  - o Arquivo permanente: para os prontuários após 20 anos do último atendimento. Poderá ser localizado em sala de menor acesso da UBS, juntamente com o arquivo temporário. A preservação desses prontuários é importante para o uso legal ou para fins de pesquisa ou arquivamento histórico ou social.
- Pelo menos uma vez por ano, o arquivo principal deve ser reorganizado, identificando os prontuários com mais de 5 anos após o último atendimento que devem ser transferidos para o arquivo temporário. A mesma revisão deve ser feita do arquivo temporário, identificando aqueles que devem passar para o arquivo permanente.
- Quando um usuário retornar à UBS, após 5 anos do seu último atendimento, o seu prontuário deve ser identificado no arquivo temporário ou permanente, atualizado e re-arquivado no arquivo principal.

# 2 Processo de Acompanhamento Farmacoterapêutico e de Farmacovigilância

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

Como já descrito anteriormente, a dispensação realiza-se em tempo curto e, portanto, inviável para fazer levantamento de dados sobre história clínica e medicamentosa do paciente e identificar situações de risco relacionadas ao uso de medicamentos. Entretanto, durante a dispensação, deve-se abordar os assuntos descritos no Item 3 - Ciclos de Vida de forma sucinta, considerando a faixa etária do paciente. Nesse momento, o farmacêutico irá identificar as condições traçadoras que elegem os pacientes para o acompanhamento farmacoterapêutico.

As condições traçadoras são aquelas priorizadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) nas linhas-guia, especialmente diabetes e hipertensão e, em municípios endêmicos, tuberculose e hanseníase, que devem ser observadas em todos os ciclos de vida dos usuários. Entretanto todos os pacientes atendidos poderão ser incluídos no acompanhamento a critério do farmacêutico e a despeito da condição apresentada.

Abaixo, apresenta-se a lista das linhas guia da SES/MG, que estarão disponíveis nas unidades da Rede Farmácia de Minas e no site <a href="http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-gui

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

- Atenção à Saúde do Adulto Hanseníase
- Atenção à Saúde do Adulto HIV / AIDS
- Atenção à Saúde do Idoso
- Atenção à Saúde Mental
- Atenção à Saúde Bucal

Ao identificar a necessidade de acompanhamento do paciente, o farmacêutico preencherá os campos preliminares e obrigatórios do Prontuário Farmacêutico destacados com \*. Em seguida, o farmacêutico fornecerá informações gerais sobre o tratamento e convidará o paciente para participar do processo de acompanhamento. Caso o paciente aceite participar, o farmacêutico irá agendar um horário para a primeira consulta ou atendê-lo de imediato, caso haja disponibilidade. Em caso de resposta negativa, o profissional deve tentar novas abordagens futuras.

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

Durante a primeira consulta o farmacêutico deve preencher o Prontuário Farmacêutico com dados pertinentes ao caso do paciente, assim como os formulários de "Registro de exames clínicos e laboratoriais", "Registro de uso atual de medicamentos" e posteriormente a "Avaliação Farmacêutica". Esse último pode ser feito após estudo dos medicamentos ou na próxima consulta, pois podem ser necessárias informações adicionais sobre os resultados clínicos.

Ao mesmo tempo, o farmacêutico deve também fornecer informações ao paciente, por meio do preenchimento da "Ficha de Orientações", visando esclarecimento e incentivo para que este retorne à farmácia, dando, assim, continuidade ao acompanhamento.

Para cada paciente em acompanhamento será necessário fornecer informações específicas e personalizadas sobre o tratamento, enfocando os benefícios que serão obtidos com a terapia, bem como o relato dos riscos e aspectos fisiopatológicos envolvidos. Frisa-se que é preciso cautela ao informar ao paciente e aos familiares sobre as possíveis reações adversas, para não prejudicar a adesão ao tratamento. Além de informar sobre RAM, o farmacêutico deve orientar como proceder em caso de ocorrência da reação adversa.

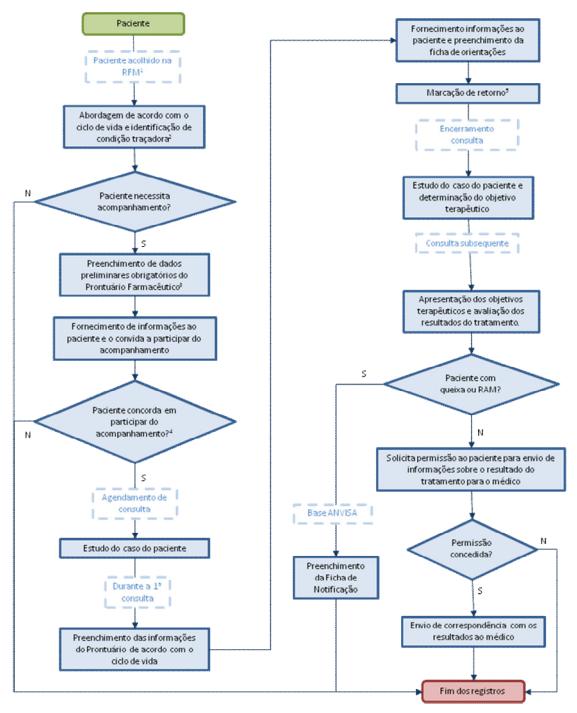
No final da primeira consulta, faz-se necessária a marcação da consulta subseqüente, que deve ser agendada com um prazo suficiente para possibilitar a avaliação de resultados, que depende da condição do paciente e medicamento em uso.

De posse das informações específicas sobre o paciente, o farmacêutico deve estudar o caso e determinar o objetivo terapêutico que será explicitado na consulta subsquente.

Durante a consulta subsequente são apresentados os objetivos terapêuticos e feitas as avaliações dos resultados do tratamento proposto na primeira consulta. Quando houver queixa ou RAM pelo paciente, deverá ser preenchida, obrigatoriamente, a "Ficha de Notificação", a qual será enviada para a Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para posterior envio a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Para terminar o ciclo de acompanhamento, são realizadas, se necessárias, intervenções farmacêuticas com base nos resultados clínicos e RAM para tornar os tratamentos eficazes e seguros e garantir adesão. É feito então o registro no formulário "Intervenções Farmacêuticas". Sugestões de modificações na prescrição devem ser permitidas pelo paciente e comunicadas ao respectivo prescritor por meio de correspondência (ANEXO I). A correspondência pode ser usada para comunicar ao médico resultados do tratamento.

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



#### Notas:

- 1 RFM Rede Farmácia de Minas
- 2 Condições traçadoras priorizadas pela SES/MG nas Linhas-guia Hipertensão e Diabetes, além de Tuberculose e Hanseníase (municípios endêmicos), observadas em todos os ciclos de vida. OBS.: todos os pacientes atendidos poderão ser incluídos no acompanhamento a critério do farmacêutico e a despeito da condição apresentada
- 3 Prontuário Farmacêutico preencher dados marcados com \*
- 4 Em caso de resposta negativa alerta para nova abordagem
- 5 Determinar prazo suficiente para a avaliação dos resultados do tratamento

# 3 Ciclos de vida

O desenvolvimento tecnológico com todos os benefícios trouxe o incremento da desumanização, quando reduz a pessoa a objetos despersonalizados, da própria técnica, de uma investigação fria e objetiva. Neste contexto, a abordagem do paciente não inclui a escuta de seus temores, angústias e suas expectativas assim como informações precisas sobre os procedimentos que deverão ser realizados. A essência do ser humano e o respeito à sua individualidade e dignidade deve ser considerada direcionando-lhe o cuidado solidário da dor e do sofrimento, com competência técnica científica e humanidade.

A seguir são descritas características especiais sobre cada ciclo de vida, que deve auxiliar na abordagem dos pacientes. No item seguinte "Formulários do Prontuário Farmacêutico" são apresentados os formulários necessários para o acompanhamento farmacoterapêutico. O primeiro, Formulário da Primeira Consulta, deve ser preenchido os campos 1 a 5 para todos os pacientes e, a seguir, os específicos para cada ciclo de vida.

# 3.1 Criança (0 a 9 anos)

### <u>Abordagem</u>

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

A assistência à criança se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. O acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes, como diarréia e afecções respiratórias agudas, e pelas ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações, contribui para a promoção de uma boa qualidade de vida. Para isso, torna-se imprescindível o esforço conjunto da família, da equipe e das diversas organizações, governamentais ou não.

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

#### Medicamentos e lactação

- \_ Em geral, lactantes devem evitar o uso de quaisquer medicamentos. Entretanto, se for imperativo, deve-se optar por uma droga que seja pouco excretada no leite materno ou que não tenha risco aparente para a saúde da criança.
- \_ Drogas de uso contínuo pela mãe são potencialmente de maior risco para o lactente pelos níveis que poderiam alcançar no leite materno.
- \_ Drogas usadas por um período curto, por exemplo, durante uma doença aguda, são menos perigosas.
- \_ Critérios para prescrição de drogas em mães durante a lactação:
- \_ Avaliar se a terapêutica é necessária e indispensável;
- \_ Utilizar drogas sabidamente seguras para a criança, de menor efeito colateral. Em geral, drogas usadas em pediatria são aceitáveis para o uso materno durante a lactação;
- \_ Em caso de risco para o lactente, fazer avaliação clínica e dosagens laboratoriais para determinar os níveis plasmáticos no lactente;

\_ Programar o horário de administração da droga à mãe, evitando que o pico do medicamento no sangue e no leite materno coincida com o horário da amamentação; \_ Evitar drogas de ação prolongada pela maior dificuldade de serem excretadas pelo lactente. Também, se possível, devem ser escolhidos medicamentos que possam atingir níveis menores no leite materno: \_ Observar, na criança, o aparecimento de quaisquer sinais ou sintomas, tais como alteração do padrão alimentar, hábitos de sono, agitação, tônus muscular, distúrbios gastrintestinais. Medicamentos de Menor Risco \_ ANALGÉSICOS: acetaminofen, dipirona, ibuprofen, sumatriptan; morfina e meperidina quando utilizadas por curto tempo. ANTIDEPRESSIVOS: clomipramina, sertralina e fluoxetina (as duas últimas concentram-se no leite: observar); amitriptilina e imipramina (sonolência e efeito anticolinérgico com uso prolongado). \_ ANTI-HISTAMÍNICOS: loratadina, triprolidina. \_ ANTIESPASMÓDICOS: hioscina, atropina (observar o lactente; pode diminuir produção de leite). \_ ANTIEPILÉPTICOS: carbamazepina, fenitoína, ácido valpróico. ANTIEMÉTICOS: bromoprida (curto tempo), dimenidrinato, metoclopramida (curtos períodos e doses baixas; risco de reação extrapiramidal e sedação). ANTIMICROBIANOS: penicilinas, cefalosporinas (algumas mais novas exigem cautela), aminoglicosídeos, macrolídeos. \_ ANTICOAGULANTES: warfarin, dicumarol. \_ ANTICONCEPCIONAIS: preferir os que têm apenas progestógenos. Medroxiprogesterona somente seis semanas após o parto. \_ ANTAGONISTAS BETAADRENÉRGICOS: propranolol, labetalol, inibidores da ECA, bloqueadores do canal de cálcio. \_ HORMÔNIOS: propiltiuracil, insulina, levotiroxina, prednisona, prednisolona. \_ LAXANTES: óleo mineral ou os formadores de massa como farelos, fibras, metilcelulose, psílio. \_ AÇÃO NO APARELHO RESPIRATÓRIO: pseudo-efedrina (pode concentrar-se no leite); codeína

(sedação); epinefrina, terbutalina, salbutamol (preferir inalação).

\_ VITAMINAS E MINERAIS: não usar dose que exceda as cotas diárias recomendadas.

#### Medicamentos Contra-indicados

- \_ Imunossupressores e citotóxicos, amiodarona, androgênios, anticoncepcional hormonal combinado (seu efeito é menor após o sexto mês), sais de ouro e drogas de abuso ou de vício.
- \_ Compostos radioativos exigem suspensão da lactação por um determinado período (consultar referências).

#### Outras substâncias

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

#### Violência

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

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

#### Principais patologias/condições

### DESNUTRIÇÃO ENERGÉTICO PROTÉICA

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

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

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

### DIARRÉIA

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

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

A criança com diarréia persistente

\_ A diarréia persistente é uma doença com componente nutricional muito importante, constituindo um fator de risco para a desnutrição. Ela se caracteriza pela manutenção da diarréia por 14 dias ou mais.

\_ Nesse caso, a criança deverá ser encaminhada para atendimento pediátrico.

A criança com disenteria

\_ Uma vez classificado o estado de hidratação e abordado adequadamente, a conduta para as crianças com diarréia com sangue é prescrever sulfametoxazol + trimetoprim (40 mg/kg/dia da sulfa), de 12 em 12 horas, durante 5 dias, se houver comprometimento do estado geral.

- \_ Não são necessários exames laboratoriais.
- \_ Marcar retorno em 2 dias.
- \_ Orientar a mãe a retornar imediatamente à unidade, caso haja piora do quadro.

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

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

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

#### PARASITOSE INTESTINAL

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

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

#### ANEMIA FERROPRIVA

É muito comum nos primeiros anos de vida devido a aspectos peculiares do metabolismo do ferro e da alimentação nessa faixa etária. Após o nascimento, a criança precisa absorver grande quantidade de ferro diariamente para manter um nível adequado do mineral, e sua alimentação supre marginalmente as necessidades de ferro nos primeiros anos de vida. Além disso, devem ser consideradas as perdas normais que ocorrem na excreção e as anormais de causas variadas, como nas micro-hemorragias pela alimentação com leite de vaca ou na espoliação parasitária.

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

#### Fatores de risco:

- \_ Prematuros e recém-nascidos de baixo peso;
- \_ Lactentes a termo em aleitamento artificial;
- \_ Lactentes em aleitamento materno por mais de seis meses, sem aporte adequado de ferro dietético;
- \_ Adolescentes de ambos os sexos;
- \_ Gestantes e nutrizes;
- \_ Crianças com quadros diarréicos frequentes e prolongados e com infestação parasitária.
- \_ Sintomatologia: palidez, irritabilidade, anorexia, falta de interesse, falta de atenção, perversão do apetite etc.

### TUBERCULOSE (TB)

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

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

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

Antes de se iniciar a terapia farmacológica, é necessário conversar com o responsável pela criança sobre o tratamento, sua importância, duração, efeitos colaterais possíveis e riscos do abandono. A

não-adesão e o abandono são os principais problemas durante o tratamento e devem ser evitados com aconselhamento farmacêutico demonstrando a fundamental participação do responsável pelo sucesso do tratamento. Recomenda-se que o farmacêutico acompanhe a ingestão dos medicamentos (tratamento supervisionado) durante 3 vezes por semana nos primeiros 2 meses, e mantenha observação semanal até o final do tratamento.

### A prevenção

- \_ As ações de prevenção da disseminação da tuberculose compreendem:
- \_ Melhoria das condições de vida da população;
- \_ Tratamento dos casos bacilíferos: é a atividade prioritária dos profissionais da UBS no controle da tuberculose, uma vez que permite anular rapidamente as maiores fontes de infecção;
- Vacinação com BCG:
- \_ É eficaz principalmente na prevenção das formas graves da doença (eficácia geral: 16 a 88%, contra formas graves: 82 a 100%);
- \_ É indicada para todas as crianças com menos de seis anos no Brasil;
- \_ Em casos de ausência de cicatriz vacinal aos seis meses, é recomendado revacinar;
- \_ Uma segunda dose é recomendada de rotina aos 10 anos;
- \_ Não é necessário realizar PPD antes da revacinação;
- \_ Não há necessidade de revacinação caso a primeira dose tenha sido feita com seis anos ou mais;
- \_ Deve ser adiada em recém-nascidos com menos de 2 kg;
- \_ É contra-indicada em imunodeprimidos, inclusive em doentes com Aids;
- \_ Recém-nascidos filhos de mãe HIV positivo devem receber a primeira dose.

Todos os casos de tuberculose são de notificação compulsória, existindo impresso próprio nas UBS (SINAM).

### TRIAGEM NEONATAL POSITIVA

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

O diagnóstico precoce possibilita intervenções também precoces que previnem seqüelas e complicações, reduzindo a morbimortalidade e permitindo que as crianças tenham uma melhor qualidade de vida.

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

### DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VERTICAL

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

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

### Avaliação de risco

#### Gestante

- Baixa escolaridade;
- Adolescência;
- Deficiência mental;
- Hipertensão arterial;
- Diabetes:
- História positiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis;

- História de óbito de menores de um ano na família;
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis;
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas.

#### Recém nascido / mãe:

- O RN é prematuro ou de baixo peso?
- O RN ou a mãe apresentam dificuldades no aleitamento materno?

- O RN tem icterícia?
- O RN teve alguma intercorrência no pós-parto imediato?
- O RN recebeu alta da maternidade em uso de alguma medicação?
- O RN tem malformações ou problemas genéticos?
- O RN apresenta algum sinal geral de perigo?
- A mãe tem sinais de depressão?

### Desnutrido

- Privação socioeconômica;
- Desnutrição materna;
- Desmame precoce;
- Baixo peso ao nascer;
- Gemelaridade;
- Internações hospitalares repetidas;
- Outros casos de desnutrição na família:
- Irmão falecido antes de 5 anos de idade;

- Episódios repetidos de diarréia nos primeiros meses de vida;
- Ganho de peso inferior a 500 g por mês no primeiro trimestre;
- Ganho de peso inferior a 250 g por mês no segundo trimestre;
- Baixa escolaridade materna:
- Fraco vínculo mãe-filho:
- História de maus-tratos na família.

### Conduta/encaminhamento

Respeitando sua competência profissional, e seus princípios éticos, o farmacêutico é co-responsável dentro da equipe de saúde da família pelo acompanhamento da criança, desde a vida intra-uterina nas ações com as gestantes. Para tanto, ao observar qualquer risco aparente dentro dos pontos principais abordados, o farmacêutico deve avaliar a necessidade de qualquer conduta: não fazer nada; encaminhamento imediato a outro profissional competente; ou iniciar o acompanhamento farmacoterapêutico, prevenção e promoção da saúde e vigilância de doenças.

### Prontuário Farmacêutico

Preencher o formulário específico da "Primeira Consulta" - campos 6 e 7.

# 3.2 Adolescente (10 a 19 anos)

### Abordagem

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

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

#### Principais pontos a serem observados

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

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

#### SAÚDE NUTRICIONAL

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

#### SEXUALIDADE E SAÚDE MENTAL

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

## DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - DST E AIDS

Embora nossa impressão nos remeta para a imagem de um jovem saudável, nunca se deve deixar de avaliar suas atividades sexuais. Esta abordagem serve para que se possa discutir questões envolvendo o sexo seguro, promovendo a conscientização e a importância do autocuidado.

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

#### MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

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

# GESTAÇÃO X ABORTO

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

A adolescente grávida deve ser encaminhada para iniciar seu pré-natal o mais precocemente possível e no caso de gravidez não desejada, ela deve ser orientada para prevenção de nova gestação.

## Conduta/encaminhamento

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

# Prontuário Farmacêutico

Preencher o formulário específico da "Primeira Consulta" - campos 8 e 9.

# 3.3 Adulto (20 a 59 anos)

# Principais patologias/condições

## HIPERTENSÃO ARTERIAL

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

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

A determinação do risco cardiovascular – RCV depende da classificação do estágio da hipertensão assim como da presença de fatores de risco cardiovascular, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas. Diagnosticada a Hipertensão, deve-se investigar os órgãos-alvo para lesões e, portanto, sujeitos a complicações:

- Coração: hipertrofia de ventrículo esquerdo, documentada ao ECG, estando fortemente relacionada com o risco de infarto do miocárdio e morte súbita.
- Rins: desde microalbuminúria / proteinúria ou discreto aumento de creatinina à insuficiência renal terminal.
- Cérebro: fundo de olho e exame neurológico.

Identificação dos fatores de risco cardiovascular

#### Fatores de risco maiores

- Tabagismo
- Dislipidemia
- Diabetes melito
- Nefropatia

- Idade acima de 60 anos
- História familiar de doença cardiovascular em
- Mulheres com menos de 65 anos
- Homens com menos de 55 anos

#### **Outros fatores**

- Relação cintura/quadril aumentada
- Circunferência da cintura aumentada
- Microalbuminúria

- Tolerância à glicose diminuída/glicemia de jejum alterada
- Hiperuricemia
- PCR ultra-sensível aumentada

Identificação de lesões de órgãos-alvo e doenças cardiovasculares

- Hipertrofia do ventrículo esquerdo
- Angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio
- Revascularização miocárdica prévia
- Insuficiência cardíaca
- Acidente vascular cerebral

- Isquemia cerebral transitória
- Alterações cognitivas ou demência vascular
- Nefropatia
- Doença vascular arterial de extremidades
- Retinopatia hipertensiva

O tratamento inicial é realizado por modificações do estilo de vida:

- Perder peso se ele for excessivo.
- Limitar a ingestão de álcool a, no máximo, 30 g/dia de etanol(p.ex., 720 ml de cerveja, 300 ml de vinho ou 60 ml de uísque) por dia ou 15 g/dia de etanol por dia para mulheres e pessoas de menor peso.
- Aumentar a atividade física aeróbica (acumular 30 a 45 minutos na maioria dos dias da semana).
- Reduzir a ingestão de sódio para no máximo 100 mmol/dia (2,4 g de sódio ou 6g de cloreto de sódio).
- Manter uma ingestão adequada de potássio dietético (aproximadamente 90 mmol/dia ou 3,5g/dia).
- Manter uma ingestão adequada de cálcio e magnésio dietéticos para ter uma boa saúde geral.
- Parar de fumar.
- Reduzir a ingestão de gordura saturada dietética e de colesterol para ter uma boa saúde cardiovascular.

41

Os anti-hipertensivos usados são:

Diuréticos

• Inibidores adrenérgicos (ação central, alfa1-bloqueadores, beta-bloqueadores)

Vasodilatadores diretos

Bloqueadores de canais de cálcio

• Inibidores da enzima conversora da angiotensina

Antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II

DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus – quadro de hiperglicemia crônica, acompanhado de distúrbios no metabolismo de carboidratos, de proteínas e de gorduras, caracterizado por hiperglicemia que resulta de uma deficiente secreção de insulina pelas células beta, resistência periférica à ação da insulina ou ambas cujos efeitos crônicos incluem dano ou falência de órgãos, especialmente

rins, nervos, coração e vasos sangüíneos.

Diabetes tipo 1

• Período pré-clínico: os sintomas só se manifestam quando da destruição de 80-90% da massa

funcional de células beta (β) e são intermitentes.

Período clínico: diagnóstico da doença oscila habitualmente entre 01 e 06 semanas; a criança

costuma apresentar sinais de desidratação e desnutrição graves, lesões decorrentes de

micose oral e genital (vulvovaginite, balanopostite).

Sintomas: início abrupto.

Massa corpórea: magra.

-

Tendência a cetose: presente.

Hereditariedade: pouca influência hereditária.

Dependência de insulina: deterioração clínica, se não tratado imediatamente com insulina.

Diabetes tipo 2

Sintomas: oligossintomático ou 50% assintomático.

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

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

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

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

As combinações de agentes que tenham diferentes mecanismos de ação são comprovadamente úteis.

O tratamento deve ser realizado com os medicamentos orais e/ou com insulinas (descrição detalhada no Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso – Hipertensão e Diabetes). Os objetivos do tratamento são listados no Quadro 2.

#### Quadro 2: Objetivos do tratamento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

GLICOSE PLASMÁTICA (MG/DL)*		
Jejum	110	
Jejum 2 horas pós prandial	140	
Glicohemoglobina (%)*	Limite superior do método	
COLESTEROL (MG/DL)		
Total	< 200	
HDL	> 45	
LDL	< 100	
Triglicerídeos	< 150	
PRESSÃO ARTERIAL (MMHG)		
Sistólica	< 120**	
Diastólica	< 80**	
I M C (Kg/m²)	20 – 25	

<sup>\*</sup> Quanto ao controle glicêmico, deve-se procurar atingir valores os mais próximos do normal. Aceitam-se, nestes casos, valores de glicose plasmática em jejum de até 126mg/dl e de duas horas pós-prandiais até 160mg/dl e níveis de glico-hemoglobina até um ponto percentual acima do limite superior do método utilizado. Acima destes valores, é sempre necessário realizar intervenção para melhorar o controle metabólico.

Fonte: MINAS GERAIS, 2006a.

A hipoglicemia é uma complicação aguda do diabetes mellitus e ocorre com glicemia abaixo de 60 mg/dL. Sinais e sintomas característicos são: tremores, sudorese intensa, palidez, palpitações, fome intensa, visão borrada, tonturas, cefaléia, convulsão, perda da consciência e coma.

A conduta no paciente consciente deve ser:

- Oferecer carboidratos de absorção rápida (de preferência líquido), na dose de 10 a 20 gramas (ex. meio copo de refrigerante comum, suco de laranja ou 01 colher de açúcar em meio copo de água, etc.).
- Pode ser necessário repetir a dose.

# No paciente inconsciente:

- Não forçar ingestão oral.
- Dar 20 ml de glicose a 50% Endovenoso e/ou 1mg de glucagon Intramuscular ou subcutâneo.
- Se a hipoglicemia for severa é necessária a internação.
- Encaminhar para o hospital. O quadro pode se repetir e ser prolongado, especialmente em idosos, quando causado por uma sulfoniluréia. Sintomas neuroglicopênicos podem persistir por horas após a correção metabólica.

<sup>\*\*</sup> Valores de referência de acordo com o VII Joint National Committee on Prevention, Detction, Evoluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA, 2003.

Detectar causas do episódio.

As complicações crônicas podem ser decorrentes de alterações:

- microangiopatia na microcirculação: retinopatias e nefropatias.
- macroangiopatia na macrocirculação: cardiopatia isquêmica, doença cerebro-vascular e doença vascular periférica.
- Neuropáticas.

#### Fatores de Risco

- Os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas complicações são:
- Longa duração da doença, mau controle metabólico;
- Presença de hipertensão arterial, tabagismo e alcoolismo;
- Complicações pré-existentes; gestação.

## Rastreamento das complicações

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

# HANSENÍASE

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

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

#### Acompanhamento dos casos

Baixo risco

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

#### Alto risco

Alguns casos requerem maior atenção e disponibilização de tempo de toda a equipe. São aqueles com surtos reacionais recorrentes que podem ultrapassar o período do tratamento específico. Esses pacientes serão acompanhados sistematicamente no curso agudo das reações até a retirada total dos medicamentos utilizados para tratamento das reações. Podem necessitar de encaminhamento para as unidades de referência.

Pacientes que apresentarem reações adversas aos medicamentos do esquema padrão deverão ser encaminhados para as unidades de referência, para avaliação e indicação de esquemas alternativos. Os casos diagnosticados e tratados mais tardiamente podem apresentar seqüelas nos olhos, nariz, mãos e pés. Deverão receber orientação, atenção e cuidado continuado, não só da unidade local, como também da de referência de média e alta complexidade, de acordo com a necessidade de cada caso.

#### Sinais de alerta

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

- Inflamação súbita de manchas pré-existentes;
- Dor aguda em nervos de face, mãos e pés;
- Aparecimento súbito de caroços vermelhos e doloridos;
- Piora da sensibilidade de mãos e pés;
- Perda súbita da força muscular em face, mãos e pés;
- Piora do quadro geral com febre, mal-estar, feridas e ínguas;
- Dor e vermelhidão nos olhos;
- Diminuição súbita da acuidade visual:
- Edema de mãos, pernas, pés e face.

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

- Anemia grave;
- Cianose de extremidades;
- Sintomas parecidos com a gripe após a dose supervisionada;

- Icterícia;
- Náuseas e vômitos incontroláveis;
- Pele apresentando edema, eritema, vesículas, bolhas, descamação.

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

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

- Aparecimento súbito de queixas relativas à hipertensão arterial como dor de cabeça, tontura;
- Sede excessiva e micções freqüentes (diabetes induzido);
- Sintomas como fraqueza, mal-estar, hipotensão arterial, dores musculares e articulares pela interrupção abrupta do corticóide.
- Aumento da pressão intracelular (glaucina).23 AS DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO

#### Lembre-se:

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

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

#### TUBERCULOSE

A assistência ao usuário sintomático respiratório suspeito de portar o bacilo da tuberculose ou sabidamente enfermo se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação da doença. O adequado acompanhamento desse indivíduo é fundamental para o êxito esperado, que é o controle da tuberculose.

Assim sendo, o usuário deve idealmente encontrar ou mesmo ser um colaborador na construção de uma assistência organizada que garanta, com uma avaliação de risco adequada, um ágil acesso ao servico de saúde.

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

## <u>Tuberculose e Aids</u>

A associação da Tuberculose/Aids representa um novo desafio em escala mundial. O aparecimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) modifica a epidemiologia da tuberculose e dificulta seu controle. A Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula cerca de 5 a 10 milhões de indivíduos infectados atualmente no mundo pelo HIV. Destes, de 2 a 8 % vão desenvolver a síndrome completa (Aids), estimando-se a ocorrência de 500.000 a 3.000.000 de casos novos de Aids nos próximos 5 anos.

A infecção por HIV é o maior fator de risco para se adoecer por tuberculose em indivíduos previamente infectados pelo bacilo. Por outro lado, é uma das primeiras complicações entre os infectados pelo HIV, surgindo antes de outras infecções freqüentes, devido à maior virulência do bacilo da tuberculose, independente do comprometimento significativo do sistema imunológico.

Os números dessa associação são preocupantes, pois a evolução do estado de infecção para o adoecimento é muito diferente entre pessoas imunocompetentes e aquelas infectadas pelo HIV. Segundo o Ministério da Saúde (MS), no Brasil, entre 1980 e junho de 2000, ocorreram 190.523 casos de Aids. Estima-se que 20% a 40% desenvolveram tuberculose, o que poderia mudar a tendência da doença no grupo etário de 15 a 49 anos, e em regiões de grande prevalência da infecção pelo HIV. É importante destacar que a tuberculose é a única doença contagiosa associada a infecção por HIV, que também é infectante e que pode ser transmitida a indivíduos não infectados pelo HIV. A tuberculose é a mais prevenível, curável e transmissível de todas as infecções que acompanham a infecção por HIV. Estimativas do MS, em 2002, mostram que no Brasil havia 43.600.000 pessoas infectadas com o bacilo da tuberculose e aproximadamente 130.000 novos casos da doença por ano, dos quais 57.000 infectantes e 10.000 coinfectados com HIV.

#### **Tratamento**

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

No Brasil, os esquemas medicamentosos para o tratamento da tuberculose são padronizados e distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde, de acordo com a notificação dos casos. A definição do esquema mais adequado é feita com base na forma clínica, na idade, na história de tratamento anterior e em seu resultado. Em todos os esquemas, a medicação é de uso diário e deve ser administrada de preferência em uma única tomada. O Quadro 3 traça, a partir dos principais fármacos antituberculose, as mais importantes reações adversos e as condutas que devem ser recomendadas.

Quadro 3 Efeitos adversos dos principais fármacos antituberculose e condutas

MEDICA-	EFEITOS ADVERSOS	CONDUTAS
MENTOS	Irritação gástrica (náusea, vômito).     Epigastralgia e dor abdominal.     Suor e urina cor de laranja.     Prurido cutâneo.     Febre.     Exantemas.     Hepatotoxicidade (hepatite, alteração das provas de função hepática).     Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite.	<ol> <li>Reformular os horários de administração da medicação.</li> <li>Avaliar a função hepática.</li> <li>Orientar.</li> <li>Medicar com anti-histamínico.</li> <li>Orientar.</li> <li>Suspender o tratamento.         Reintroduzir o tratamento droga a droga após resolução.     </li> <li>Substituir o esquema nos casos graves ou reincidentes.</li> <li>Suspender o tratamento temporariamente até resolução.</li> <li>Dependendo da gravidade, suspender o tratamento e reavaliar o esquema de tratamento.</li> </ol>
Isoniazida	<ol> <li>Irritação gástrica (náusea, vômito).</li> <li>Epigastralgia e dor abdominal.</li> <li>Artralgia ou artrite.</li> <li>Neuropatia periférica (queimação das extremidades).</li> <li>Cefaléia e mudança de comportamento (euforia, insônia, ansiedade e sonolência).</li> <li>Febre.</li> <li>Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica e coma.</li> <li>Neurite ótica.</li> <li>Hepatotoxicidade (hepatite, alteração das provas de função hepática).</li> <li>Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite</li> </ol>	<ol> <li>Reformular os horários de administração da medicação.</li> <li>Avaliar a função hepática.</li> <li>Medicar com ácido acetilsalicílico.</li> <li>Medicar com piridoxina (vit B6).</li> <li>Orientar.</li> <li>Orientar.</li> <li>Substituir por estreptomicina + etambutol.</li> <li>Substituir.</li> <li>Suspender o tratamento temporariamente até resolução.</li> <li>Dependendo da gravidade, suspender o tratamento e reavaliar o esquema de tratamento.</li> </ol>
Pirazinamida	<ol> <li>Irritação gástrica (náusea, vômito).</li> <li>Epigastralgia e dor abdominal.</li> <li>Artralgia ou artrite.</li> <li>Hiperuricemia ( com ou sem sintomas).</li> <li>Hepatotoxicidade (hepatite, alteração das provas de função hepática).</li> <li>Nefrite intersticial, rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal.</li> </ol>	<ol> <li>Reformular os horários de administração da medicação.</li> <li>Avaliar a função hepática.</li> <li>Medicar com ácido acetilsalicílico.</li> <li>Orientação dietética (dieta hipopurínica) Medicar com halopurinol</li> <li>Suspender o tratamento temporariamente até resolução.</li> <li>Suspender o tratamento.</li> </ol>
Etambutol	Neuropatia periférica (queimação das extremidades).     Hiperuricemia (com ou sem sintomas).     Neurite ótica.     Hepatotoxicidade (hepatite, alteração das provas de função hepática)	Medicar com piridoxina (vit B6).     Orientação dietética (dieta hipopurínica)     Medicar com halopurinol     Substituir.     Suspender o tratamento temporariamente até resolução.
Estreptomicina	Prurido cutâneo.     Exantemas.     Hipoacusia.     Vertigem e nistagmo.     Hepatotoxicidade (hepatite, alteração das provas de função hepática)	Medicar com anti- histamínico.     Suspender o tratamento.     Reintroduzir o tratamento droga a droga após resolução.     Substituir o esquema nos casos graves ou reincidentes.     Substituir a medicação por etambutol.     Substituir a medicação por etambutol.     Suspender o tratamento temporariamente até resolução

Fonte: MINAS GERAIS, 2006b.

# Prontuário Farmacêutico

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

#### -3.4 Gestante

## Principais condições

#### SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ

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

A hipertensão aparece em consequência da própria gravidez, geralmente após a 20ª semana de gestação. O diagnóstico se faz através dos seguintes dados:

- Presença de PA diastólica ≥ 90 mm Hg;
- Aumento da PA diastólica acima de 15 mm Hg do valor previamente conhecido;
- Ausência de proteinúria.

A normalização dos níveis pressóricos acontece no puerpério remoto após 6 semanas. Pode evoluir para:

- Pré-eclâmpsia quando a hipertensão associa-se a proteinúria;
- Hipertensão arterial latente ou transitória, principalmente em multíparas.

O tratamento recomendado é:

- Metildopa: 750 mg a 2 g/dia, em 3 tomadas diárias;
- Nifedipina: início com 10 mg/dia e o máximo de 40 mg/dia, de 6/6 horas ou Retard 20 mg de 12/12 horas;
- Pindolol: início com 5 mg/dia e o máximo de 30 mg/dia, de 8/8 horas;
- Pode haver associação, respeitando as doses terapêuticas;
- Os inibidores ECA são contra-indicados.

Indica-se repouso relativo; dieta hipossódica e hiperproteica nos casos graves; aumentar a ingestão de líquidos, principalmente água.

## DIABETES GESTACIONAL

52

É uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e por intolerância aos carboidratos, de

intensidade variada, diagnosticada durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. A

gestante que apresentar diabetes gestacional deve ser encaminhada para o serviço de referência.

O controle glicêmico é feito, sempre que possível, com glicemias de jejum e pós-prandiais semanais.

A glicosúria não é útil na monitorização do controle metabólico na gravidez. O tratamento com

insulina será indicado se, após 2 semanas de dieta, os níveis glicêmicos permanecerem elevados:

• Glicemia de jejum: ≥ 105 mg%;

2 horas pós-pardiais: ≥ 120 mg%.

A dose inicial de insulina deve ser em torno de 0,3 a 0,5 U/kg, administrada várias vezes ao dia. Pode

ser feita associação de insulina de ação intermediária e rápida para uso individual. Recomenda-se o

uso de insulina humana e a necessidade insulínica tende a aumentar progressivamente durante a

gravidez. É contra indicado o emprego de antidiabéticos orais na gravidez.

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Aproximadamente 5 a 10% das mulheres grávidas têm infecção do trato urinário inferior, com

urocultura apresentando mais de 100.000 colônias de bactérias/ml. Em mais de 85% destas

infecções, o microorganismo predominante é a E. coli.

Tratamento de primeira escolha:

• Ampicilina – 500 mg, VO, de 6/6 horas, 7 a 10 dias;

Cefalosporina 1ª geração – 500 mg, VO, de 6/6 horas, 7 a 10 dias.

• Em casos de não resposta ao tratamento ou caso recidivante:

• Nitrofurantoína – 100 mg, VO, de 6/6 horas, 10 a 14 dias;

Iniciar o tratamento frente ao diagnóstico declarado sem esperar a realização dos exames

laboratoriais, que devem ser feitos 7 a 15 dias após o término do tratamento;

A bacteriúria assintomática requer o mesmo tratamento dos casos leves.

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

antibioticoterapia:

Cefazolina – 1 g, IV, de 8/8 horas;

Cefalotina – 1 g, IV, de 6/6 horas;

Após a fase aguda: cefalosporina de 1ª geração, 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 10 a 14 dias. Em casos de não resposta ao tratamento:

- Gentamicina 1 mg/kg, IV, de 8/8 horas;
- Ceftriaxona 1 a 2 g/dia, dose única;
- Nestes casos, após a fase aguda, complementar o tratamento com medicação oral, de acordo com o antibiograma.

Deve ser realizada urocultura de controle, 7 a 10 dias após o término do tratamento. Em todos os casos de recidiva, administrar nitrofurantoína 100 mg diariamente à noite, até o final da gravidez.

## **TOXOPLASMOSE**

A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii* e a ocorrência da priminfecção na gestação pode acarretar o acometimento fetal.

A infecção fetal pelo *T. gondii* pode provocar abortamento, crescimento intra-uterino restrito (CIUR), morte fetal, prematuridade e a síndrome da toxoplasmose congênita: retardo mental, calcificações cerebrais, microcefalia, hidrocefalia, retinocoroidite, hepato-esplenomegalia.

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

Para os serviços que disponibilizarem o rastreamento sorológico na gravidez, é imprescindível a garantia da medicação para a gestante, bem como a referência para Unidades que possam realizar a pesquisa da infecção fetal e o acompanhamento dos fetos infectados.

Como a infecção pelo *T. gondii* é, na maioria das vezes, assintomática, a identificação dos fetos em risco se faz pelo rastreamento sorológico materno.

O diagnóstico da infecção fetal é realizado nos casos de gestante com infecção aguda. O tratamento é feito se seguinte forma: sulfadiazina (1 g, de 8/8 horas) + pirimetamina (25 mg, de 12/12 horas) + ácido folínico (15 mg/dia) por quatro semanas, intercalado com espiramicina (3 g/dia).

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

#### HIV

A transmissão vertical do HIV é a forma mais frequente entre as crianças (90% dos casos). Essa transmissão pode ser evitada se a gestante portadora do vírus for identificada, receber medicamentos na gestação e parto e não amamentar seu filho.

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

A gestante portadora de HIV deve ser monitorada com hemograma, plaquetas e enzimas hepáticas antes de iniciar os antiretrovirais e depois a cada mês. Caso não seja possível quantificar a carga viral e CD4/CD8, ministrar para toda gestante portadora do HIV o AZT oral, a partir da 14ª semana de gestação. A dose recomendada de AZT (cápsula de 100 mg) para a gestante é de 500 mg diárias, divididas em cinco tomadas, ou 600 mg divididas em três doses diárias de 200 mg cada ou duas doses diárias de 300 mg.

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

## **SÍFILIS**

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

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

O tratamento das gestantes e puérperas deve ser feito conforme o estágio da doença.

- Para a sífilis primária, deve ser utilizada a penicilina G benzatina, 2.400.000 unidades, IM, divididos 1.200.000 em cada glúteo, dose única. Nas alérgicas à penicilina, pode ser usada a eritromicina, 500 mg, via oral, de 6/6 horas por 15 dias.
- Na sífilis secundária ou latente recente, deve ser utilizada penicilina G benzatina, 2.400.000 unidades, IM, divididos 1.200.000 em cada glúteo, e repetido após uma semana. Na alérgica à penicilina pode ser usada a eritromicina 500 mg, via oral, de 6/6 horas por 15 dias.

55

Em caso de tratar-se de sífilis latente tardia ou de duração indeterminada, essa mesma dose

de penicilina benzatina deve ser administrada por três semanas consecutivas. Nas alérgicas à

penicilina, pode ser usada a eritromicina 500 mg, via oral, de 6/6 horas por 30 dias.

Em portadoras de HIV, o tratamento deve ser feito como sífilis latente tardia ou de período

indeterminado.

Se já tiver ocorrido o parto e não estiver amamentando por outras causas, pode ser utilizada, como

tratamento alternativo, a doxiclina (100 mg 2 vezes ao dia) ou tetraciclina (500 mg, 4 vezes ao dia)

por 15 dias na sífilis primária, secundária ou latente recente. Já no caso de sífilis latente deve ser

utilizado durante 30 dias.

A tetraciclina e a doxiclina estão contra indicadas em gestantes e nutrizes.

No pós-parto, as puérperas devem ser orientadas quanto à necessidade de seguimento, realizando

teste sorológico quantitativo a cada três meses durante o primeiro ano e, se ainda houver

reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de seis em seis meses.

A elevação de duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na

ausência de sintomas. É importante investigar se o parceiro foi tratado.

Todo caso suspeito de sífilis congênita, incluindo os óbitos neonatais, natimortos ou abortos por

sífilis, deve ser notificado, através de formulário próprio do Sistema Informação de Agravos de

Notificação (SINAN).

VACINAÇÃO ANTITETÂNICA

A imunização é realizada para a prevenção do tétano no recém-nascido e para a proteção da

gestante, com a vacina dupla tipo adulto (DT) ou, na falta desta, com toxóide tetânico (TT).

Gestante Não Vacinada - o esquema básico consta de 3 doses:

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

2<sup>a</sup> dose: até o 6<sup>o</sup> mês:

3ª dose: até o 8º mês:

A última dose deve ser aplicada até 20 dias antes da data do parto.

Na gestante vacinada realiza-se o esquema básico: na gestante que já recebeu uma ou duas doses da

vacina contra tétano (DPT, DT ou TT) devem ser aplicadas mais 1 ou 2 doses de vacinas DT ou TT para

completar o esquema de 3 doses.

Reforços ocorrem de 10 em 10 anos. Antecipar a dose de reforço se ocorrer nova gestação pelo menos cinco anos depois da última dose.

Efeitos adversos mais comuns são dor, calor, vermelhidão, endurecimento local e febre.

Contra indicação é reação anafilática, muito rara seguindo-se à aplicação da dose anterior.

## Avaliação de risco

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

Fatores de Risco Gestacional que Permitem a Realização do Pré-Natal pela Equipe do PSF - Compreendem situações anteriores ou decorrentes da gestação atual que exigem uma atenção especial no decorrer do pré-natal:

- idade menor de 17 e maior de 35 anos;
- ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;
- situação conjugal insegura;
- baixa escolaridade;
- condições ambientais desfavoráveis;
- altura menor que 1,45 m;
- peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;

- recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal formado, em gestação anterior;
- intervalo interpartal menor que 2 anos;
- nuliparidade e multiparidade;
- síndrome hemorrágica ou hipertensiva, em gestação anterior;
- cirurgia uterina anterior;
- ganho ponderal inadequado.

Fatores de Risco Gestacional que Indicam a Realização do Pré-Natal em Serviços de Referência

- dependência de drogas lícitas e ilícitas;
- morte perinatal anterior;
- abortamento habitual;
- esterilidade / infertilidade;

- desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;

- pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- diabetes gestacional;
- amniorrexe prematura;
- hemorragias da gestação;
- isoimunização;
- óbito fetal;
- hipertensão arterial;
- cardiopatias;
- pneumopatias;

- nefropatias;
- endocrinopatias;
- hemopatias;
- epilepsia;
- doenças infecciosas;
- doenças auto-imunes;
- ginecopatias.

# Prontuário Farmacêutico

Preencher o formulário específico da "Primeira Consulta" - campos 12 a 14.

# 3.5 Idoso (acima de 60 anos)

#### <u>Abordagem</u>

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

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

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

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

Sabemos que o consenso sobre a qualidade de vida envolve as dimensões físicas, sociais, psicológicas e espirituais. Esta é uma questão não apenas ética, mas metodológica. Outros imperativos éticos devem ser atendidos pelo profissional que cuida de idosos, entre eles o direito à autonomia e à dignidade.

## SAÚDE NUTRICIONAL

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

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

indivíduo envelhece, ocorre uma redução das necessidades de energia e ao mesmo tempo um aumento da demanda de alguns nutrientes.

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

#### A INSTABILIDADE POSTURAL E AS QUEDAS NO IDOSO

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

A cauda dos transtornos de marcha em idosos, na maioria das vezes, é multifatorial. A marcha pode refletir anormalidades músculo-esqueléticas, neurológicas e algumas vezes ambas. Abaixo, lista-se fatores que contribuem para distúrbio de marcha e equilíbrio:

- Fraqueza muscular
- Disfunção articular: dores, limitações na amplitude de movimento e instabilidade articular
- Deformidades dos pés
- Cognição
- Depressão: está relacionada a alterações na postura e no equilíbrio corporal

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

Tem como consequência as restrições na mobilidade podendo levar a sérias complicações. O idoso que sofreu queda pode se tornar inseguro e abandonar as atividades cotidianas comprometendo a

convivência, atividades de vida diária (alimentação, higiene, vestuário) e atividades instrumentais de vida diária (maior grau de complexidade).

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

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

#### INCONTINÊNCIA URINÁRIA

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

A incontinência urinária transitória é decorrente de causas externas ao trato urinário:

- Infecção
- Uretrite e vaginite atrófica
- Restrição de mobilidade
- Aumento do débito cardíaco
- Medicações
- Impactação fecal
- Distúrbios psíquico

A incontinência urinária permanente decorre de alterações anatômicas ou funcionais próprias do trato urinário conforme descritos. O critério de duração não permite classificar a incontinência urinária como transitória ou permanente uma vez que causas transitórias se não diagnosticadas e tratadas adequadamente podem levar o paciente a permanecer incontinente por meses ou até anos.

Dentro da avaliação do paciente idoso com incontinência urinária, deve-se inicialmente ater-se à história clínica e doenças concomitantes (co-morbidade). Assim, este deve-se pesquisar

objetivamente quanto à presença de diabetes, hipertensão arterial e drogas utilizadas no controle destas condições, em especial o uso de diuréticos. Deve-se interrogar o paciente e familiar quanto ao hábito intestinal, mobilidade e status mental.

Antecedentes de patologias neurológicas, tais como acidente vascular cerebral bem como cirurgias prévias sobre o trato urinário inferior, devem ser pesquisadas de forma objetiva.

O tratamento deve inicialmente estar focado nas condições externas ao trato urinário. Deve-se descartar a presença de afecções que possam causar incontinência urináriatransitória e abordá-las como medida inicial. Assim pacientes com distúrbios metabólicos que levem o paciente às alterações da função cognitivas devem ser corrigidos.

Eventuais infecções urinárias sintomáticas devem ser tratadas através de antibioticoterapia adequada. Pacientes pós-menopausa com atrofia vaginal, o uso de hormônio tópico é controverso.

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

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

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

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

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

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

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

Em termos práticos atuais, as drogas mais utilizadas são aquelas que atuam nas fibras eferentes e músculo detrusor ou principalmente nos receptores vesicais. Como a bexiga recebe principalmente inervação parassimpática, estas drogas são denominadas anticolinérgicas ou antimuscarínicas. Embora também possuam um efeito central, os antidepressivos tricíclicos (imipramina) também pertencem a este grupo e apresentam boa eficácia.

Outro grupo inclui os relaxantes musculotrópicos, destes os mais conhecidos são: flavoxato e a diciclomina. Embora bastante utilizados no passado, atualmente tais drogas se encontram praticamente abandonada devido à sua baixa eficácia ou pela pequena janela terapêutica.

As drogas de maior eficácia e segurança no tratamento da bexiga hiperativa, até o momento, têm sido os anticolinérgicos. Diversos medicamentos desta categoria já foram utilizados, entre os mais conhecidos até o momento destacamos a propantelina e a oxibutinina.

A propantelina tem eficácia inferior e efeitos colaterais mais significativos que a oxibutinina, razão pela qual raramente é indicada. A oxibutinina representou durante muitos anos a droga padrão no tratamento dos sintomas de hiperatividade detrusora. Sua dosagem em adultos é de 2,5 a 5,0 mg administrados 02 a 03 vezes ao dia. Contudo, essa droga apresenta efeitos adversos tais como constipação intestinal, tonturas e principalmente boca seca, que levam muitos pacientes a abandonar o tratamento. Novas formas de oxibutinina utilizando cápsulas de liberação prolongada parecem diminuir tais efeitos. Entretanto, faz-se necessário um maior número de estudos para se comprovar tal proposta.

Mais recentemente, foi introduzido no mercado a tolterodina, um antimuscarínico que apresenta afinidade pelos receptores vesicais 05 vezes maior que pelos receptores protídeos. Diversos estudos demonstraram uma redução significativa dos efeitos adversos comuns aos antimuscarínicos e, conseqüentemente, um menor abandono de tratamento. A dose varia de 01 a 02 mg administrados 02 vezes ao dia. Estudos mais recentes apontam também para uma eficácia superior deste fármaco em relação aos outros anti-colinérgicos.

#### INCONTINÊNCIA FECAL

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

A incontinência anal é a incapacidade, em graus variados, de reter a matéria fecal e de evacuá-la de forma voluntária. Trata-se de condição incapacitante, constrangedora e com repercussão socioeconômica significativa. Por esses motivos, a prevalência na população é de difícil mensuração. Por vezes, existe uma grande dificuldade do paciente de expor sua condição ao médico. Em outras circunstâncias, o paciente ou seus familiares, por déficit de cognição ou de atenção, pode interpretar os episódios de incontinência como sendo diarréia.

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

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

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

O tratamento clínico não traz a cura da incontinência fecal, mas leva ao alívio sintomático. Em adição à orientação dietética (evitar refeições volumosas, ricas em gordura ou excessivamente ricas em fibras), o tratamento farmacológico deve incluir o uso de antiperistálticos como a loperamida (01 a 02 mg três a quatro vezes ao dia).

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

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

#### INSUFICIÊNCIA CEREBRAL – INCAPACIDADE COGNITIVA

A manifestação da incapacidade cognitiva no idoso pode se dar de diferentes formas como quadros de Delírium, Depressão ou Demência.

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

Depressão: manifesta-se por humor rebaixado, perda de interesse ou prazer com alterações do funcionamento biológico com repercussões importantes sobre a qualidade de vida do indivíduo durante longo espaço de tempo, quando não tratado corretamente. No idoso, pode se manifestar como déficits de memória em graus variados, somatizações, ansiedade, alcoolismo ou síndromes álgicas.

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

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

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

A memória é a capacidade de reter e posteriormente fazer uso de uma determinada experiência. A maioria dos idosos se queixa de esquecimentos habituais, que nem sempre tem significado

patológico, e, em outras circunstâncias, o distúrbio cognitivo se apresenta através de alterações do comportamento e diminuição da capacidade funcional em decorrência dos distúrbios da memória.

As demências são mais comuns após os 70 anos e sua prevalência aumenta com a idade acometendo até 1/3 dos maiores de 80 anos. As alterações do estado mental no idoso muitas vezes não são prontamente reconhecidas principalmente quando se tratam de alterações do estado mental como a depressão e os distúrbios da memória. Cerca de 70% dos idosos queixam-se de falhas da memória, mas apenas a metade deles apresenta diminuição de sua capacidade funcional devido a essa alteração.

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

#### **IATROGENIA**

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

Podemos citar vários exemplos como imposições dietéticas inadequadas, imobilização no leito que pode acarretar diminuição da força muscular que demandará dias de reabilitação para corrigir o descondicionamento gerado por um dia de repouso. As alterações em barroceptores podem evoluir com hipotensão ortostática e aumento do risco de quedas e fraturas. O uso excessivo de medicamentos para tratar vários sintomas concomitantes no idoso pode desencadear sintomas indesejáveis e muitas vezes graves. A valorização da opinião médica ou de outros profissionais que ao emitir opiniões equivocadas pode gerar iatrogenia e causar impacto negativo na vida do idoso.

Algumas situações podem ser minimizadas com medidas específicas de adequação ou substituição de medicamentos utilizados, assim como ajuste na orientação dietética ou reabilitação.

#### latrogenia medicamentosa

Além das doenças infecto-contagiosas que incidem com freqüência nos idosos, somam-se as crônico-degenerativas, levando à polifarmácia e ao consequente risco de iatrogenia.

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

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

#### Reação adversa a medicamentos

A polifarmácia é o principal fator de risco da reação adversa a medicamentos. Observa-se que um grande contingente de fraturas de bacia em decorrência de quedas são devidas ao uso de medicações e muitos efeitos adversos apresentado são preveníveis com uma abordagem adequada. Eventos graves que colocam em risco a vida dos pacientes apresentam maior probabilidade de serem evitados comparados com os efeitos menos graves.

Os idosos consomem cerca de 30% a 50% do total de drogas prescritas em geral e a automedicação representa 60% de todas as medicações. Isso corresponde a 50% do custo total da medicação utilizada. As reações adversas das drogas evitáveis mais comumente observadas se devem à utilização de anti-inflamatórios não esteroidais, benzodiazepínicos, antipsicóticos, digoxina e varfarina.

O potencial de efeitos adversos das drogas aumenta quanto maior o número de drogas utilizadas e, segundo Larsen and Martin (1999), foi observado que as reações adversas ocorreram em:

- 6% dos idosos que utilizam 02 medicamentos;
- 50% dos idosos que utilizam 05 medicamentos diferentes;
- 100% dos idosos que utilizam 08 ou mais medicamentos.

Quadro 4 Principais reações adversas a medicamentos em idosos

dadio 4 Principals reactoes adversas a medicamentos em idosos		
SINAIS - SINTOMAS	MEDICAMENTOS	
CONFUSÃO MENTAL	<ul> <li>Anticolinérgicos: antipsicóticos (Tioridazina&gt;Haloperidol)</li> <li>Antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina &gt; Imipramina &gt; Nortriptilina)</li> </ul>	
	Antiparkinsonianos,	
	<ul> <li>Bloqueadores H2 (Cimetidina, Ranitidina), Corticosteróides</li> </ul>	
	Digitálicos	
	■ Fenitoína	
	Benzodiazepínicos	
	Analgésicos narcóticos	
QUEDAS	<ul> <li>Psicotrópicos (sedação): benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, anticolinérgicos.</li> </ul>	
	Anti-hipertensivos (hipotensão ortostática)	
-	Anticolinérgicos, bloqueadores de canal de cálcio (Verapamil), analgésicos	
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL	narcóticos, antiácidos com alumínio, diuréticos, cálcio e suplemente de ferro,	
INTESTINAL	AINE.	
	Anticolinérgicos	
	Antiadrenérgicos	
HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA	<ul> <li>Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina&gt;imipramina&gt;nortriptilina)</li> </ul>	
	Anti-hipertensivos	
	Anti-histamínicos	
	Álcool	
	Anticolinérgicos	
RETENÇÃO	Analgésicos narcóticos	
URINÁRIA AGUDA	<ul> <li>Agonistas α-adrenérgicos</li> </ul>	
CHIRCHIAN NOCEST	Bloqueadores de canal de cálcio	
	<ul> <li>Agonistas β-adrenérgicos</li> </ul>	
	Anticolinérgicos	
	analgésicos narcóticos	
	<ul> <li>agonistas α-adrenérgicos</li> </ul>	
INCONTINÊNCIA	bloqueadores de canal de cálcio	
URINÁRIA PARKINSONISMO	<ul> <li>agonistas β-adrenérgicos- I.U. sobrefluxo</li> </ul>	
	<ul> <li>Bloqueadores α-adrenérgicos – I.U. esforço</li> </ul>	
	Diuréticos – I.U. urgência	
	Benzodiazepínicos, sedativos, hipnóticos: I.U. funcional	
	Antagonistas dopaminérgicos (cinarizina, flunarizina)	
	Antipsicóticos (haloperidol > tioridazina > risperidona > olanzapina)     Materiany mida	
	Metoclopramida     The section of the section	
	■ Fluoxetina	

	- A // 1- / -
	Anticolinérgicos
	Antidepressivos tricíclicos
	Anti-histamínicos
XEROSTOMIA	Anti-hipertensivos
	Antiparkinsonianos
	Ansiolíticos
	■ Diuréticos
	Aminoglicosídeo
TINNITUS	Salicilatos
manics	• AINE
	Diuréticos de alça
	Digoxina
	■ Teofilina,
ANOBEVIA	Hidroclorotiazida
ANOREXIA	■ AINEs
	■ Triantereno
	Inibidores da enzima conversora.
	Metformina
MÁ-ABSORÇÃO DE	Cimetidina
VITAMINA B12	Ranitidina
	Colchicina
	Metrotexato
	Difenilhidantoína
	Primidona
	Carbamazepina
	Fenobarbital
MÁ-ABSORÇÃO	■ Isoniazida
DE ÁCIDO FÓLICO	Trimetropin
	Sulfasalazina
	■ Triantereno
	■ Alcool
	Metformina
	Colestiramina
MÁ-ABSORÇÃO DE VITAMINAS LIPOSSOLÚVEIS	• Óleo mineral

Fonte: MINAS GERAIS, 2006c.

Pontos importantes para realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de idosos:

• Conheça os efeitos do envelhecimento antes de dizer que se trata de uma doença.

- Estabeleça as prioridades do tratamento. Conheça o incômodo que a doença representa para o idoso.
- Uma reação adversa não deve ser tratada com outro medicamento.
- O medicamento é realmente necessário? Já foram tentadas medidas não farmacológicas?
   Certifique-se de que é realmente indispensável ou pode ser substituída por tratamento tópico ou medidas para reabilitação física.
- O tratamento deve iniciar-se com as dose mais baixas possíveis. Habitualmente os idosos respondem muito bem a doses consideradas subterapêuticas para o adulto. A dose deve ser aumentada gradativamente, de acordo com a resposta e a sensibilidade do paciente.
- Estabeleça os objetivos do tratamento e o tempo; analise periodicamente o regime terapêutico, revendo a necessidade de modificá-lo.
- Informe e esclareça o idoso e familiares sobre os medicamentos e as possíveis reações adversas importantes. Cuidado para não preocupar o paciente e causar abandono do tratamento.
- Estabeleça contato com outros profissionais que estejam cuidando do idoso.
- Acompanhe sempre o tratamento e peça aos familiares que o informe acerca do aparecimento de sintomas.
- Peça ao idoso que traga os medicamentos que está usando prescritos e não-prescritos.
- Pergunte sempre pela medicação para dormir. Medicamentos usados por muito tempo nem sempre são lembrados.
- O medicamento mais custo-efetivo, de fácil manuseio e posologia são preferíveis.

Adaptado de Can Med Assoc J, v.156, p.385-391, 1997 Arch Inter Med, v.157 p.1531-1536, 1997

#### **IMOBILIDADE**

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

Advém de múltiplas etiologias associadas com múltiplas conseqüências: "efeito dominó". Uma imobilização temporária pode desencadear uma sucessão de eventos patológicos e complicações

subseqüentes, tornando o quadro extremamente complexo e que exige o tratamento do paciente como um todo. É uma síndrome freqüente e de pouco domínio de outras especialidades devido a dificuldades no nosso sistema de saúde para atendimento multidisciplinar e atendimentos domiciliares.

#### Complicações da imobilidade

A imobilidade desencadeia uma sucessão de eventos patológicos, o que é comumente chamado de efeito dominó, no qual um evento inicial, por exemplo, uma fratura de fêmur, desencadeia uma série de complicações. Uma imobilização inicialmente temporária pode provocar atrofia e encurtamento muscular, aumento da reabsorção óssea, rigidez articular, úlceras de pressão, incontinência, dificuldade ventilatória propiciando o aparecimento de infecções, constipação intestinal, fenômenos trombo embólicos e estados confusionais. É necessário que o tratamento não seja direcionado para cada complicação isoladamente e o idoso seja abordado como um todo.

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

#### DISTÚRBIOS DA PRESSÃO ARTERIAL NO IDOSO

Apenas 27% dos idosos acima de 60 anos possuem um controle pressórico adequado. O objetivo do tratamento da hipertensão arterial no idoso, segundo as recomendações do JNC -7, é manter a pressão arterial em níveis menores que 140/90 mm /Hg. Em portadores de Diabetes mellitus ou insuficiência renal a meta é manter os níveis pressóricos inferiores a 130/80 mm/Hg, para que se possa diminuir as complicações cardiovasculares.

Em idosos pode ocorrer ainda, mais comumente a hipertensão sistólica isolada e a hipertensão diastólica isolada, menos comum de ocorrer nesta faixa etária. A abordagem dos distúrbios pressóricos deve ser agressiva nos níveis pressóricos entre 140 a 159 mm/Hg (PA sistólica), que indica hipertensão sistólica isolada.

A hipotensão ortostática no idoso é uma disfunção autonômica pura, sem alterações neurológicas associadas e frequentemente leva o paciente a procurar por atendimento médico. Não existe ainda um consenso quanto a definição de hipotensão ortostática no idoso, mas admite-se que queda dos

71

níveis pressóricos igual ou superior a 20 mm/Hg, entre a tomada da pressão assentado e em

ortostatismo, pode significar uma hipotensão ortostática.

A medida da pressão arterial em ortostatismo deve ser feita após, no mínimo, 30 minutos de repouso

em decúbito dorsal e prosseguir até pelo menos 4 minutos quando necessário. Os sintomas são mais

freqüentes pela manhã, após exercícios físicos, refeições excessivas ou banho quente e se

apresentam como tonteira, distúrbios visuais, quedas, síncopes e déficits neurológicos focais,

Nos pacientes frágeis, com alterações cognitivas avançadas e/ou síndrome e imobilização deve-se

optar sempre pelo uso de antihipertensivos de ação prolongada em dose única e manter os níveis da

pressão mais flexíveis tendendo a uma leve hipertensão (preferencialmente o menor valor que não

cause hipotensão ortostática), cujo objetivo é evitar complicações agudas. Esta orientação deve ficar

muito clara para o cuidador e/ou responsável.

PECULIARIDADES EM DIABETES NO IDOSO

A diabetes mellitus pode gerar complicações relacionadas a lesões em órgãos alvo. Há uma tendência

de aumento da incidência da diabetes em idosos.

• 17,9% dos idosos entre 60 e 69 anos são diabéticos.

14 a 20% dos idosos têm intolerância à glicose.

20% dos idosos acima de 75 anos tem diabtes sendo que 1/3 desconhece.

Modificações do estilo de vida são difíceis na terceira idade, mas devem-se estimular cuidados gerais

de saúde como: suspensão do fumo, aumento da atividade física (acompanhamento médico) e

reorganização dos hábitos alimentares.

Dietas restritivas, além de nutricionalmente inadequadas, são de difícil adesão entre idosos. Deve-se

insistir nas vantagens do fracionamento dos alimentos. Não é recomendável o uso habitual de

bebidas alcoólicas. Deve-se atentar para possíveis deficiências nutricionais associadas (Vit B12, acido

folico, etc.).

Em pacientes frágeis, o nível da glicemia deve ser mantido preferencialmente entre 150 e 200 mg/dL.

O objetivo deve ser evitar complicações agudas como hipoglicemias e/ou hiperglicemias graves. O

cuidador e/ou responsável deve ser esclarecido quanto às possíveis complicações.

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

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

O sofrimento depende de valores pessoais, é um fenômeno dual. De um lado experimenta-se a percepção da sensação e, do outro, a resposta emocional do paciente a ela.

A dor aguda tem um momento definido de início, sinais físicos objetivos e subjetivos e atividade exagerada do sistema nervoso. A dor crônica mantém-se além de um período de seis meses, provocando adaptação do sistema nervoso.

Para o indivíduo, a dosagem e escolha do analgésico devem ser definidas de acordo com a característica da dor do paciente, sem provocar efeitos colaterais intoleráveis. Utiliza-setambém adjuvantes para aumentar a analgesia (corticosteróides, anticonvulsivantes), controlar efeitos adversos dos opiáceos (antieméticos, laxativos), controlar sintomas que estão contribuindo para a dor do paciente (ansiedade, depressão, insônia).

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

Explorar a "Dor Total" do paciente, determinando o conhecimento sobre sua situação, seus medos e crenças. A via oral é a via de escolha para a administração de medicação analgésica (e outras) sempre que possível. Poupa o paciente do incômodo de injeções, proporcionando maior controle sobre sua situação e autonomia para o autocuidado.

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

Outra forma de administração dos analgésicos pode ser pela escada analgésica. É uma escada de três degraus, para guiar o uso sequencial de drogas no tratamento da dor (Quadro 5).

Quadro 5: Indicações de analgésicos para os diferentes tipos de dor em idosos

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

Fonte: MINAS GERAIS, 2006c.

## Avaliação de risco

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

São considerados situações de risco – idosos frágeis

Idosos com ≥ 80 anos

Idosos com ≥ 60 anos apresentando:

- Polipatologias (≥ 5 diagnósticos)
- Polifarmácia (≥ 5 drogas/dia)
- Imobilidade parcial ou total
- Incontinência urinária ou fecal
- Instabilidade postural (quedas de repetição)
- Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium)
- Idosos com história de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar
- Idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária básica (ABVDs)
- Insuficiência familiar: idosos em situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias, como institucionalizados

### Conduta/encaminhamento

A assistência deverá ser exercida pelo médico clínico e equipe, tendo como objetivo a avaliação funcional visando à independência e a autonomia, reservando apenas para casos bem definidos e criteriosamente selecionados o atendimento do geriatra e da equipe especializada através do

referenciamento para os Núcleos ou Centros de Referência de acordo com critérios estabelecidos na Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso.

## Prontuário Farmacêutico

Preencher o formulário específico da "Primeira Consulta" - campos 15 a 16.

IND

# 4 Formulários do Prontuário Farmacêutico

# 4.1 Primeira consulta

PRIMEIRA CONSULTA								
Data do atendimento:	Da	ata da primeira co	onsulta:	Número do prontuário:				
		CAMPO 1 – ID	ENTIFICAÇÃO*					
Nº Cartão SUS:		T	CPF:					
Nome completo:		<u>'</u>						
Data de nascimento:	F	Raça:		Sexo: Masc. () Fem. ()				
Endereço residencial (Rua/Av	v):							
	plemento:		Bairro:	CEP:				
Telefone:		Tel celular:		Email:				
Naturalidade:	<u></u>		Estado civil:	<u> </u>				
Renda familiar:			Escolaridade:					
Nome do cuidador/acompan	hante:							
Grau de parentesco:								
		CAMPO 2 – MO	LÉSTIA ATUAL*					
Queixa principal:								
História clínica:								
	(	CAMPO 3 – HISTO	RIA PREGRESSA					
Doenças anteriores SIM () N	ÃO ( ) Listar e	datar:						
Doorigas aritorior es envi () 14	710 () Listai s	datai.						
Cirurgias SIM ( ) NÃO ( ) Lista	r e datar:							
on an grae on ( ) ( )	o datari							
Internações SIM () NÃO () Li	istar e datar:							
(, (, (,								
Outras SIM () NÃO () Listar e	e datar:				_			
() 11 ()	o data							
	CAMPO	4 – USO ANTERIO	OR DE MEDICAMEN	TOS*				
				DURAÇÃO DO				
MEDICAMENTO	INDI	CAÇÃO	RESPOSTA	TRATAMENTO				
				INATAIVILITO				

CAMPO 5 – RAM E ALERTAS							
História de alergia a medican	nentos e outros:						
Reações adversas a medicamentos no passado:							
Outros alertas/necessidades	especiais (visão/audição/mob	ilidade/deficiência física ou me	ntal):				
Fatores de risco ou sinais de	alerta para violência doméstic	a:					

CRIANÇA									
	CAMPO 6 – HISTORIA PREGRESSA								
Outras informações: sono, vida escolar, história de violência doméstica.									
TRIAGEM NEONATAL									
Hipotiroidismo	Fenilcetonúria	Fibrose Cística	Anemia Falciforme						
CAMPO 7 – ATIVIDADES COTIDIANAS									
Creche / pré-escola / escola									
FREQÜÊNCIA Sim () Não	HORÁRIO								

	ADOLESCENTE							
	CAMPO 8 – DESENVOLVIMENTO PUBERAL E DA SEXUALIDADE							
	Desenvolvimento puberal: idade da telarca, pubarca, menarca e espermarca; mama, pêlos pubianos e genitais, ciclos menstruais (regularidade, dismenorréia).							
Comportamento e	relações:							
dificuldades.		,		so de métodos anticoncepcionais (tipo, utilização),				
Gravidez ou abort	o anterior:	idade, motiv	o, acompanhamento.					
		C	AMPO 9 – ATIVIDADE	S COTIDIANAS				
Atividades de grup	o, atividad	les físicas e d	e lazer, religião:					
TIPO		PEF	RIODICIDADE	DURAÇÃO				
Escola								
Freqüência: Sim ()		Série:		Horário:				
Desempenho, rep	etência, ev	asão escolar,	dificuldades:					
Uso de álcool: Sim								
IDADE DE IN		QI	JANTIDADE	FREQÜÊNCIA				
Tabagismo: Sim ()	Não ()	CHANT	IDADE	EDEO/JÉMIOLA				
IDADE DE INÍCIO		QUANT	IDADE	FREQÜÊNCIA				
Uso de substância								
IDADE DE INÍCIO	QUAN	ITIDADE	FREQÜÊNCIA	TRATAMENTO				

$\Lambda$			ш	$\cap$
A	U	5	ш	U

### CAMPO 10 – HÁBITOS DE VIDA

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

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

Atividades produti	vas domésticas: S	im ( ) Não ( )			
Atividades físicas e	de lazer:				
TIPO	PERIODI	CIDADE	DURAÇÃO		
Uso de álcool: Sim	() Não ()				
IDADE DE INÍCIO	QUANT	IDADE	FREQÜÊNCIA		
Triagem de CAGE:	Positivo () Negat	ivo ()			
Tabagismo: Sim ()	Não ()				
IDADE DE INÍCIO	QUANT	IDADE	FREQÜÊNCIA		
Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim () Não ()					
IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA	TRATAMENTO		
Fatores de risco ou	ı sinais de alerta p	oara violência do	méstica:		

## CAMPO 11 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

### Risco Cardiovascular:

() RISCO BAIXO () RISCO MÉDIO () RISCO ALTO () RISCO MUITO ALTO

### Diabetes:

- () Sem tratamento medicamentoso () Não-usuário de insulina e sem hipertensão
- () Não usuário de insulina e hipertenso () Usuário de insulina

## Tuberculose:

ALTO RISCO () SIM () NÃO

## Hanseníase:

() BAIXO RISCO () ALTO RISCO

	GESTANTE								
	CAMPO 12 – HÁBITOS DE VIDA								
Uso de	álcool: Sim () Não	)							
	IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA						
Tabagis	mo: Sim () Não ()		<u> </u>						
	IDADE DE INÍCIO QUANTIDADE FREQUÊNCIA								
Uso de	substâncias lícitas	u ilícitas: Sim () Não ()	<u> </u>						
IDADE DE QUANTIDADE FREQUÊNCIA TRATAMENTO INÍCIO									
Fatores	de risco ou sinais	e alerta para violência doméstica:	•						
		CAMPO 13 – ATIVIDADES COTIDIANAS							
Trabalh	o: ocupação, tipo o	e vínculo (formal, informal, autônomo), local e carga hora	ária.						
	ça de esforço físico ı predominante no	ntenso, exposição a ruídos, agentes químicos e físicos po rabalho.	otencialmente nocivos, estresse,						
		ésticas: Sim () Não ()							
	des físicas e de laze								
TIPO	PERIODICIDADE	DURAÇÃO							
		CAMPO 14 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
	STAÇÃO RISCO HABITUAL	gestação de alto ri	SCO						
		() Que pode ser acompanhada no PSF	() Que deve ser referenciada						

IDOSO							
CAMPO 15 – HÁBITOS DE VIDA							
Atividade de lazer:							
Atividade física:							
Orientada pelo médico? Sim () Não ()							
Tabagismo: Sim () Não ()							
IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA					
Uso de álcool: Sim () Não ()							
IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA					
Triagem de CAGE: Positivo () Negativo	()						
Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sir	m ( ) Não ( )						
IDADE DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQÜÊNCIA					
Uso de plantas medicinais: Sim () Não Uso de complementos alimentares e vi							
NOME DO PRODUTO	INICÍCIO DO USO	POSOLOGIA					
Sono:							
	CAMPO 16 -CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (INFORMADO PELO MÉDICO)						
() Risco habitual () Ris	co alto / idoso frágil						
Observações:							

# 4.2 Consulta subsequente

CONSULTA SUBSEQUENTE					
Data do atendimento:	Número do prontuário:				
	OLÉSTIA ATUAL				
Queixa principal:					
História clínica:					
HISTOLIA CITTICA.					
CAMPO 2 MODIFICAÇÃ	ES NOS HÁBITOS DE VIDA				
	ES NOS HABITOS DE VIDA				
Dieta:					
Exercício físico:					
Outros:					
CAMPO 3 – CLASSI	FICAÇÃO DE RISCO				

## 4.3 Exames clínicos e laboratorias

	Número do prontuário:							ário:	
	REGISTRO DE EXAMES CLÍNICOS E LABORATORIAIS								
Data	Peso (Kg) Altura (cm) IMC PA Glicemia*								

<sup>\*</sup>Especificar o tipo: capilar, de jejum, pós prandial.

## 4.4 Uso atual de medicamentos

	REGISTRO DE USO ATUAL DE MEDICAMENTOS							
Data:			Númei	o do prontuário:				
CRM do prescritor	Medicamento	Indicação	Apresentação e p	osologia prescrita	(Em cas espe	correto? o negativo cifique)	Duração do tratamento	Data de início do tratamento
					Sim()	Não ()		
					Sim ()	Não ()		
					Sim ()	Não ()		
					Sim ()	Não ()		
					Sim ()	Não ()		
					Sim ()	Não ()		
					Sim ()	Não ()		
					Sim ()	Não ()		
					Sim ()	Não ()		
					Sim ()	Não ()		
					Sim()	Não ()		
					Sim()	Não ()		
					Sim()	Não ()		

Data de retorno agendada:

# 4.5 Avaliação Farmacêutica

	AVALIAÇÃO FARMACÊUTICA								
					Número do prontuário:				
CRM do prescritor	Condição e objetivo terapêutico	Data da avaliação	Medicamento	Resultados (marcar com sim ou não)	Observações				
,	·	3		Necessário ( ) Efetivo ( ) Seguro ( )					
				Necessário ( ) Efetivo ( ) Seguro ( )					
				Necessário ( ) Efetivo ( ) Seguro ( )					
				Necessário ( ) Efetivo ( ) Seguro ( )					
				Necessário ( ) Efetivo ( ) Seguro ( )					
				Necessário ( ) Efetivo ( ) Seguro ( )					
				Necessário ( ) Efetivo ( ) Seguro ( )					
				Necessário ( ) Efetivo ( ) Seguro ( )					

# 4.6 Intervenções farmacêuticas

	INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS									
	Número do prontuário:									
Data da intervenção	Problema identificado	Descrição da intervenção	Resultado da intervenção	Observações						

## 5 Ficha de orientações aos pacientes em acompanhamento

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

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

## FICHA DE ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO

ACONSELHAMENTO AO PACIENTE				
Nome:	Data:	_/	_/	_
ANTES DE TOMAR OUTROS MEDICAMENTOS CONSULTE SEU FARMACÊUTICO OU SEU MÉDICO.				

# PERÍODOS DO DIA

MEDICAMENTOS	Horas	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00
1.																									
2.																									
3.																									
4.																									
5.																									
6.																									

Como Usar o Medicamento	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
CUIDADOS COM O ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO	
1.	2.
3.	4.
5.	6.
PRINCIPAIS BENEFÍCIOS E EFEITOS COLATERAIS DO MEDICAMENTO – (como o medicamento(s) atua sobre o problema)	

# 6 Ficha de Notificação de suspeita de reação adversa e queixas técnicas - Profissionais de saúde

A ficha de notificação de suspeita de reação adversa, que será utilizada para coleta de dados, é a oficial da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Essa deve ser preenchida toda vez que houver suspeita de alguma reação adversa. Toda e qualquer suspeita devem ser notificadas, por mais simples que possam parecer. As orientações para o correto preenchimento da Ficha de Notificação se encontram junto à mesma.



<b>∹</b> -			e Monitorização ira Profissio			11103	ificação nº (Pa	ıra uso da Anvisa)
NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA D	Ε ΒΕΛΟÃΟ ΔΙ	VERSA A	MEDICAMEN	TO OU	DE DE	SVIO DA OLIALID	ADE DE B	MEDICAMENT
Preencha o maior número de	And the state of t							
		CO	NFIDENC	IAL				
Suspeita de reação adv	/ersa							
A. Dados do paciente  Nome ou iniciais*					lala ala	ou data de nascimen	4-1	
Sexo* Masculino Feminino	Pe	so (em kg)				prontuário, se intern	100	
Nome da instituição, se internado								
Em caso de gravidez, indique o te	empo de gestaç	no mome	ento da reação	adversa.				
B. Medicamentos* Cite o nome e outros. Cite os suspeitos em 1º lu	dos medicamen	tos de que o	paciente faz us	o, presci	itos ou i	não. Incluir: autome	dicação, fit	oterápicos, chás
Nome comercial	Dose diária	Via de	Data	Da	ta	Motivo	Lote	Fabricante
ou genérico¹	Dose didita	administração	início de uso	fim d	e uso	do uso	2010	Tablicance
	-							
	*	*						
(1) Se o medicamento for manipulado, inform	e a fórmula completa	e, se genérico,	é indispensável inform	nar o fabrio	ante.			
C. Descrição da reação adversa	a. Se o paciente	ainda não se	recuperou, assi	nale o c	ampo "E	oata do fim" com um	traço.	
Reação	0		Data de início da reação	Data d da re		Seqüel	as (se houv	er)
Breve relato das reações, com dad	los laboratoriais	relevantes.						
. <b>Doenças concomitantes</b> H Desconhecidas Outras. Cite lergia ou outras reações prévias ao			900May	Nefropa	atia 🔃	Hepatopatia Etili	smo 🔲 Ta	bagismo
NA SVI SKRI BLUKS ING AN	Óbito? Nã	_	Causa mortis	7				
	O Não O Sin		se aplica ou é de		ido			
	Não Sin		se aplica ou é de					
Ameaçou a vida?  A reação desapareceu ou melhoro	Não Sin ou após a retirad		se aplica ou é de Jição da dose de			ď.		
**************************************	○Não ○Sin	Não s	se aplica ou é de	esconhe	ido			
<ul> <li>O evento reapareceu após reintro Você notificou anteriormente este</li> </ul>			À Anvisa.			aplica ou é desconh	ecido	
ar 190 militar (1 <mark>46). Has</mark> Massar (156) (194), it or a great (154) (154) (154). The second		<u> </u>	A outro Ce	ntro de	Vigilânci	ia Sanitária. Quando	/	/
ados do notificador			A indústria	Quand	lo	//		
Nome Nome								
Categoria profissional Médico	Dentista	Farmacêut	ico Enferme	iro 🔲 C	utra. Ci	te		
N.º de inscrição no Conselho						UF		
Telefone* DDD ( )			5. E-mail					
Suspeita de desvio da d								
ome do medicamento (comercial o	ou genérico)*							
ndereço completo (vide embalager	m)							
	nite de validade	do produto			Forma	farmacêutica		
Descrição detalhada do desvio*								

C N M M / Unidade de Farmacovigilância. Endereço: SEPN 515, bloco B, 2º andar, sala 2. Edifício Ômega. CEP: 70770-502 Brasília, DF Tel / fax: (61) 448-1275 Incluir páginas adicionais, se necessário.

# ANEXO I - Comunicação do farmacêutico para outros profissionais de saúde

A efetividade de um tratamento depende do envolvimento de diversos profissionais de saúde. Dentre eles destacam-se o prescritor e o farmacêutico. O farmacêutico atua auxiliando diretamente no tratamento do paciente estando atento ao aparecimento de problemas indesejáveis e relatando ao médico com o objetivo de juntos poder solucioná-los.

Muitas vezes, o farmacêutico pode detectar problemas relacionados com o uso de medicamentos, tais como, falta de adesão ao tratamento, falta de efetividade, reações adversas, dentre outros. Tal profissional deve ter a habilidade de detectar tais problemas e reconhecer, quando for o caso, a necessidade de outros profissionais para solucioná-los.

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

A estrutura básica do modelo de comunicação deve conter:

## 1. Apresentação do paciente

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

#### 2. Problema de saúde

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

## 3. Relação encontrada entre o problema de saúde e o uso de medicamentos

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

## 4. <u>Despedida</u>

Consiste na despedida formal, deixando clara a obrigação legal do farmacêutico em realizar o acompanhamento de um tratamento farmacológico. Deve incluir nome do profissional farmacêutico, registro no conselho de classe e assinatura do mesmo.

Modelo de carta para prescritores c pacientes nas Unidades da Rede Far	_	ore resultados do	acompanhamento de
	Belo Horizonte,	de	de 20
Prezado(a) Dr(a)		,	
Informo ao Sr(a) que o paciente ( <i>pre do atendimento</i> ) na Unidade da acompanhamento farmacoterapêuti relação médico-paciente-farmacêuti pública.	n Rede Farmácia d ico. Propõe-se, assin	de Minas, que n, parceria para	possui um programa de a construção de uma nova
O paciente (nome do paciente, idad saúde). Durante o acompanhament RAM, resultados alcançados e, se ne	to observou-se: (des	screver os proble	
Agradeço a atenção e estou à dispos questões pertinentes ao caso.	sição para prestar qua	aisquer esclarecii	mentos sobre estas e outras
Atenciosamente,			

Farmacêutico CRFMG

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

CEBRIM. Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos. Farmacovigilância. Brasília CFF (Conselho Federal de Farmácia) Set. 2002. Disponível na internet no site: <a href="https://www.cff.org.br/cebrim/farmacovigilância">www.cff.org.br/cebrim/farmacovigilância</a>. Html-2k>.

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

LAPORTE JR, TOGNONI G, ROZENFELD S. Epidemiologia do Medicamento. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1989. 264p

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

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

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

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

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

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

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

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

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