

VOL. 3



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Método clínico: acolhimento e coleta de dados

COLEÇÃO

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica:
aplicação do método clínico

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde

Método clínico: acolhimento e coleta de dados

VOLUME 3

COLEÇÃO

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica:
aplicação do método clínico

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde



BRASILIA - DF
2020



Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Esplanada dos Ministérios,
bloco G, 7º andar
CEP: 70058-900 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-6101
Site: www.aps.saude.gov.br
E-mail: cgctab@saude.gov.br

HOSPITAL ALEMÃO
OSWALDO CRUZ (HAOC)
R. João Julião, 331, Bela Vista
CEP: 01327-001 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3549-1000
Site: www.hospitaloswaldocruz.org.br

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE
Esplanada dos Ministérios, bloco G, anexo
B, sala 144
Zona Cívico-Administrativo
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3022-8900
Site: www.conasems.org.br

Grupo executivo:

Hospital Alemão Oswaldo Cruz:
Aline Fajardo
Karen Sarmento Costa
Samara Kielmann
CONASEMS:
Elton da Silva Chaves
Hisham Mohamad Hamida
Ministério da Saúde:
Olivia Lucena de Medeiros
Hannah Carolina Tavares Domingos
Izabella Barbosa de Brito

Coordenação geral do projeto:
Ana Paula N. Marques de Pinho
Samara Kielmann

Coordenação técnica do curso:
Leonardo Régis Leira Pereira

Gestão do projeto:
Aline Fajardo
Camila Tavares de Sousa
Flávia Landucci Landgraf
Mariana Castagna Dall'Acqua

Innovativ (HAOC):
Gestão dos processos de EaD:

Débora Schuskel
Modelagem Instrucional e Pedagógica:
Débora Schuskel
Gestão dos Processos do Curso:
Gicelma Rosa dos Santos
Adrielly Saron Alves Silva Lopes
Gestão do ambiente virtual
de aprendizagem:
Aline Tibério
Produção audiovisual:
Anders Rinaldi Angelin
Designer Instrucional:
Daniel Tschisar

Elaboração do conteúdo e texto:
André de Oliveira Baldoni
Bárbara Cristina Barreiros
Camilo Molino Guidoni
Dayde Lane Mendonça da Silva
Fabiana Rossi Varallo
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Fernanda Plessmann de Carvalho
Leonardo Régis Leira Pereira
Mauro Silveira de Castro
Patrícia Sampaio Chueiri
Paulo Roque Obreli Neto

Rangel Ray Godoy
Samuel Amano Maximo
Simone Barbosa da Silva Bier
Thaís Teles de Souza
Tiago Marques dos Reis

Revisão técnica:
Alice Aparecida de Olim Bricola
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Karen Sarmento Costa
Leonardo Régis Leira Pereira
Orlando Mário Soeiro

Colaboração técnica:
Dayde Lane Mendonça da Silva
Mauro Silveira de Castro

Coordenação editorial:
Júlio César de Carvalho e Silva

Revisão de texto:
Julia Nader Dietrich – Educomunicação e
Jornalismo

Projeto gráfico e capa:
Laura Camilo – L7 Design

Normalização:
Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde.

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica : aplicação do método clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. –
Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
5 v. : il.

Conteúdo: v. 1. O Cuidado farmacêutico no contexto do sistema de saúde. v. 2. Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico. v. 3. Método clínico: acolhimento e coleta de dados. v. 4. Método clínico: avaliação e identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia. v. 5. Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas.

ISBN 978-85-334-2850-8 (coleção)
ISBN 978-85-334-2853-9 (volume 3)

1. Prática farmacêutica baseada em evidências. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Procedimentos clínicos. I. Título.

CDU 615.12

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0316

Título para indexação:

V. 3. Clinical method: welcoming and data collection

Sumário

Prefácio	09
Abertura	10
Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde: uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS	
Métodos de registro de dados do usuário e de acompanhamento farmacoterapêutico	15
Introdução	17
Organização e registro de dados no prontuário	18
Método de Registro SOAP	26
Métodos de acompanhamento farmacoterapêutico	30
Síntese da Aula	38
Glossário	38
Referências	39
Material Complementar	41

Semiologia no Cuidado Farmacêutico	42
Introdução	44
Semiologia Farmacêutica	47
Aplicando os princípios da Semiologia Farmacêutica	49
Anamnese Farmacêutica	52
Exame físico e outros	58
Exames complementares	59
Avaliação das informações obtidas	59
Referências	66
Apêndice	67

Método clínico: acolhimento e agendamento	71
Introdução	73
Acolhimento na Atenção Básica	75
Acolhimento no Serviço de Cuidado Farmacêutico	77
Identificação e agendamento do paciente	80
Acolhimento na consulta farmacêutica	84
Síntese da Aula	87
Referências	87

Método clínico: coleta de dados subjetivos	90
Introdução	92
Estratégias para coleta de dados subjetivos	94
Minimização do efeito dos interferentes	95
Escolha do tipo de questão a ser utilizada: aberta ou fechada	95
Realizar perguntas não tendenciosas	96
Compreensão do silêncio do paciente	97
A infraestrutura do local de coleta de dados	97
O registro de informações subjetivas	98

Componentes constitutivos da coleta de dados subjetivos	99
Razão da consulta/queixas do paciente	99
Dados socioeconômicos	102
Hábitos de vida e história social e familiar	104
Problemas de saúde e história médica pregressa	105
Histórico de uso e experiência subjetiva com o uso de medicamentos	107
Revisão de sistemas	108
Síntese da Aula	110
Referências	110
Material Complementar	112

Método clínico: coleta de dados objetivos	113
Introdução	115
Dados objetivos	119
Problemas de saúde atuais	120
Tratamento atual	121
Exames físico e laboratoriais	125
Síntese da Aula	127
Referências	127

Método clínico: avaliação da adesão ao tratamento **129**

Introdução 131

Conceito de adesão 133

Os pacientes estão aderindo à farmacoterapia? 135

Impacto clínico e econômico da não adesão à farmacoterapia 135

Fatores que interferem na adesão à farmacoterapia da falta de adesão à terapêutica 137

Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica 138

Métodos de avaliação da adesão à farmacoterapia 147

Papel do farmacêutico no contexto da adesão 154

Síntese da Aula 157

Referências 157

Prefácio

Este livro é fruto de uma parceria estratégica e fundamental entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), para o fortalecimento da Atenção Básica/Primária (AB/APS) em Saúde no Brasil.

O projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços farmacêuticos e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde* é um convite à reflexão sobre os serviços farmacêuticos na AB/APS visando maior integração destes na rede de saúde e qualificação de sua oferta aos usuários. É com essa perspectiva e considerando as necessidades de saúde da população e do próprio Sistema de Saúde do nosso país que desenvolvemos um conjunto diversificado de iniciativas ao longo do projeto.

Dentre elas, destacamos a construção e a oferta aos municípios brasileiros de forma inédita do curso *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico*, direcionado aos profissionais farmacêuticos, que visa contribuir para o desenvolvimento do raciocínio clínico do farmacêutico, por meio de um método clínico utilizado no cuidado farmacêutico, voltado ao enfrentamento de problemas relacionados à farmacoterapia.

Foram também desenvolvidos três outros cursos voltados a profissionais – nível médio e/ou técnico, nível superior, e gestores - que atuam junto aos serviços farmacêuticos municipais, cujo material é apresentado, respectivamente, nas coleções *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível médio e/ou técnico nos serviços de saúde*, *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e no livro *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*.

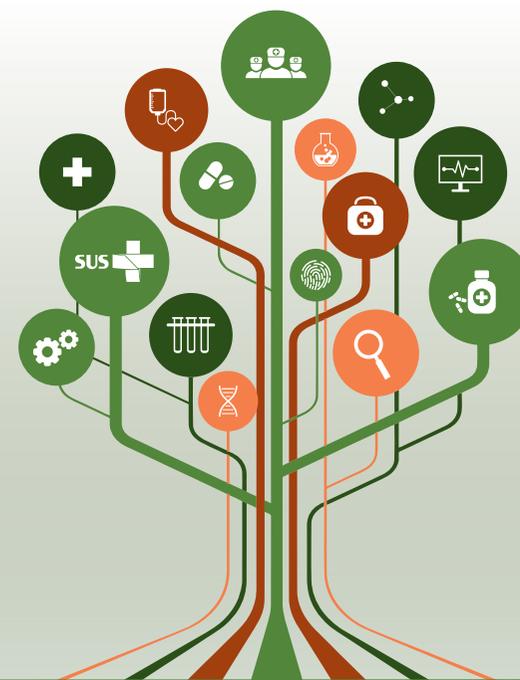
Nesta publicação, estruturada a partir do curso para farmacêuticos, o leitor poderá acompanhar os conteúdos e reflexões propostos como uma ação de formação continuada adequada à rotina desses profissionais. A mesma tem como objetivo fornecer os fundamentos teóricos e práticos para que os farmacêuticos possam ampliar a sua atuação clínica na AB a partir da compreensão das dimensões do cuidado em saúde, do cuidado centrado na pessoa, do cuidado farmacêutico no contexto do Sistema de Saúde, assim como as competências do farmacêutico no desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico e os aspectos da aplicação do método clínico.

A fim de apoiar o leitor na compreensão da proposta original do curso, foram mantidas as estruturas das aulas, congregando a cada volume, um conjunto de unidades de aprendizagem sempre enriquecidas por exemplos práticos do cotidiano do profissional nos serviços de saúde e por ilustrações que facilitam a compreensão das discussões enunciadas. A cada unidade são compartilhadas, ainda, referências e materiais complementares para aprofundamento.

O HAOC espera que, em consonância com a sua missão, este projeto e esta publicação possam contribuir para fortalecer a Atenção Básica no SUS por meio da atuação integrada de profissionais qualificados, da promoção de mudanças no processo de trabalho do farmacêutico e na sua integração na equipe de saúde, proporcionando melhoria da qualidade da assistência e do cuidado ao usuário do sistema.

Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Abertura



Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde: uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS

Samara Kielmann, Aline Fajardo, Camila Tavares de Sousa, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Karen Sarmento Costa, Leonardo Régis Leira Pereira, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde: uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS

Samara Kielmann, Aline Fajardo, Camila Tavares de Sousa, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Karen Sarmento Costa, Leonardo Régis Leira Pereira, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida

Um dos recursos de maior custo-efetividade empregado na área da saúde é o medicamento quando utilizado de forma racional. Nos casos de uso de forma inadequada, este se torna um significativo problema de saúde pública¹. Assim, para que se tenha uma utilização efetiva e segura dos medicamentos é necessário que eles estejam no foco da atuação dos diferentes profissionais de saúde, de forma a propiciar melhores resultados advindos com a utilização da farmacoterapia e evitar as graves consequências relacionadas ao seu uso inadequado².

Embora essa discussão esteja bastante consensuada no âmbito da saúde, de forma concreta as ações da Assistência Farmacêutica restritas à provisão do acesso aos medicamentos não dão conta de responder às reais necessidades da atenção integral à saúde e minimizar os riscos causados pelo uso inadequado destes. É necessário que as pessoas sejam orientadas sobre a utilização apropriada dos medicamentos e a importância do tratamento terapêutico farmacológico para o controle das doenças³.

Nesse sentido, faz-se necessário que os serviços farmacêuticos estejam organizados, estruturados e integrados aos demais serviços de saúde, tendo como foco garantir a disponibilidade de medicamentos, assim como a qualidade e conservação (gestão do medicamento). Ainda no contexto dos serviços farmacêuticos é importante prestar serviços assistenciais, com foco na efetividade e na segurança da terapêutica: avaliar, obter e difundir informações sobre medicamentos e sobre saúde na perspectiva da educação em saúde e da educação permanente das equipes (gestão do cuidado em saúde)^{4,5}.

A Política Nacional de Atenção Básica inova ao explicitar as diretrizes da assistência farmacêutica na atenção básica, propondo

desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado⁶.

Para tanto, a atuação do profissional farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na Atenção Básica/Primária em Saúde, deve ser também orientada para além das ações relacionadas ao planejamento e à gestão do medicamento e envolver as ações voltadas ao cuidado das pessoas, com o desenvolvimento das competências (conhecimento + habilidade + atitude) voltadas à clínica.

É fundamental preparar o farmacêutico para desempenhar suas “novas funções” atendendo às expectativas do sistema de saúde, inserido em uma equipe de saúde, trabalhando de forma integrada, em qualquer nível do SUS. Dessa forma, para exercer essa “nova atribuição” mais voltada à clínica, exige-se que o farmacêutico tenha acesso a uma formação de qualidade desde a graduação e continuando com a capacitação em serviço.

Assim, em vista da demanda de formação adequada dos farmacêuticos para atender as necessidades da população brasileira e do próprio sistema de saúde do país, a equipe do Projeto da Atenção Básica formulou, desenvolveu e ofereceu aos farmacêuticos dos municípios brasileiros o *Curso Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico*, com o objetivo de fornecer os fundamentos teóricos e práticos para que os profissionais farmacêuticos na Atenção Básica/Primária em Saúde possam desenvolver o raciocínio clínico por meio de um método clínico utilizado no cuidado farmacêutico, voltado ao enfrentamento de problemas relacionados à farmacoterapia.

A elaboração do curso foi fundamentada no construtivismo com ênfase na participação ativa do estudante na qual ele é instigado a experimentar e (re) construir o conhecimento. A abordagem pedagógica construída contribui para o desenvolvimento de estruturas conceituais e para a construção reflexiva e crítica do conhecimento dos farmacêuticos - elementos principais na aprendizagem significativa proposta pela formação. Esse tipo de abordagem requer desses farmacêuticos uma postura proativa no processo ensino-aprendizagem para estudarem com autonomia e com comprometimento com o curso, planejando o tempo de dedicação e criando uma rotina de estudos adequada à sua vida pessoal e profissional, como esquematizado na Figura 1, a seguir.

Adotamos no curso o conceito de Cuidado Farmacêutico como:

um conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico, levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação, incluindo não só a dimensão clínico-assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde^{5:115}.

Os conteúdos abordados percorrem desde a compreensão das dimensões do cuidado em saúde, do cuidado centrado na pessoa e do cuidado

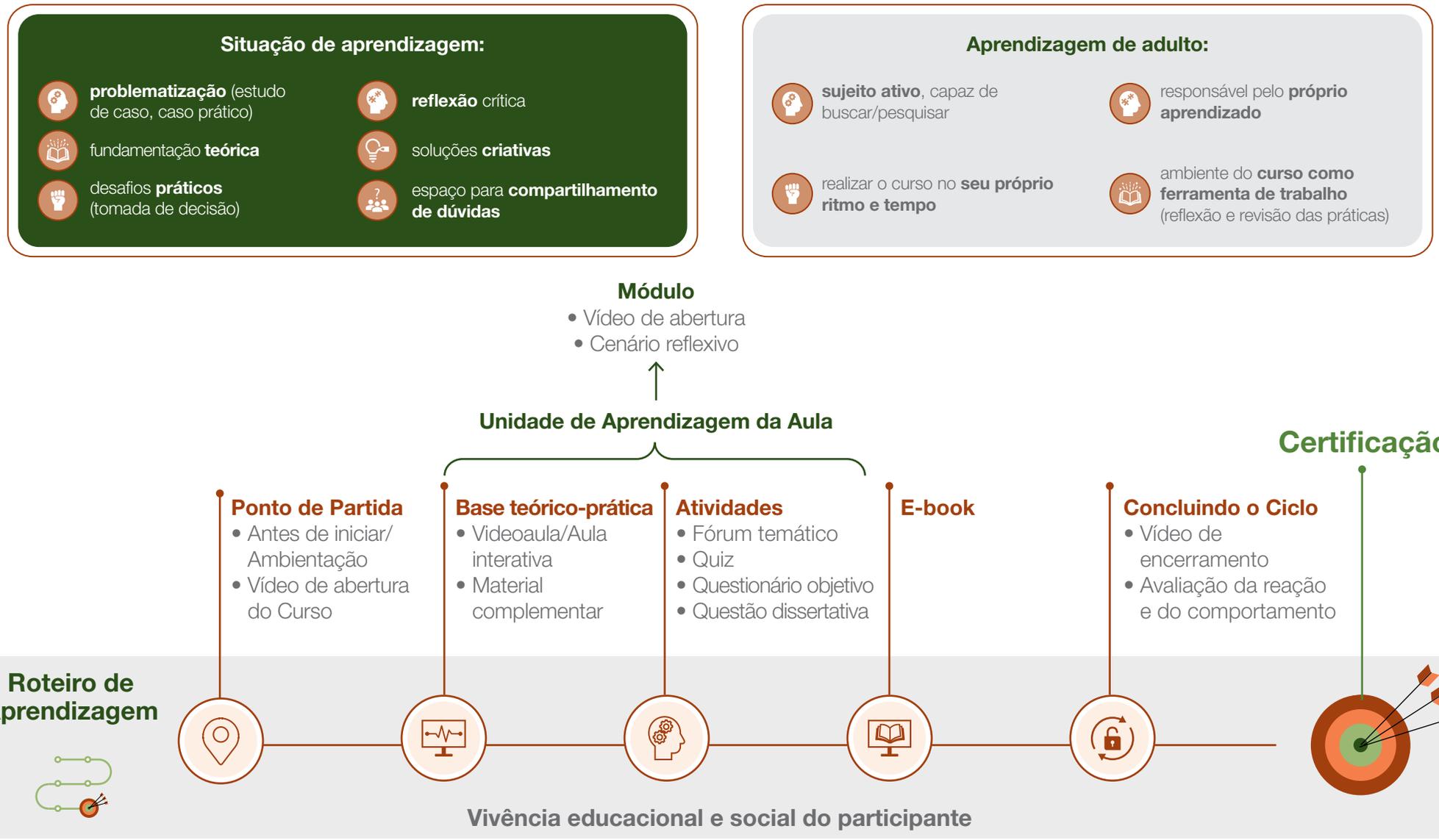
farmacêutico no contexto do Sistema de Saúde, além das competências necessárias do profissional farmacêutico no desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico e os aspectos relacionados à aplicação do método clínico.

Considerando o ineditismo e a importância desse material para a formação de farmacêuticos no SUS e levando em conta a situação imposta pela pandemia do novo Coronavírus, que exige a busca de novas alternativas dentro da realidade da Atenção Básica/Primária em Saúde para orientar os usuários na utilização adequada dos medicamentos, principalmente aquelas pessoas que são consideradas grupo de risco para a COVID-19, o Grupo Executivo do Projeto, constituído pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde (MS/SAPS), propôs a organização dessa coleção, a partir do material didático elaborado no curso, com a expectativa de ampliar o conhecimento e as oportunidades dos profissionais farmacêuticos na implantação e/ou ampliação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.

O conteúdo dos módulos, aqui apresentados em formato de volumes, foi pensado de forma encadeada para que o farmacêutico passe por todas as unidades de aprendizagem de forma fluída e organizada como um ciclo. Por essa razão, cada volume desta coleção é composto por um conjunto de unidades de aprendizagem. São, ao todo, cinco volumes:

- » Vol. 1 - O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde
- » Vol. 2 - Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico
- » Vol. 3 - Método clínico: acolhimento e coleta de dados
- » Vol. 4 - Método clínico: avaliação e identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia
- » Vol. 5 - Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas

Figura 1. Desenho pedagógico do curso



Fonte: Elaboração própria.

Para apoiar a compreensão dos leitores, seguindo a própria organização dos cursos, cada volume e suas respectivas unidades de aprendizagem são ilustradas com quadros e figuras que facilitam a apresentação das informações, bem como referências e indicações de leituras complementares. A cada aula, também são apresentados os objetivos de aprendizagem e um breve resumo do conteúdo apresentado.

Esperamos que o farmacêutico no contexto da Atenção Básica/Primária em Saúde possa se tornar um profissional de saúde protagonista no processo de cuidado das pessoas, utilizando a sua formação clínica para diminuir a morbimortalidade relacionada aos medicamentos, contribuindo com os resultados alcançados nos tratamentos medicamentosos, além de melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida das pessoas atendidas no SUS. Para isso é estratégica a implementação de um novo processo de trabalho do profissional farmacêutico junto às equipes de saúde no contexto da Atenção Básica.

Desejamos que essa publicação democratize o conhecimento voltado à formação clínica entre os farmacêuticos e sirva como um incentivo a esses profissionais para implantarem o Cuidado Farmacêutico em seus municípios e modificarem a realidade da atuação profissional, também voltada às atividades clínicas, mas sem negligenciar e retroceder os avanços já conquistados na gestão do medicamento.

Boa Leitura!

Referências

1. Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2006; 42(1):137-46.
2. Santos FTC. Aula 5, Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 1. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 07 maio 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf.
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Competencias del farmacéutico para desarrollar los servicios farmacéuticos basados em la atención primaria de salud y las buenas prácticas em farmacia. Washington, DC: OPAS; 2013. 20 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 384 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 17 ago 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

11

Aula



Métodos de registro de dados do usuário e de acompanhamento farmacoterapêutico

Autora: Dayde Lane Mendonça da Silva



Ementa da aula



Nesta aula serão abordados os métodos de registro de dados do usuário e a sua importância, assim como os diferentes modelos de acompanhamento farmacoterapêutico utilizados no Cuidado Farmacêutico.

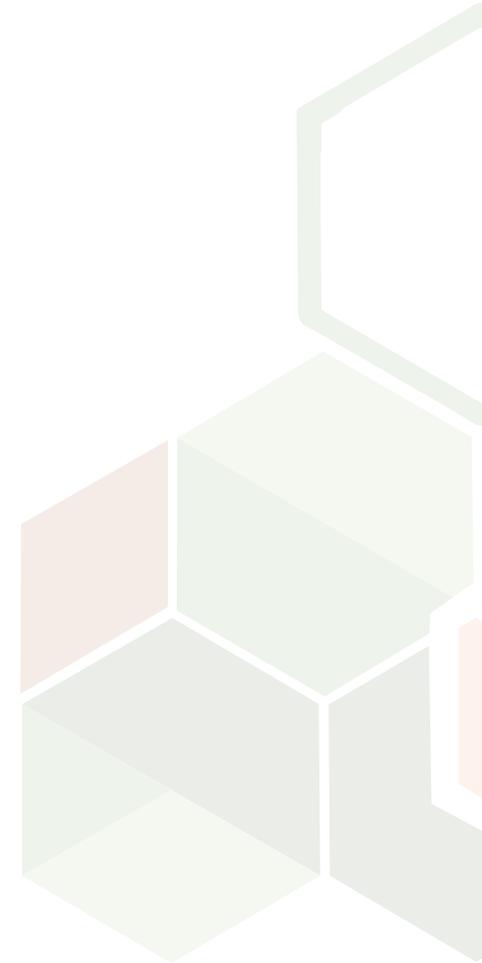
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Compreender os diferentes métodos utilizados para o acompanhamento e o registro de dados para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

A partir desta aula, damos início ao *Módulo 3*, que tem como objetivo apresentar o referencial técnico e desenvolver as atividades práticas necessárias para a realização da consulta farmacêutica. Imaginamos que você deva estar ansioso para compreender o raciocínio clínico que fundamenta a prática do Cuidado Farmacêutico e iniciar as atividades junto às equipes na sua Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para introduzir um dos fundamentos da prática clínica lembraremos uma máxima comumente utilizada nos serviços de saúde, que diz: “Se você não documentou, você não fez!”. Essa afirmação chama atenção para a importância do **registro das atividades** desenvolvidas pelos profissionais. No âmbito farmacêutico, Hepler, Strand e Cipolle, pioneiros no Cuidado Farmacêutico, sempre ressaltaram em suas publicações a necessidade da organização e sistematização das informações provenientes do cuidado individual. No livro *Pharmaceutical Care Practice: The Clinician’s Guide*, Cipolle e colaboradores afirmam: “Se você não documenta o cuidado prestado de maneira abrangente, então você não tem uma prática clínica”¹.

Para garantir uma prática clínica sustentável ao longo do tempo, o farmacêutico necessita desenvolver competências que subsidiem sua atuação, como habilidades de comunicação, visão integral do usuário, adoção de um método clínico universal e, sobretudo, de um sistema eficiente de organização e registro do processo do cuidado².

Dessa forma, todas as etapas do atendimento farmacêutico devem ser registradas no prontuário a fim de garantir a longitudinalidade e integralidade do cuidado em saúde, servindo de memória para a história clínica, história da medicação, exames clínicos e laboratoriais, problemas identificados, plano de cuidado e evolução clínica do paciente³. Assim, a documentação das decisões e intervenções do farmacêutico facilita o controle da qualidade do exercício profissional e do processo de cuidado, uma vez que outros profissionais, bem como o próprio usuário, podem ter acesso às decisões tomadas¹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

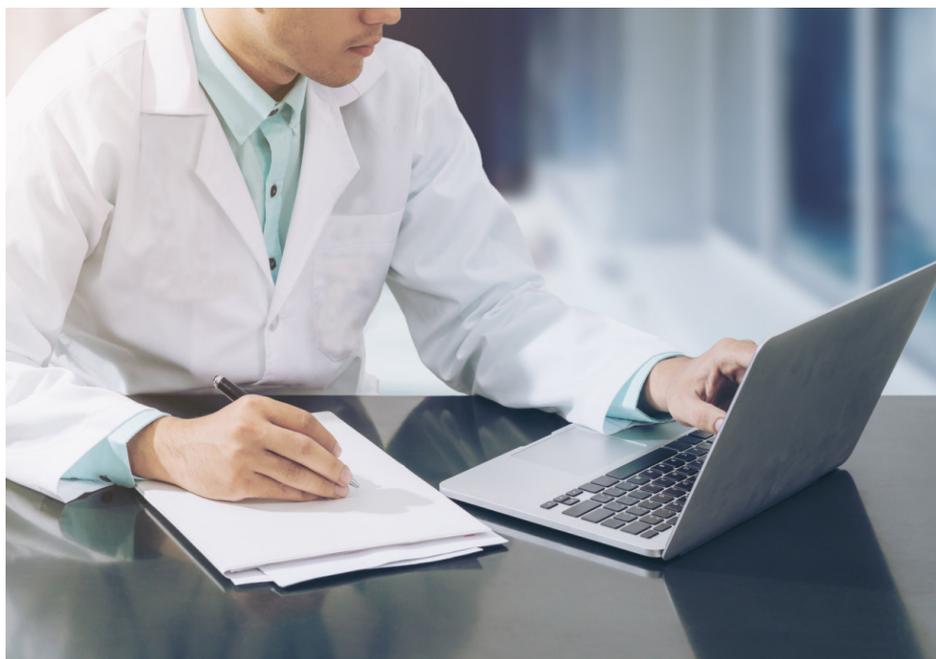
Você sabe onde e como fazemos o registro da prática clínica?
Então vamos saber um pouco mais sobre registro clínico no prontuário.

Pesquise e reflita!

Por que a qualidade do registro e da documentação da prática clínica pode afetar a qualidade do cuidado prestado ao usuário?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Organização e registro de dados no prontuário

— Por que o profissional farmacêutico deve registrar as atividades clínicas em prontuários?

A documentação da prática clínica do farmacêutico é obrigatória, conforme regulamentado pela Resolução RDC/Anvisa nº 44/2009, que no Art. 64, inciso 1º, determina que “as atividades de Atenção Farmacêutica [Cuidado Farmacêutico] devem ser documentadas de forma sistemática e contínua, com o consentimento expresso do usuário”. O Art. 65, descreve a necessidade de “as atividades clínicas serem documentadas de forma a permitir a avaliação dos resultados”⁴.

Na Atenção Básica, o registro deve ser feito no prontuário único do paciente, em português, observando a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, em formato eletrônico ou em papel, e arquivado adequadamente pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos a partir do último registro de atendimento⁵.

O prontuário é definido como documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo⁶.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Dessa forma, não pode haver mais de um prontuário por paciente em um estabelecimento de saúde. Portanto, não é legalmente permitida a prática do farmacêutico de acumular na farmácia fichas ou “prontuários próprios” dos atendimentos clínicos sem o registro dessas informações no prontuário único do usuário.

O prontuário, além de ser um documento jurídico de registro, de propriedade do paciente e sob a guarda do estabelecimento, é também um importante instrumento de comunicação entre os profissionais da equipe

de saúde e da equipe com o usuário, propiciando transparência aos procedimentos realizados pelos profissionais envolvidos no cuidado e contribuindo com a melhoria da qualidade e resolutividade dos serviços.

Como colocado por Mesquita e Deslandes⁷, “o prontuário é uma construção coletiva, que implica múltiplas ações de registro especializado em um universo de linguagens e de relações complexas entre os saberes e as práticas dos profissionais que integram as equipes” (p. 666), produzindo um aglomerado de informações que necessita de um processo sistematizado de organização da documentação.

Embora a organização do registro clínico no prontuário apresente-se como um desafio aos profissionais e serviços de saúde, por meio dessas informações é possível promover a gestão do caso, e, em termos coletivo, subsidiar a gestão da clínica, a avaliação e a melhoria da qualidade do cuidado, bem como responder aos questionamentos advindos da fiscalização da atividade profissional ou sanitária⁸.

Nesse contexto, a documentação do Cuidado Farmacêutico deve ser estruturada de forma a garantir a todos os envolvidos no cuidado a disponibilidade e a confiabilidade das informações sobre os problemas relacionados à farmacoterapia identificados, as intervenções realizadas e os resultados obtidos.

Importante!

No âmbito do Cuidado Farmacêutico, os farmacêuticos devem atuar de forma interprofissional e obrigatoriamente documentar suas atividades no prontuário único do usuário, para que se tornem visíveis e acessíveis à equipe de saúde.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Como colocado na *Aula 5, Módulo 1**, os problemas relacionados à coordenação do cuidado em saúde, como ausência de comunicação entre os serviços e profissionais e segmentação da rede assistencial, tem sido pauta frequente de discussões e reflexões no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, uma importante estratégia para superar a fragmentação do cuidado tem sido o compartilhamento de informações e dados dos usuários por meio dos sistemas de informação⁹, dentre os quais ressalta-se o prontuário eletrônico, disponibilizado no Sistema e-SUS AB.

— Você conhece o Sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)?

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013, instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), como sistema de informação nacional para o processamento e a disseminação de dados e informações relacionadas a Atenção Básica (AB), em substituição ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)¹⁰.

Entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população, a estratégia adotada pelo MS para Atenção Básica preconiza:

- » **Individualização do registro** das informações em saúde, para o acompanhamento dos atendimentos aos cidadãos;
- » **Integração das informações** dos diversos sistemas oficiais existentes na AB, a partir do modelo de informação;
- » **Redução do retrabalho na coleta de dados e informações similares** em mais de um instrumento (fichas/sistemas) ao mesmo tempo;

- » Desenvolvimento de soluções tecnológicas que contemplem os processos de trabalho da AB, com recomendações de boas práticas e estímulo à **informatização das unidades de saúde**;
- » Introdução de novas tecnologias para otimizar o trabalho dos profissionais na perspectiva de realizar a **gestão do cuidado**;
- » Qualificação do uso da informação na gestão e no cuidado em saúde na perspectiva de integração dos serviços de saúde e **coordenação do cuidado** (p. 5)¹¹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 3* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no *vol. 1* desta mesma coleção, *O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde*.

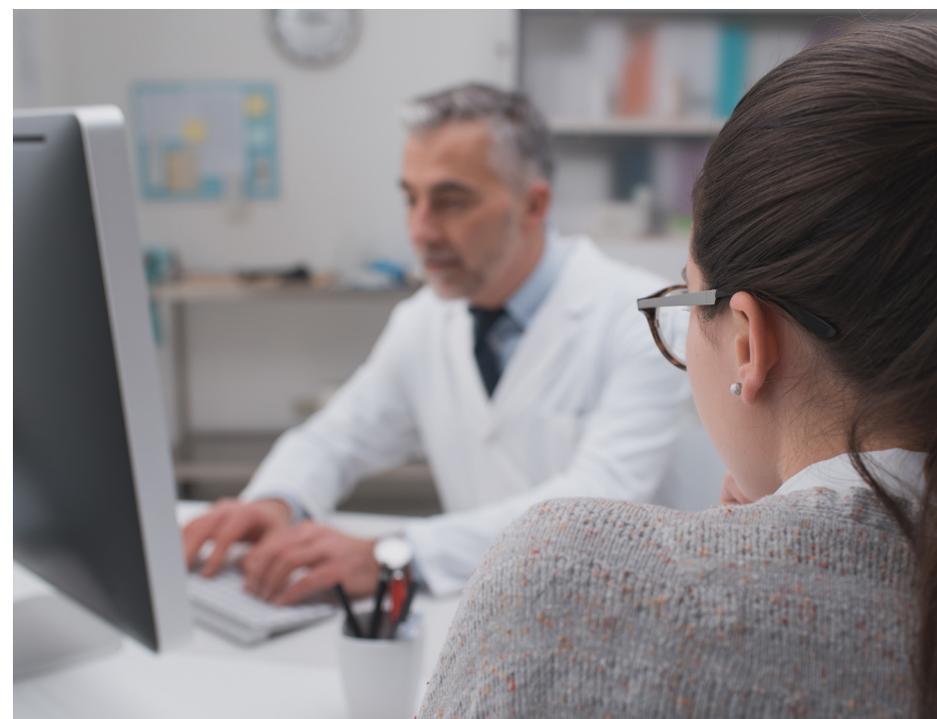
Nesse sentido, o SISAB tornou-se uma ferramenta de integração e processamento dos dados da Atenção Básica em nível nacional, contribuindo para a validação e disseminação das informações, construção de conhecimento e tomada de decisão nas três esferas de gestão¹¹.

A **operacionalização do SISAB** é feita por meio do **e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)**, composto por dois sistemas de *software* que instrumentalizam a coleta dos dados a serem inseridos no SISAB:

- » **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):** sistema com prontuário eletrônico que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das Unidade Básica de Saúde (UBS);
- » **Coleta de Dados Simplificado (CDS):** sistema de transição, que apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e um sistema de digitação. Foi formulado para atender as equipes de Atenção Básica lotadas em UBS que ainda não possuem condições de infraestrutura tecnológica de informática para a utilização do sistema e-SUS AB com PEC (p. 5)¹¹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Agora, talvez, você esteja se perguntando: **os municípios que utilizam outros sistemas informatizados com prontuário eletrônico conseguem fazer a transmissão das informações para o SISAB?**

A resposta é sim! Eles conseguem e devem fazê-lo!

Para garantir o cuidado continuado ao cidadão, a Estratégia e-SUS AB precisa garantir um processo amplo e padronizado de troca de informações entre os diferentes tipos de sistemas nos vários níveis de atenção à saúde e na própria Atenção Básica. Portanto, os municípios que utilizam outros sistemas com prontuário eletrônico próprio podem gerar as informações de acordo com o modelo de coleta simplificada (similar ao sistema com CDS) e enviar os dados ao SISAB¹².

Importante!

A Estratégia e-SUS AB inclui, além dos sistemas de CDS e PEC, a possibilidade de integração com sistemas informatizados utilizados pelos serviços de saúde dos municípios.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Nos links a seguir podem ser encontradas todas as informações de apoio para implementação da integração com outros sistemas informatizados – “sistemas próprios” – utilizados em alguns municípios:

- » <http://aps.saude.gov.br/ape/esus/integracao> ➔
- » http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ManualExportacao_e-SUS-AB-v2.0.pdf ➔

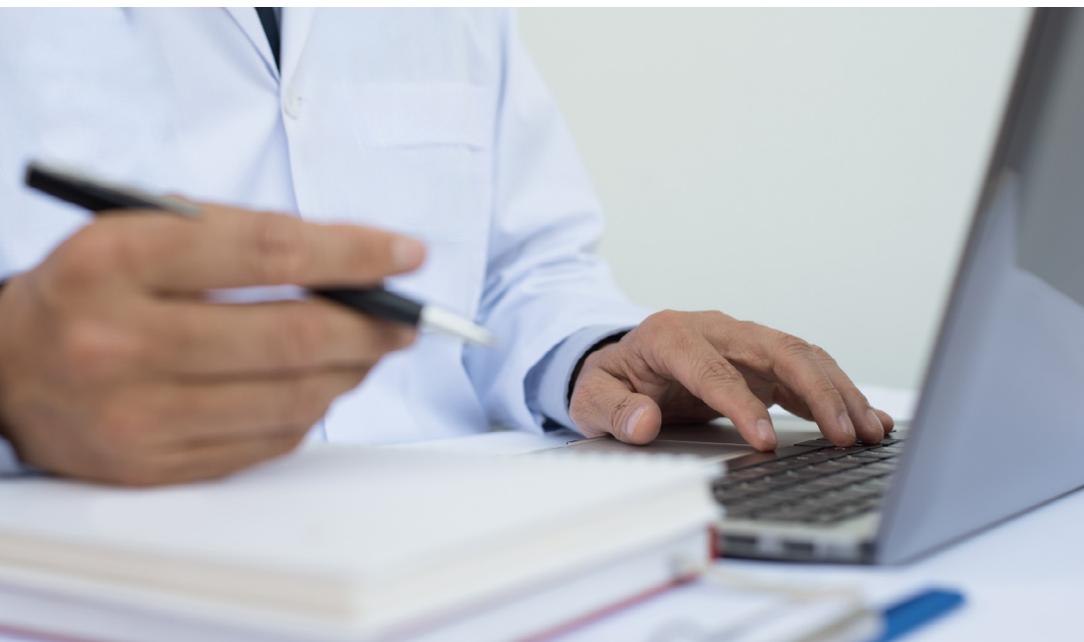
Você também pode conhecer as três situações de envio de informações ao SISAB, isto é, por meio do PEC, do CDS ou da integração para “sistemas próprios” ao acessar o vídeo [Formas de envio das informações da estratégia e-SUS AB ao Ministério da Saúde](#). ➔

— Você sabe como é feito o registro das informações no Sistema e-SUS AB?

Vamos iniciar a discussão pela organização dos registros no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). As ferramentas no PEC foram estruturadas com base nos atributos essenciais da AB (acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado)¹³, no Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) e na Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)¹¹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Para compreender melhor a estruturação das ferramentas no PEC é necessário conhecer os fundamentos do Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP). É importante ressaltar que, considerando a abordagem multiprofissional preconizada pela Atenção Básica, “problema é tudo aquilo que requer ou pode requerer uma ação da equipe de saúde e, em consequência, motivará um plano de intervenção” (p. 14)¹¹.

Mas retomando a discussão, a estruturação do método RCOP foi baseada no Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP), idealizado por Lawrence Weed, na década de 1960, para ambiente hospitalar^{2,3,8}. Para Weed, não era possível avaliar a qualidade de uma prática clínica se o cuidado ofertado ao paciente e a forma de registro apresentavam formulação incompleta dos problemas, bem como dados duvidosos sobre as condutas adotadas e resultados obtidos¹⁵. Então, para a sistematização

do processo de cuidado, Weed propôs quatro fases da ação médica: 1) coleta de dados, 2) identificação de problemas, 3) planejamento e 4) seguimento¹⁵. E defendeu o formato SOAP (acrônimo para *subjetivo, objetivo, avaliação, plano*), que veremos em detalhe mais adiante, como o modelo de registro do cuidado ofertado ao indivíduo.

Na esteira do RMOP, o modelo RCOP é composto por quatro componentes, conforme apresentados a seguir:

1

Base de Dados: composta pelas informações e dados obtidos na história de vida (identificação, antecedentes pessoais, antecedentes familiares), na história clínica, no exame físico e nos resultados de exames complementares, registrados nas primeiras consultas ou a cada “caso novo” do paciente¹⁶. Ao longo do tempo, os dados devem ser atualizados a fim de ter a situação geral do paciente mapeada frequentemente. No Sistema e-SUS AB, o componente da Base de Dados é composto por três blocos: identificação, antecedente e exames¹¹.

2

Lista de Problemas (folha de rosto): corresponde a uma lista de problemas organizada cronologicamente, conforme ordem de aparecimento dos problemas ao longo do tempo, localizada logo após a identificação da pessoa e que funciona como um resumo dos problemas de saúde¹⁶. A lista é elaborada a partir da base de dados da pessoa e das notas de evolução subsequentes, sendo, portanto, dinâmica⁸.

3

Evolução (utilizando o método SOAP): o método SOAP, usado para organizar as notas de evolução no atendimento ao cidadão, é uma forma prática e padronizada de registro. Por ser amplamente empregado por diferentes profissionais de saúde, é facilmente compreendido por qualquer um deles, fato que facilita a comunicação e o cuidado em equipe¹⁶. Discutiremos mais adiante, em detalhes, o preenchimento do SOAP, ferramenta obrigatória para o registro do Cuidado Farmacêutico no PEC.

4

Folha de Acompanhamento: a avaliação da evolução de determinada situação, especialmente em situações crônicas, pode ser anotada em fichas de acompanhamento. Nesses formulários pode-se incluir os medicamentos prescritos, resultados dos exames físicos e complementares, entre outros⁸. No Sistema e-SUS AB, essa funcionalidade propicia o monitoramento organizado dos itens elencados na lista de problemas pelos profissionais de saúde¹¹.

Em resumo, por meio do PEC todo profissional de saúde pode fazer o registro da consulta, utilizando o modelo de RCOP ao acessar as ferramentas na opção “Atendimentos” do Sistema e-SUS AB, conforme descrição disponível no Manual do PEC – versão 3.1, e apresentado no Quadro 1:

Quadro 1. Ferramentas do Registro Orientado por Problemas disponíveis no Prontuário Eletrônico do Cidadão no sistema e-SUS AB



FOLHA DE ROSTO

Ferramenta que permite visualizar um sumário clínico do paciente e que auxilia o profissional a ter acesso rápido aos dados mais relevantes de saúde e de cuidado do cidadão



SOAP

Ferramenta que orienta a inserção de dados subjetivos e objetivos do cidadão, a avaliação dos problemas e das condições de saúde detectadas no atendimento e o planejamento das ações ou intervenções



PROBLEMAS / CONDIÇÕES E ALERGIAS

Ferramenta que permite o registro e a gestão da lista de problemas ou outras condições de saúde do cidadão, além do registro da história pregressa do cidadão relacionada a alergias e/ou a reações adversas



ACOMPANHAMENTO

Ferramenta que apresenta o resumo estruturado das informações importantes para o acompanhamento de determinados problemas ou condições de saúde do cidadão



ANTECEDENTES

Ferramenta que permite fazer o registro da história familiar, de patologias pregressas e de saúde do cidadão; é integrada com a lista de problema

(continua)

(continuação)



HISTÓRICO

Ferramenta que possibilita visualizar com mais detalhes o histórico de atendimentos do cidadão



DADOS CADASTRAIS

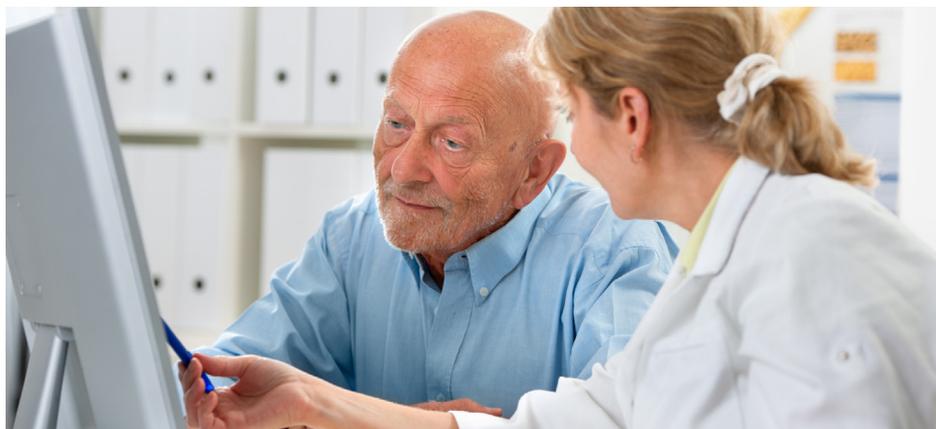
Funcionalidade que permite o acesso rápido e a visualização do cadastro do cidadão



FINALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

Funcionalidade de controle de finalização do atendimento

Fonte: Brasil, 2018¹¹ e Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Para cada atendimento realizado ao cidadão, mesmo que seja uma consulta de retorno para monitoramento do plano de cuidado, deve-se atualizar o SOAP e a lista de problemas/condições. Ao término da consulta, deve-se finalizar o atendimento por meio de ferramenta específica (Finalização do Atendimento). Portanto, em cada consulta, o profissional deve sempre iniciar e finalizar o atendimento no sistema, mesmo sabendo que outras consultas serão realizadas para provimento do cuidado longitudinal.

Para compreender as funcionalidades e o processo de preenchimento de cada ferramenta disponível para registro do atendimento ao cidadão no PEC, assista aos vídeos a seguir, disponíveis no *YouTube*:

- » [Registro do Farmacêutico no e-SUS PEC](#)
- » [Registro tardio de atendimento no e-SUS AB](#)

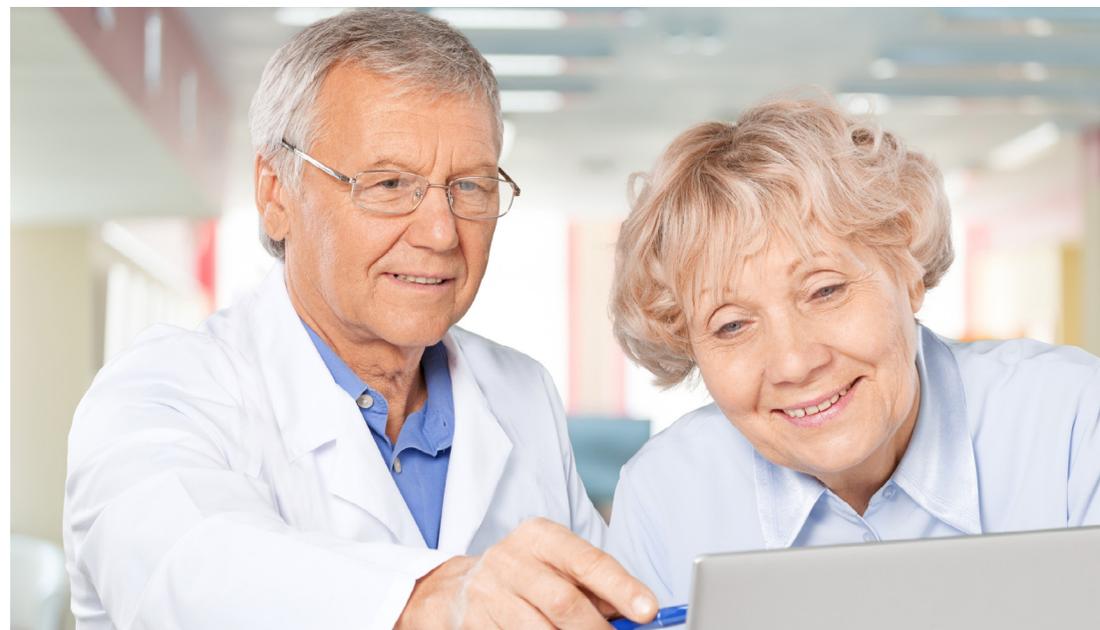
Nos serviços de saúde sem sistema de prontuário eletrônico (PEC ou outro sistema próprio), recomendamos que o farmacêutico utilize o método RCOP e faça o registro na forma SOAP. Durante a consulta, as informações sobre o indivíduo podem ser coletadas em papel ou formulário digital do próprio farmacêutico, mas, em seguida, devem ser sistematizados no modelo SOAP e inseridos no prontuário em papel ou em formato eletrônico para documentação do atendimento.

No caso de serviços de saúde não informatizados, ou quando o acesso a informatização está temporariamente indisponível, os dados coletados na consulta podem ser registrados *off-line* na Ficha de Atendimento Individual, no Sistema CDS, e posteriormente enviada ao SISAB^{11,12}. No entanto, a Ficha de Atendimento Individual não substitui o registro clínico feito no prontuário de papel.

Método de Registro SOAP

Como podemos observar, o método de registro SOAP é amplamente utilizado, tanto no âmbito hospitalar como na Atenção Básica, nos serviços de saúde públicos ou privados. No SOAP, os dados *subjetivos* (S) e *objetivos* (O) são registrados e depois *avaliados* (A) para elaboração do *plano* (P) de cuidado a ser pactuado com o usuário^{2,17}, como descrito a seguir, considerando o contexto do Cuidado Farmacêutico:

- » **DADOS SUBJETIVOS:** incluem os sintomas e outras informações relatadas pelo paciente, que são de natureza descritiva e que, geralmente, não podem ser confirmadas por exames e testes. São comuns no momento do relato da história social, história clínica e experiência com os medicamentos.
- » **DADOS OBJETIVOS:** correspondem aos resultados obtidos nos exames físicos e laboratoriais, testes diagnósticos, incluindo os fatores de riscos que podem ser mensuráveis com escalas apropriadas para estratificação de risco.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

- » **AValiação:** refere-se às conclusões sobre as necessidades do paciente, particularmente aquelas relacionadas à farmacoterapia, a partir da análise das informações subjetivas e objetivas obtidas nas etapas anteriores. Toda essa avaliação sistemática dos dados do usuário, sobretudo das condições clínicas e da farmacoterapia, é feita com base nas melhores evidências científicas disponíveis e nas necessidades específicas de cada indivíduo¹⁸.
- » **PLANO:** contém as informações e orientações prestadas aos usuários e familiares, incluindo sugestões de ajuste da farmacoterapia, reorganização do regime terapêutico, educação em saúde e encaminhamentos a outros profissionais. O plano elaborado pelo farmacêutico deve ser pactuado com o usuário e revisado sempre que necessário, bem como discutido com a equipe de saúde, principalmente se houver alterações da farmacoterapia, e todas intervenções registradas.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Alguns erros que podem ser observados na elaboração do registro pelo SOAP:

- » Falta de informações importantes que não foram devidamente coletadas durante a entrevista farmacêutica, prejudicando a avaliação e a identificação dos problemas;
- » Inclusão de informações irrelevantes, que não embasam diretamente a avaliação e identificação dos problemas, nem mesmo a elaboração do plano de cuidado, resultando em um registro longo e, em parte, desnecessário;

- » Realização imprecisa ou incompleta da identificação dos problemas, das intervenções sugeridas ou do plano de seguimento;
- » Priorização equivocada dos problemas e das intervenções;
- » Desconhecimento das metas e objetivos terapêuticos para cada problema identificado, prejudicando a elaboração do plano de cuidado;
- » Falta de clareza na exposição das correlações entre os dados subjetivos e objetivos que fundamentam o raciocínio clínico na avaliação dos problemas e/ou nas intervenções sugeridas no plano de cuidado.

É fundamental que o farmacêutico desenvolva o cuidado de forma interprofissional e longitudinal, buscando garantir a interlocução com os profissionais da equipe. Por isso, o farmacêutico deve conhecer os registros no prontuário realizados pelos outros profissionais e ampliar sua compreensão a respeito da situação e das necessidades de saúde do indivíduo e da família. Sempre que possível, acesse as informações no prontuário antes de realizar o atendimento, pois conhecer a história clínica, a história da medicação, antecedentes familiares, resultados de exames físicos e laboratoriais, entre outros dados já coletados pela equipe, contribuirá para otimização e qualificação da sua consulta bem como dos registros.

Também é necessário que os registros farmacêuticos sejam claros e objetivos para os demais profissionais da equipe e para o indivíduo assistido. É importante que, ao acessar os problemas e as intervenções sugeridas no SOAP, qualquer profissional possa compreender o raciocínio clínico, isto é, a correlação estabelecida entre os dados subjetivos e objetivos e cada conclusão e inferência descritas nos itens Avaliação (lista de problemas) e Plano.

Vejamos um exemplo de registro SOAP feito pelo farmacêutico:

Antecedentes:

MFS, mulher, 35 anos, casada, duas filhas (7 e 5 anos), professora de ensino fundamental, moradora de Vila Linda, Rio de Janeiro. Marido desempregado há 1 ano. Diagnosticada com transtorno depressivo moderado com sintomas de ansiedade há 2 meses e prescrição de fluoxetina 20 mg/dia.

1ª Consulta com o farmacêutico – 12/03/2019

Dados Subjetivos:

- 1) Paciente relata sentir-se triste e cansada diariamente, sem vontade de trabalhar nem de cuidar das filhas, com dificuldades para dormir e dores no corpo;
- 2) Relata que iniciou o tratamento com fluoxetina, mas como não viu melhoras, abandonou depois de 10 dias de uso diário;
- 3) Relata não fazer uso de outros medicamentos e nem de plantas medicinais;
- 4) Relata ter dor epigástrica com frequência, em queimação.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Dados Objetivos:

- 1) Na consulta: altura: 1,63 m; peso: 58 kg; PA: 130/90 mmHg;
- 2) Resultados de exames laboratoriais (15/01/2019): hemograma sem alterações; glicemia de jejum: 87 mg/dL; perfil lipídico: CT 196 mg/dL; TG 81 mg/dL; HDL: 63 mg/dL; TSH: 1,31 mcUI/mL; T4 livre: 1,06 ng/dL.

Avaliação (lista de problemas):

- 1) Problema de saúde não controlado (dado subjetivo 1);
- 2) Não adesão ao tratamento medicamentoso (dados subjetivos 1 e 2);
- 3) Queixa ou condição clínica sem tratamento (dado subjetivo 4).

Plano:

- 1) Orientação ao paciente sobre tratamento com antidepressivo: importância da adesão, necessidade de pelo menos quatro semanas de uso contínuo para melhora ou remissão dos sintomas, e os efeitos adversos mais comuns (problema 2);
- 2) Orientação ao paciente sobre medidas de suporte para manejo da depressão: atividade física moderada (aeróbicos ou treinamento de resistência) – de 3 a 5 vezes na semana de 45 a 60 minutos, por pelo menos 10 semanas; técnicas de relaxamento; e medidas de higiene do sono (problema 1);
- 3) Acompanhamento da paciente, com consultas regulares, para monitoramento da evolução clínica, tanto dos efeitos terapêuticos quanto dos possíveis efeitos adversos (problemas 1 e 2);
- 4) Orientação ao paciente sobre cuidados na alimentação, tais como evitar álcool, café e comidas gordurosas, para manejo da dor epigástrica (problema 3);
- 5) Encaminhamento ao médico da ESF para avaliação da dor epigástrica (problema 3).



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Como colocado anteriormente, deve sempre ser elaborado um registro SOAP para cada novo atendimento realizado, sendo organizado de forma cronológica no prontuário do cidadão. Então, considerando o exemplo previamente apresentado, o plano de cuidado descrito foi discutido e pactuado com o usuário durante o atendimento e uma nova consulta agendada para monitoramento dos resultados alcançados. Como observado, é fundamental que o farmacêutico, em cada consulta realizada, elabore o plano de cuidado para os problemas identificados durante o atendimento e que não envolvam alterações da farmacoterapia, como orientações sobre o uso dos medicamentos e cuidados em saúde. No encontro seguinte, um novo registro SOAP deverá ser realizado considerando a evolução da situação clínica do usuário, produzindo ajustes ou não no plano de cuidado, como inclusões de decisões clínicas discutidas com a equipe durante o intervalo entre as consultas.

A elaboração do plano de cuidado é um processo com momentos de atuação individual e momentos de troca e pactuações com a equipe de saúde. Os profissionais envolvidos no cuidado devem discutir a situação do usuário, os objetivos terapêuticos, as propostas de intervenção e de avaliação dos resultados. Trata-se de momentos muito ricos em que a transdisciplinaridade se concretiza, quando os profissionais de distintas áreas se reúnem para compartilhar e potencializar seus conhecimentos, seja no que têm em comum, seja agregando conhecimentos diferentes.

O plano de cuidado deve, necessariamente, incluir ações que visem o empoderamento e a autonomia do usuário e família no desenvolvimento do autocuidado e responsabilização pelos resultados obtidos, a partir do compartilhamento de informações, materiais de apoio e estratégias de educação em saúde.

Métodos de acompanhamento farmacoterapêutico

Como colocado na *Aula 4*, do *Módulo 1*, o Cuidado Farmacêutico tem como filosofia reduzir a morbimortalidade associada aos medicamentos, promovendo seu uso eficaz e seguro. Essa responsabilidade é atendida por meio do provimento do cuidado centrado na pessoa. Nesse sentido, usuários com tratamentos mais complexos e dificuldades no uso dos medicamentos podem requerer um acompanhamento mais longo e frequente por parte do farmacêutico e da equipe de saúde, a fim de que as metas terapêuticas sejam atingidas¹⁷. Assim, durante o Acompanhamento Farmacoterapêutico, identificam-se problemas relacionados à farmacoterapia, analisam-se suas causas e propõem-se intervenções, visando a resolução, mas, também, a prevenção de problemas relacionados à terapia medicamentosa¹⁹.

Apresentamos, assim, dois métodos de Acompanhamento Farmacoterapêutico, bastante conhecidos e amplamente utilizados em diferentes países, cujos autores sempre enfatizaram a necessidade de sistematização e documentação do processo do Cuidado Farmacêutico. Trata-se do *Pharmacist's Workup of Drug Therapy* (PWDT) e do Método Dáder, descritos em detalhes a seguir.



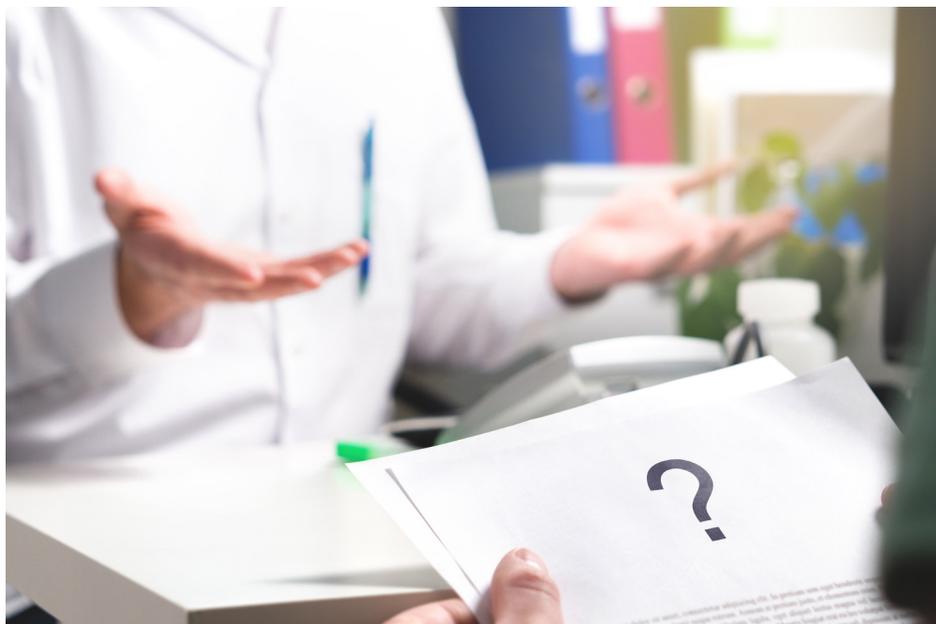
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

***Pharmacist's Workup of Drug Therapy* (PWDT)**

Como discutido na *Aula 4*, a prática da Farmácia Clínica teve início em meados dos anos de 1960 em alguns hospitais americanos. Esse movimento foi liderado por alguns pioneiros, que não apenas expandiram o escopo das funções do farmacêutico, mas também forneceram uma série de trabalhos científicos baseados na prática clínica que contribuíram para a reorientação da formação e do exercício profissional²⁰.

Nesse contexto, Charles Hepler e Linda Strand²¹ também foram fundamentais para a mudança de paradigma na atuação do farmacêutico, sobretudo na farmácia comunitária, enfatizando a necessidade de o profissional tornar-se corresponsável pela obtenção dos resultados positivos com os medicamentos prescritos e dispensados ao usuário. Os autores argumentavam a favor da mudança do processo de trabalho do farmacêutico centrado no medicamento (produto) para uma prática dirigida às pessoas, buscando garantir a efetividade e a segurança do tratamento medicamentoso²¹.

No entanto, diferentemente dos profissionais médicos e enfermeiros, que prontamente adotaram o Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP) para registro dos atendimentos, intervenções e evolução clínica dos pacientes, os farmacêuticos permaneceram por um longo período sem estabelecer um método padrão para registro das atividades clínicas^{21,22}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Para atender a necessidade de sistematização do raciocínio clínico e registro das informações adaptado à prática farmacêutica, Strand e colaboradores^{22,23} desenvolveram um instrumento para documentar o banco de dados do farmacêutico, as atividades clínicas e os planos terapêuticos, denominado à época de *Pharmacist's Workup of Drug Therapy* (PWDT), que a partir de 2004, passou a ser chamado de *Pharmacotherapy Workup* (PW)²⁴.

Nesse momento histórico para a profissão, apresentou-se um método sistematizado e racional de tomada de decisão clínica, baseado no RMOP, para ser utilizado na identificação e na resolução de problemas relacionados aos medicamentos específicos dos pacientes²². Com objetivo de garantir o processo de cuidado ao usuário, podia ser utilizado com todo e qualquer pessoa, com qualquer problema de saúde e em uso de qualquer medicamento. A documentação das decisões e intervenções dos profissionais facilitava o controle da qualidade e garantia a continuidade do processo de cuidado.

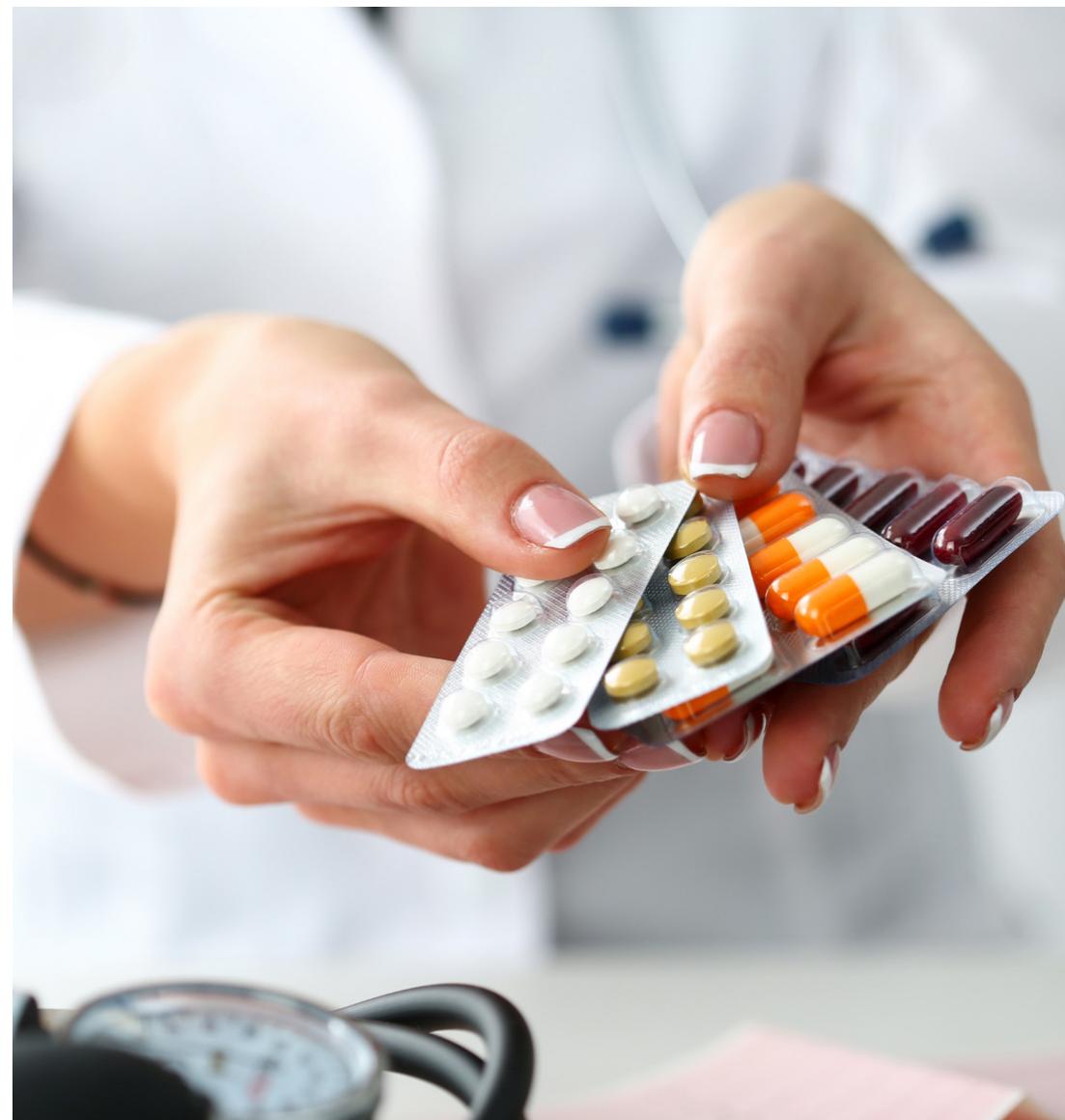
Nessa mesma época, Strand e colaboradores²³, apresentaram e categorizaram os Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM), aprofundando a construção da base filosófica do que viria a ser conhecido como *Pharmaceutical Care*²³ (Cuidado Farmacêutico, também denominado Atenção Farmacêutica, no Brasil, tema que foi detalhadamente discutido na *Aula 4, do Módulo 1*). De acordo com Strand e colaboradores, **“PRM é uma experiência indesejável do paciente, que envolve a terapia medicamentosa e que, de fato ou potencialmente, interfere no resultado terapêutico desejado”** (p.1094)²³.

A partir da avaliação dos resultados obtidos com a aplicação do método, os PRMs foram categorizados em sete tipos diferentes (Quadro 2)^{24,25}:

Quadro 2. Classificação do Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM):

Indicação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Farmacoterapia desnecessária 2. Necessidade de farmacoterapia adicional
Efetividade	<ol style="list-style-type: none"> 3. Fármaco inefetivo 4. Dosagem baixa
Segurança	<ol style="list-style-type: none"> 5. Reação adversa ao medicamento 6. Dosagem alta
Adesão	<ol style="list-style-type: none"> 7. Não adesão

Fonte: Elaborado com base em Cipolle e colaboradores²⁴ e Stand e colaboradores²⁵.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A partir dessa sistematização do método PW, o *Pharmaceutical Care* passou a ser definido como uma “prática na qual o profissional assume a responsabilidade pelas necessidades do paciente relacionadas aos medicamentos. No decorrer da prática, a terapia medicamentosa responsável é fornecida ao paciente com o objetivo de alcançar os resultados positivos”^{26,27}. Em outras palavras, o farmacêutico se compromete em prover uma avaliação sistemática e abrangente da indicação, efetividade e segurança de cada medicamento e da adesão do paciente à terapia, com o objetivo de alcançar os resultados desejados e que melhorem ou mantenham a qualidade de vida do paciente²⁵.

Como mencionado anteriormente, o PW originou-se do método clínico de Weed, portanto, orienta-se pela resolução de problemas identificados na farmacoterapia, a partir da coleta de dados, e por meio de um plano de cuidado e seguimento detalhado. Estão descritas a seguir, de forma resumida, as quatro etapas do método PW (Quadro 3):

Quadro 3. Etapas do método PW com os fundamentos para realização do seguimento farmacoterapêutico

Etapas	Passos
Coleta de dados	<p>1. Estabelecer um banco de dados abrangente e específico do paciente.</p> <p>O profissional deve coletar informações relevantes sobre os problemas de saúde, todos medicamentos em uso, dados demográficos e clínicos, hábitos de vida e revisão por sistemas e órgãos para certificar-se da indicação, efetividade e segurança de cada tratamento em curso. É fundamental que o farmacêutico colete informações sobre a capacidade e a disponibilidade do paciente em aderir ao tratamento.</p>

Etapas	Passos
Identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia	<p>2. Identificar problemas relacionados com medicamentos específicos do paciente.</p> <p>O farmacêutico deve considerar os problemas de saúde e as queixas, os medicamentos e as posologias utilizadas, os resultados dos exames, as metas terapêuticas desejadas e as possíveis reações adversas para avaliação sistemática da indicação, efetividade, segurança e adesão para cada tratamento em curso, obrigatoriamente nessa ordem. A efetividade e a segurança são dimensões dos resultados terapêuticos e, portanto, a adesão só deve ser considerada após essa análise.</p>
Desenvolvimento do plano de cuidado	<p>3. Descrever os objetivos/resultados terapêuticos desejados específicos para cada tratamento em curso.</p> <p>4. Listar todas as alternativas terapêuticas que possam produzir os resultados desejados.</p> <p>5. Desenvolver um plano de cuidado específico para cada tratamento em curso, envolvendo ou não problemas relacionados à farmacoterapia.</p> <p>O farmacêutico deve compartilhar e discutir o plano de cuidado com o paciente para assegurar sua aceitação e viabilidade. Por isso os objetivos terapêuticos devem ser claros, passíveis de aferição e atingíveis pelo usuário.</p>
Monitorização e Avaliação	<p>6. Estabelecer um plano de monitorização para alcançar os resultados terapêuticos desejados.</p> <p>Uma vez determinadas as intervenções e pactuadas com o usuário, o profissional deve desenvolver um cronograma para monitorar a evolução do paciente, a fim de observar se as metas do plano foram alcançadas e avaliar se algum novo problema relacionado a farmacoterapia foi desenvolvido.</p>

Fonte: Elaborado com base em Strand e colaboradores²² e Strand e colaboradores²⁵.

No método PW, é fundamental que o farmacêutico tenha profundo conhecimento sobre a experiência do usuário com os medicamentos e possa considerá-la durante a tomada de decisão sobre as intervenções farmacêuticas. Dessa forma, durante a entrevista farmacêutica o profissional deve fazer perguntas sobre as atitudes, expectativas, crenças e receios do usuário sobre cada medicamento utilizado². Contudo, é importante lembrar que a não adesão só deve ser considerada como problema após análise da indicação, efetividade e segurança.

Após avaliação da farmacoterapia, deve ser formulado um plano de cuidado específico para cada tratamento em curso, independentemente da presença ou não de PRM, e registrado em formulário próprio destinado a intervenções farmacêuticas para monitoramento e avaliação dos resultados alcançados.

Mais recentemente, nos Estados Unidos, o termo *Medication-Therapy Management* (MTM) tem sido utilizado para descrever o serviço farmacêutico clínico voltado a pacientes polimedicados assistidos pelo sistema de saúde privado americano. Caracteriza-se pelo provimento de um grupo de serviços diferenciados que visa otimizar os desfechos terapêuticos de pacientes crônicos, podendo ocorrer em conjunto, ou não, com a dispensação de medicamentos, em farmácias comunitárias, clínicas e consultórios privados².

Método Dáder

O Método Dáder de seguimento farmacoterapêutico permite registrar, monitorar e avaliar os efeitos da farmacoterapia utilizada por um paciente, em qualquer âmbito assistencial, de forma sistematizada, continuada e documentada²⁸. Foi desenvolvido pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, em 1999, juntamente com a implementação do Programa Dáder – programa de educação continuada para treinamento de profissionais farmacêuticos no serviço²⁹.

Com base nos estudos e trabalhos do grupo, em 2001, foi publicado na Espanha, pelo Ministério da Saúde e Consumo, o Consenso sobre Atenção Farmacêutica, que definiu o Seguimento Farmacoterapêutico como:

“prática profissional em que o farmacêutico é responsável pelas necessidades do paciente relacionadas aos medicamentos por meio da detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados à medicação (PRM), de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio paciente e com os demais profissionais de saúde, a fim de alcançar resultados concretos que melhoram a qualidade vida do paciente (p.223)³⁰.”

Como descrito no Quadro 3, o seguimento farmacoterapêutico é desenvolvido a partir da **entrevista farmacêutica**, na qual são obtidas informações sobre os problemas de saúde e sobre a farmacoterapia do usuário para avaliação do seu **estado situacional**, isto é, a obtenção de um panorama do estado de saúde e do tratamento do usuário em um dado momento, a fim de identificar, resolver e prevenir os problemas relacionados à farmacoterapia. Em consequência da **avaliação do estado situacional**, é elaborado um **plano de ação** com o usuário, no qual ficam registradas todas as intervenções para melhorar ou preservar o estado de saúde do paciente. Posteriormente, durante o seguimento farmacoterapêutico são avaliados os resultados obtidos³¹.

Quadro 4. Etapas sistematizadas do Método Dáder para seguimento farmacoterapêutico

Etapas	Atividades
1ª. Oferta do serviço	Seleção, convite e inclusão do usuário no serviço, após explicação clara e concisa dos objetivos e procedimentos envolvidos na prestação do cuidado
2ª. Entrevista farmacêutica	Coleta das informações sobre as preocupações e problemas de saúde do usuário, uso de medicamentos e revisão geral dos sistemas
3ª. Estado situacional	Sistematização, de forma cronológica, das informações sobre os problemas de saúde medicamentos utilizados, permitindo a visão geral do estado de saúde do paciente numa determinada data
4ª. Fase de estudo	Avaliação crítica e com base em evidência científica da necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos utilizados, e ainda a existência de problemas de saúde não tratados
5ª. Fase de avaliação	Identificação dos resultados negativos aos medicamentos e outras necessidades dos usuários
6ª. Fase de intervenção	Elaboração e pactuação do plano de ação com a equipe de saúde e com o usuário
7ª. Entrevistas sucessivas	Monitorização e avaliação das intervenções farmacêuticas em andamento, dos resultados alcançados e da necessidade de novas intervenções

Fonte: Elaborado com base em Martínez-Romero e colaboradores²⁹ e Hernández e colaboradores³¹.

Para facilitar o raciocínio clínico e a tomada de decisão, no Método Dáder os dados coletados são registrados de forma ordenada e estruturada em formulários impressos em papel, se registro manual, ou planilhas em sistemas informatizados. Entre tais documentos de registro, encontram-se³¹:

1

Formulário da entrevista farmacêutica, que permite registrar informações sobre os problemas de saúde, os medicamentos e os parâmetros clínicos (mensuráveis) do paciente.

2

Formulário do estado situacional, destinado à análise do caso e à avaliação da farmacoterapia. Um dos principais documentos do método, permite a relação entre os problemas de saúde e os medicamentos utilizados, numa data determinada. Pode ser utilizado para a apresentação do caso em sessões clínicas.

3

Formulário do plano de atuação, no qual se definem os objetivos terapêuticos desejados e as intervenções farmacêuticas programadas.

4

Formulário das entrevistas sucessivas, nos quais são registradas as informações provenientes dos sucessivos encontros realizados com o paciente ao longo do seguimento.

5

Formulário de intervenção, que resumem as intervenções realizadas para melhorar ou preservar o estado de saúde do paciente.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

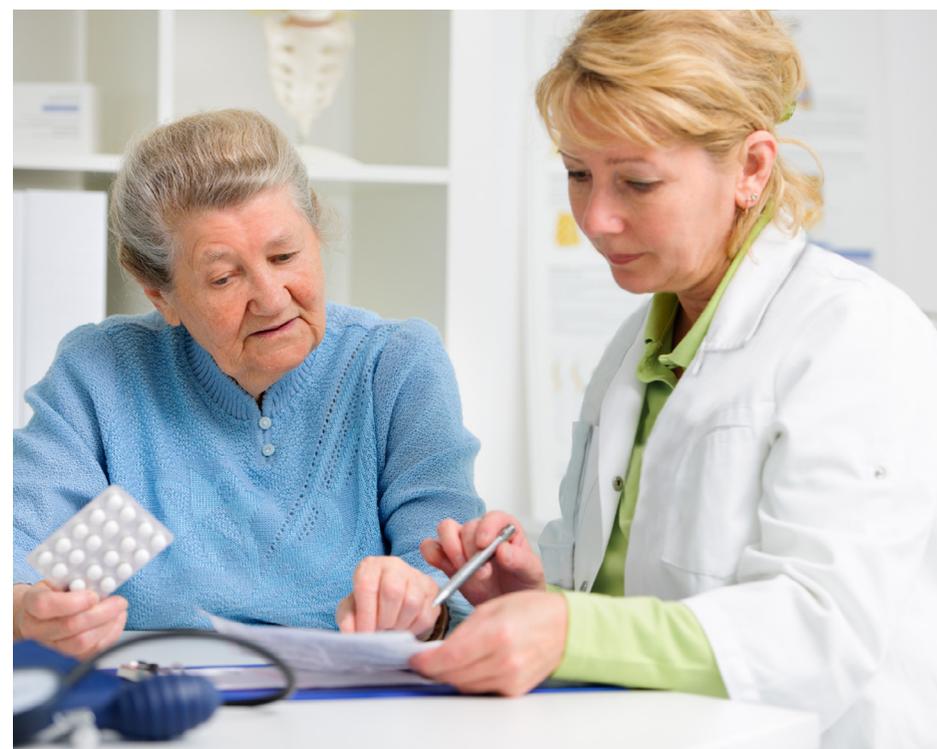
No modelo de registro proposto, devem-se organizar os formulários de modo que, a cada encontro com o usuário, o farmacêutico possa ter acesso ao último estado situacional e às intervenções iniciadas.

Alinhados com a abordagem desenvolvida no PWDT, em 1998, durante o Consenso de Atenção Farmacêutica de Granada, um painel de especialistas da Espanha definiu seis categorias de PRM, considerando a necessidade, a efetividade e a segurança da farmacoterapia³⁰. Diferentemente do PWDT, que classificou a não adesão como um PRM, no método Dáder a não adesão foi considerada causa de PRM³⁰.

No entanto, alguns anos depois, no Segundo Consenso de Granada, o conceito de PRM foi revisado e definido como “**problemas de saúde**, entendidos como **resultados clínicos negativos**, derivados da farmacoterapia que, provocado por diversas causas, conduzem ao não alcance do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos indesejados”(p. 183)³².

Para o grupo do Método Dáder os farmacêuticos estiveram, por muito tempo, focados no processo do uso do medicamento e não nos resultados clínicos produzidos pela farmacoterapia. Como citado por Fernandez-Llimos e Faus³³, por exemplo, “a não adesão é um problema grave no processo de uso de medicamentos, mas não é um resultado em si: não corresponde a uma mudança no estado de saúde”.

Portanto, por meio do Seguimento Farmacoterapêutico no método Dáder, procura-se resolver ou prevenir a manifestação de um Resultado Negativo associado à Medicação (RNM) no usuário³⁴. Para isso considera-se que existe uma suspeita de um resultado negativo quando se identifica uma situação na qual o usuário está em risco de sofrer um problema de saúde associado ao uso dos medicamentos, geralmente pela existência de um ou mais PRMs, tais como: dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada; interação medicamentosa; não adesão; contraindicação; duplicidade³⁴.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O Quadro 5 a seguir apresenta a classificação dos Resultados Negativos associados à Medicação (RNM)³¹:

Quadro 5. Classificação dos Resultados Negativos associados à Medicação, segundo Terceiro Consenso de Granada

Necessidade	Problema de saúde não tratado O paciente sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita
	Efeito de medicamento não necessário O paciente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita
Efetividade	Inefetividade não quantitativa O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa de um medicamento
	Inefetividade quantitativa O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa de um medicamento
Segurança	Insegurança não quantitativa O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento
	Insegurança quantitativa O paciente tem um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento

Fonte: Terceiro Consenso de Granada (p. 15)³⁴.

Resguardadas as especificidades na sistematização dos processos, em ambos os métodos de Acompanhamento Farmacoterapêutico apresentados, o raciocínio clínico é orientado pelos resultados terapêuticos, e ao identificar e definir a natureza dos problemas relacionados à farmacoterapia, os profissionais podem propor ações para reduzir a morbimortalidade provocada pelos medicamentos e contribuir para o cuidado integral e centrado na pessoa.

Síntese da Aula

Nesta aula vimos que o registro sistematizado da prática clínica propicia a continuidade e longitudinalidade do cuidado em saúde, auxilia a comunicação e a tomada de decisão em equipe, além de ser um instrumento de apoio às informações para avaliação do serviço, construção de evidências científicas ou prova de diligências legais³. Por isso, é fundamental o registro das informações de maneira sistematizada e compreensível para todos os membros da equipe, inclusive para o próprio usuário. Nesse sentido, o método clínico orientado por problemas e registrado no formato SOAP tem sido amplamente utilizado por diferentes profissionais em todos os níveis de atenção à saúde. A partir das próximas aulas, você conhecerá e se aprofundará em cada etapa do método clínico, desde anamnese farmacêutica e coletas de dados até a elaboração, monitoramento e avaliação do plano de cuidado pactuado com o usuário. Dessa forma, você desenvolverá as competências necessárias à qualificação do raciocínio clínico e do registro e documentação do cuidado prestado ao usuário e família.

Glossário

Gestão da Clínica: conjunto de tecnologias de microgestão da clínica destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos aos usuários e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada³⁵.

Interprofissionalidade: processo de trabalho mediado pelos afetos, no qual profissionais com formações acadêmicas distintas trabalham juntos, sendo afetados uns pelos outros, resultando numa ampliação dos métodos de ver e interpretar os fenômenos, a partir da integração de saberes, e numa modificação das práticas, através da colaboração interprofissional, no núcleo específico de atuação de cada profissão, e/ou na construção de um campo comum de intervenção, onde as práticas são compartilhadas entre os profissionais indistintamente³⁶.

Trabalho em equipe: nível mais profundo de trabalho interprofissional. Engloba o intenso compartilhamento de valores, objetivos e identidade de equipe, intensa interdependência e integração das ações, e que tende a responder a situações de cuidados imprevisíveis, urgentes e de maior complexidade³⁷.

Referências

1. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide*. New York, NY: McGraw-Hill Co.; 2004.
2. Correr CJ. O método clínico do Cuidado Farmacêutico. In: Correr CJ, Otuki M, organizadores. *A prática farmacêutica na farmácia comunitária*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 247-271.
3. Mackinnon III GE, Mackinnon NJ. Documentation of pharmacy services. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, et al., eds, *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*, 8th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2011.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução RDC nº 44, 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, nº 157, de 18 de agosto de 2009, Seção I, p. 68.
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.821, de julho de 2007, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252.
6. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 ago. 2002, Seção I, p. 184.
7. Mesquita AMO, Deslandes SF. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Saúde Soc* 2010;19(3):664-73.
8. Demarzo MMP, Oliveira CA, Gonçalves DA. A prática clínica na Estratégia Saúde da Família: organização e registro. Especialização em Saúde da Família: unidade 15. São Paulo: UnaSUS/UNIFESP. [Internet] [acesso em 18 jul. 2019]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf
9. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública* 2010;26(2):286-98.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). [Internet] [acesso em 18 jul. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 18 jul. 2019]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual de Exportação – Versão 2.0 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 18 jul. 2019]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ManualExportacao_e-SUS-AB-v2.0.pdf
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
14. Weed LL. Medical records, medical education and patient care: the problem-oriented medical record as a basic tool. Cleveland: Press of Case Western Reserve University, 1970.
15. Weed LL. Quality control and the medical record. Arch Intern Med 1971, 127:101-5.
16. Cantale CR. História clínica orientada a problemas (Lawrence Weed, 1968). Curso Básico de Medicina Familiar. Centro Privado de Medicina Familiar, asociado al Departamento de Medicina Familiar de la Universidad del Sur de California (USC), 2003 [acesso em 5 jul. 2019]. Disponível em: <https://jaimebueso.files.wordpress.com/2007/07/historia-clinica-orientada-a-problemas.pdf>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 2: Capacitação para Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
18. Aburuz S. The case for evidence-based pharmaceutical care. Res. Social Adm Pharm 2015;11(3):e146-e147
19. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016.
20. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. Am J Pharm Ed 1980;44:276-8.
21. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. Am J Hosp Pharm 1990;47:533-43
22. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC. Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics. Drug Intell Clin Pharm 1988;22: 63-7.
23. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. Am J Hosp Pharm 1990;24(11):1093-7.
24. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice – The Clinician's Guide. 2nd. Ed. New York: McGraw-Hill; 2004
25. Strand LM; Cipolle RJ; Morley PC; Frakes MJ. The Impact of Pharmaceutical Care Practice on the Practitioner and the Patient in the Ambulatory Practice Setting: Twenty-five Years of Experience. Curr Pharm Design 2004; 10:3987-4001.
26. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice. Minneapolis: McGraw-Hill; 1998.
27. Hepler CD. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, and the Quality of Drug Therapy. Pharmacotherapy 2004;24(11):1491–1498
28. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Método do Dáder para el Seguimiento Farmacoterapeutico. Ars Pharm 2005;46(3):309-37.
29. Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto / Pilot phase results of the Dáder programme for drug therapy follow up. Ars Pharmaceutica 2001;42(1):53-65.
30. Panel de Consenso. Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos. Pharm Care Esp 1999;1:107-12

31. Hernández DS; Castro MMS; Faus Dáder MJ. Método Dáder - Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico, Tercera Edición, 2007. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada. Imprime: La Gráfica S.C.And. Granada.
32. Panel de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharmaceutica* 2002;43(3-4):175-84.
33. Fernandez-Llimos F, Faus MJ. From “drug-related problems” to “negative clinical outcomes”. *Am J Health-Syst Pharm* 2005,62(22):2348-50.
34. Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007;48(1):5-17.
35. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
36. Ellery, AEL. Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. 2012. 256 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2012.
37. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)* 2018; 22(Supl. 2):1525-34.

Material Complementar

World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família). Consultoria, supervisão e revisão técnica: Gustavo Diniz Ferreira Gusso. 2ª. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009 [acesso em 02 out. 2020]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf.

Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2013; 66(esp):158-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>

Autora

Dayde Lane Mendonça da Silva

Possui graduação em Farmácia, mestrado e doutorado em Ciências Biológicas (Farmacologia e Terapêutica Experimental) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente é Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB/Ebserh) e professora adjunta do Departamento de Farmácia da Faculdade de Ciências da Saúde (FS/UnB). Orientadora no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (FS/UnB). Atua principalmente nos seguintes temas: Assistência Farmacêutica, Farmácia Clínica, Formação e Educação Permanente em Saúde.

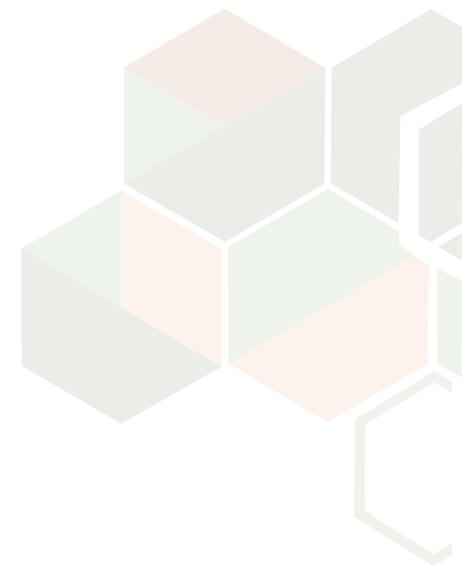
12

Aula



Semiologia no Cuidado Farmacêutico

Autor: Mauro Silveira de Castro



Ementa da aula



Nesta aula apresentam-se os aspectos históricos do desenvolvimento da semiologia, seus elementos constituintes que se expressam como princípios, até chegar à Semiologia Farmacêutica atual. Após, é abordada a aplicação dos princípios da Semiologia Farmacêutica.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



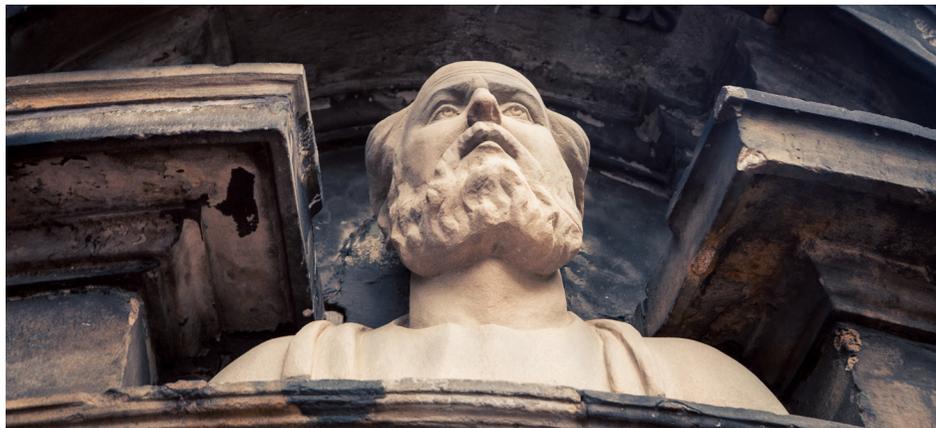
Compreender como aplicar os princípios da Semiologia Farmacêutica e da anamnese visando ao uso seguro e racional da farmacoterapia.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

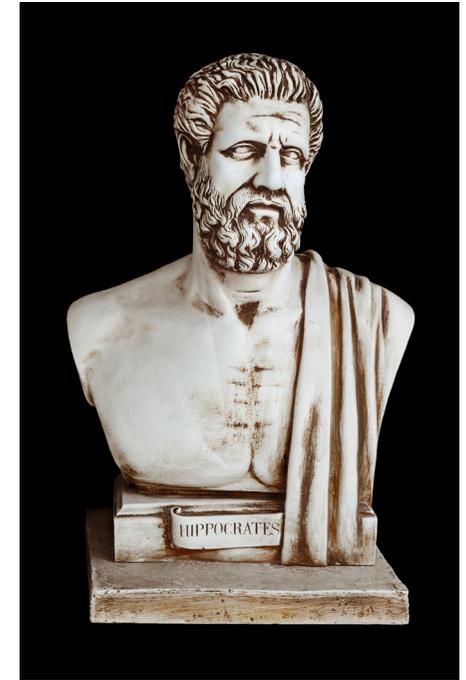
— Da semiologia geral à semiologia farmacêutica: origens

Os registros históricos relatam que foi Hipócrates, com sua escola de terapia em Cós, que iniciou o processo de abordagem das doenças como um ente per se e não apenas como um problema religioso, um miasma ou mancha (pecado). Antes, um *pharmakói* deveria ser transformado em um *pharmakon* por meio de um ato sagrado chamado *sparagmos*. Quem realizava esses atos era, primeiramente, o sacerdote-médico-farmacêutico. Com Hipócrates, desenvolveu-se uma série de teorias e práticas que foram difundidas no chamado *Corpus hippocraticum*. A prática do terapeuta dessa época (século V a.C.) consistia da realização de uma entrevista na busca de sintomas em conjunto com ausculta, apalpação e exames de fezes e urina (sinais) com o intuito de identificar as causas da doença da pessoa que era atendida. Portanto, o nascimento das bases da Semiologia Médica ou da Semiologia Geral remonta à época da Escola de Cós, onde sistematizou-se o método clínico, o que se assemelha à definição da medicina como ciência e arte nos dias de hoje^{1,2}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A origem da palavra semiologia é grega: *semeion* (sinais) + *logos* (estudo). A forma de registro é bastante importante, considerada uma narrativa realizada pelo terapeuta, fundamentada em uma anamnese adequada – *ana* (trazer de novo) + *mnesis* (memória) – em que o terapeuta deveria ajudar a pessoa com problema de saúde a revelar o que estava sentindo². A anamnese, quando bem realizada, é responsável por 80% dos diagnósticos³. Em complementação à anamnese está o exame físico, que auxilia a identificar ou confirmar o problema de saúde existente. Nos dias atuais, os exames complementares têm assumido um papel importante, chegando a substituir em importância o valor da anamnese.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Nos tempos do *Corpus hippocraticum*, o próprio terapeuta também preparava os medicamentos, sendo o médico denominado de *iatroi*. Entretanto, no tecido social encontravam-se outras pessoas que lidavam com o preparo de medicamentos: a) *pharmakopoloí*, ou vendedores de medicamentos, que teriam igualmente outras funções no campo sanitário e cujo estatuto social e cultura não seriam elevados; b) *rhizotomoi*, ou cortadores de raízes, de importância e estatuto mais elevados e cuja preparação e nível de conhecimentos seriam maiores; c) *pharmakopoeoi*, preparadores de medicamentos; d) *myropoeoi* e os *myrepsoi*, preparadores de unguentos; e) *migmatopoloí* (vendedores de misturas); f) *aromatopoloí*, vendedores de especiarias e g) *muropoloí*, vendedores de mirra⁴. Pode-se questionar se esses medicamentos eram para transtornos menores ou que tipo de anamnese era realizada por esses profissionais: somente escutar os sintomas/queixas?

Mas os *iatroi* aplicavam a semiologia, realizavam a anamnese e outros exames, alguns até produziam os próprios fármacos ou se associavam a outros profissionais produtores de medicamentos⁵.

■ A divisão entre Medicina e Farmácia

Os árabes tiveram contato com os conhecimentos greco-romanos sobre a medicina e a produção de medicamentos e aprofundaram esse corpo teórico e prático do cuidado à saúde, bem como desenvolveram novas formas de medicamentos (xaropes, água destilada, líquidos alcoólicos e outros). Muitas vezes, dois profissionais trabalhavam em conjunto, um realizando diagnóstico e o outro a produção de medicamentos personalizados para as necessidades do paciente. Cosme e Damião, por exemplo, atuaram respectivamente como médico e farmacêutico, sendo, contudo, martirizados no ano de 303 por questões religiosas⁶.

Com o desenvolvimento de conhecimentos cada vez maiores de cada uma dessas abordagens, em 754 foi aberta em Bagdá a primeira farmácia de que se tem notícia. Ao invadirem a Europa, levaram consigo essa estrutura de separação entre medicina e farmácia, que foi prontamente introduzida e aceita⁶.

Essa influência consolidou-se na civilização ocidental quando, por volta de 1240, o Imperador da Prússia, Frederico II, separou a farmácia da medicina em um edital⁷. Nesse momento histórico, a “anamnese farmacêutica” estava ligada à personalização das fórmulas medicamentosas para os doentes.

Com a industrialização dos medicamentos, ou fase de transição (*Aula 4, do Módulo 1**), ocorre o ocaso da “anamnese farmacêutica”, pois a maior parte do trabalho da área estava vinculado ao desenvolvimento, produção e controle de qualidade de medicamentos. Contudo, com a ocorrência de problemas com a utilização de medicamentos iniciou-se o movimento da

Farmácia Clínica, o qual levou à criação de uma Semiologia Farmacêutica que se utilizava da anamnese para obtenção da história de uso de medicamentos do paciente – ou *medication history interview*. Os principais objetivos da anamnese ou entrevista farmacêutica eram:

- 1 documentar alergias e reações adversas de medicamentos que poderiam mascarar ou influenciar o diagnóstico médico, gerando erros na história clínica dos pacientes;
- 2 realizar a seleção dos pacientes hospitalizados para detectar interações medicamentosas;
- 3 determinar o grau de adesão dos pacientes à farmacoterapia;
- 4 determinar a resposta terapêutica do paciente à farmacoterapia.

Para a realização dessa anamnese, seguia-se os objetivos básicos e construía-se a entrevista de acordo com as informações fornecidas pelo paciente, consolidando, assim, conhecimento sobre medicamentos utilizados no passado e no momento da consulta (prescritos ou não), histórico de alergias e efeitos secundários, atitudes ante o uso de medicamentos, grau de adesão à farmacoterapia e a resposta terapêutica, bem como hábitos alimentares. Nesse cenário, a evolução em prontuário dizia respeito aos efeitos dos medicamentos que poderiam influir na obtenção dos desfechos clínicos. As intervenções farmacêuticas, conduzidas diretamente com os pacientes, estavam relacionadas à educação e ao aconselhamento quanto ao uso de medicamentos, assim como à monitorização de desfechos em doenças crônicas^{8,9}.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 3* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no *vol. 1* desta mesma coleção, *O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde*.

O foco nas análises do uso de medicamentos por pessoas provia a equipe, principalmente a hospitalar, de informações sobre o que estava ocorrendo com a farmacoterapia do paciente. Na farmácia comunitária, o foco era a educação do paciente. Conforme abordado na *Aula 4, do Módulo 1*, no início da farmácia clínica a preocupação de farmacêuticos, como Brodie, era com o controle da farmacoterapia, buscando que se atingisse o melhor resultado possível para o paciente.

Hepler menciona que sua atuação no movimento para o retorno aos objetivos primeiros da Farmácia Clínica ocorreu porque os objetivos de Brodie e Franckie não haviam sido atingidos. Tanto que, nos primórdios do movimento *pharmaceutical care*, um dos valores apontados era a necessidade de se realizar um acordo com o paciente e defender suas necessidades¹⁰. Por outro lado, Hepler sempre apresentou o Cuidado Farmacêutico como parte de um processo de cuidado à saúde do qual faz parte um processo de uso de medicamentos. Não aborda a indicação ou prescrição farmacêutica – esse é outro serviço, diferenciado do cuidado farmacêutico¹¹.



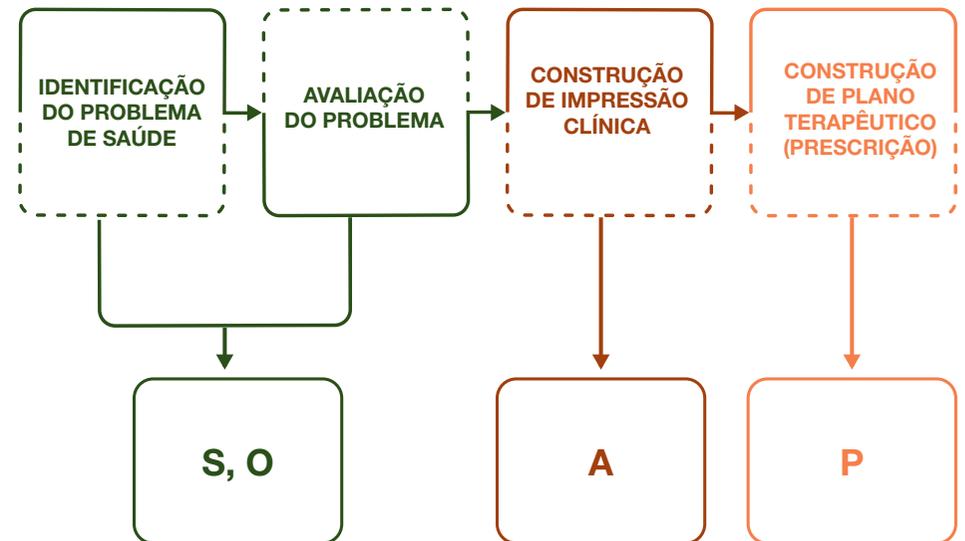
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Portanto, deve-se entender que quando se recebe uma prescrição, todo um processo já foi realizado, inclusive a aplicação dos princípios da semiologia, realizada uma anamnese e exame físico, entre outras avaliações. Logo, os sinais e os sintomas foram avaliados em um determinado momento da vida da pessoa e deram origem a um plano de tratamento, consolidado na forma de prescrição de uma farmacoterapia - a qual pode acompanhar prescrição de medidas não farmacológicas. Dependendo de onde realiza suas atividades, o farmacêutico

recebe apenas a prescrição, sem ter acesso à narrativa registrada em prontuário para compreender o porquê daquela prescrição. Além disso, se não participa da equipe de saúde, o profissional não tem conhecimento se a abordagem realizada pelo prescritor foi centrada na doença, no paciente ou na pessoa.

O prescritor identificou o problema de saúde, fundamentado principalmente na queixa principal relatada pelo paciente, realizando em seguida a avaliação do problema segundo os exames necessários ou solicitando exames complementares, mas já com uma impressão clínica e, a partir dessa impressão ou certeza clínica, constrói um plano de cuidados que pode resultar em uma prescrição de medicamentos ou tratamento farmacológico (Figura 2). Esses passos devem estar devidamente registrados no prontuário médico, como abordado na aula anterior, com o uso do método Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP).

Figura 2. O processo de prescrição e seu registro em prontuário



Fonte: Elaboração própria.

Semiologia Farmacêutica

Quando uma pessoa se apresenta ao farmacêutico com uma prescrição se está frente a uma situação que não é uma tábula rasa em termos de avaliação. Como explicitado, existiu todo um processo anterior que deve ser compreendido. Não é escrever novamente uma história da pessoa a partir do atendimento farmacêutico, por isso é necessário compreender o que levou a pessoa a ter a necessidade de uso de um medicamento e, se já em uso, o que pode estar acontecendo, ou seja, qual a indicação da prescrição de cada medicamento ou associação de medicamentos identificada pelo prescritor. Nesse contexto, a Semiologia Farmacêutica tem como propósito abordar sinais e sintomas relatados pelo usuário de medicamentos ou constatados pelo farmacêutico que possam evidenciar a existência de um problema de saúde relacionado à farmacoterapia, ou seja, um problema relacionado ao uso (ou não) de medicamentos constituintes de uma farmacoterapia.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Tais problemas podem derivar de uma prescrição ou serem resultados de autocuidado (inclui automedicação e uso de outros recursos terapêuticos). A identificação dos problemas relacionados a farmacoterapia, por meio da realização de anamnese farmacêutica, exame físico e utilização de outras ferramentas de diagnóstico apropriadas, pode ser considerada uma atividade de núcleo do fazer do profissional farmacêutico. Por outro lado, como profissional da saúde, as atividades de campo levam-no a identificar a possibilidade da existência de problemas de saúde não tratados, bem como de comportamentos inadequados para a prevenção de doenças ou que não promovem a saúde e contribuem para o agravamento da situação clínica atual da pessoa sob cuidado.

Portanto, a Semiologia Farmacêutica estuda a maneira de revelar sinais e sintomas decorrentes de problemas relacionados com a farmacoterapia (PRF), tanto manifestados ou com risco de acontecerem, e que podem provocar morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. A anamnese e os demais elementos constituintes da abordagem farmacêutica são um meio de examinar o uso de medicamento(s) ou recurso(s) terapêutico(s) por uma pessoa, família ou comunidade. Nessas ações, é importante identificar as causas dos PRFs ou das morbidades relacionadas ao uso de medicamentos.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Semiologia Farmacêutica: estudo dos sinais e sintomas de usuários de medicamentos que podem estar relacionados a problemas de saúde advindos de uma farmacoterapia.

Fonte: Elaboração própria.

Na anamnese, o profissional farmacêutico busca identificar qualquer circunstância inconsistente para atingir os resultados terapêuticos (desfechos) devido a não encontrar razão para utilização ou não utilização de um medicamento ou associação de medicamentos (indicação) ou à falta de efetividade e/ou segurança do prescrito. É um problema de saúde relacionado ao uso ou ao não uso de um medicamento, que representa uma discrepância entre o esquema posológico de um paciente e um protocolo de tratamento, a dose usual ou outra generalização terapêutica. Sempre que se estiver frente a um problema relacionado à farmacoterapia se requer um PRF teórico e uma manifestação clínica correspondente, por exemplo, sintoma, sinal ou teste laboratorial.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A manifestação de um problema relacionado à farmacoterapia pode levar a morbidade relacionada a medicamento, definida como uma situação em que o uso de medicamento provoca dano ou doença ao paciente. Entende-se por dano resultado (desfecho) clínico grave, perigoso ou incapacitante que não é passível de correção ou que requer recursos adicionais significantes para sua correção, tais como tratamento emergencial e hospitalização. O dano ao paciente é não intencional, com uma plausível relação científica com a farmacoterapia ou com uma situação em que o tratamento prescrito não foi realizado, podendo incluir efeitos adversos ou tóxicos de medicamentos, fracasso de tratamento e não tratamento de indicação válida.

Problema relacionado à farmacoterapia (PRF) é qualquer circunstância, situação ou fato relacionado ao tratamento medicamentoso que impede ou interfere no alcance do(s) desfecho(s) da farmacoterapia. Essa situação ou fato pode causar dano à pessoa (morbimortalidade relacionada ao medicamento).

Fonte: Elaboração própria.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Aplicando os princípios da Semiologia Farmacêutica

Para aplicar os princípios da semiologia farmacêutica, é necessário fazer uma avaliação do que foi o movimento *pharmaceutical care* (Cuidado Farmacêutico, em português) segundo o preconizado por Hepler e Strand. No conceito, primeiramente estão identificadas as três principais funções: identificar problemas potenciais e reais relacionados ao uso de medicamentos; resolver problemas reais relacionados ao uso de medicamentos; e prevenir problemas relacionados com o uso de medicamentos. Essas funções são um elemento necessário da assistência à saúde e devem ser integradas a outros elementos¹². A *American Society of Hospital Pharmacists* (Sociedade Americana de Farmacêuticos Hospitalares), em sua Declaração sobre Cuidado Farmacêutico, relata quanto à responsabilidade do farmacêutico perante o usuário de medicamentos que:

“ no Cuidado Farmacêutico, a relação direta entre um farmacêutico individual e um paciente individual é a **de uma aliança profissional** em que a segurança e o bem-estar do paciente são confiadas ao farmacêutico, que se compromete a honrar essa confiança por meio de ações profissionais competentes que estão no melhor interesse do paciente¹³. ”



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Ao observar esses ditames, fica evidente a compatibilidade com o método clínico centrado na pessoa, conforme a abordagem apresentada na *Aula 3, do Módulo 1*. Além disso, ressalta-se a necessidade de que o profissional farmacêutico conheça a [Política Nacional de Humanização](#) e atue segundo esta, principalmente no tocante ao acolhimento do usuário de serviços de saúde. As publicações para aprofundar esse assunto estão disponíveis em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaque.php. Em complementação a esses conhecimentos, é fundamental o estudo e a prática do que foi abordado sobre comunicação nas *Aulas 9 e 10*, que compõem o *Módulo 2**.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O cuidado com a saúde vem mudando consideravelmente nas últimas décadas. Por um lado, o desenvolvimento tecnológico apresenta novas ferramentas e estratégias diagnósticas e de tratamento; de outro, tem-se o reconhecimento de que os atores são humanos e passíveis de erros que levam a danos vinculados à morbimortalidade. Nesse sentido, o informe *To err is human: building a safer health system* parece ser um divisor de águas, pois os erros de medicação nos Estados Unidos estão ligados a grande mortalidade¹⁴. Outros estudos relatam que a procura por atendimento em emergências está ligado a problemas relacionados com a farmacoterapia, os quais causaram danos aos usuários de medicamentos, havendo até necessidade de internação hospitalar^{11,15}.

Tam e colaboradores¹⁶ realizaram uma revisão da literatura em 2005 e identificaram que um quarto dos erros de prescrição em hospitais deveu-se a histórico incompleto do uso de medicamentos durante a admissão. Fundamentados nesses estudos, os autores estimam que o número de pacientes com erros de prescrição na admissão varia de 10% a 67%. O problema é que o histórico do uso de medicamentos muitas vezes é considerado como um *checklist* mínimo a ser verificado durante a internação¹⁶. A anamnese utilizada geralmente envolve perguntas fechadas e tem como objetivo identificar os problemas com medicamentos, como referido anteriormente. Pode-se identificar rapidamente a falta de informações sobre os sentimentos da pessoa em relação à sua doença e o manejo desta, seu nível de conhecimento e habilidades para gerenciar e administrar sua farmacoterapia diariamente e sua motivação para atingir os desfechos terapêuticos¹⁷.

Para muitos, os erros de medicação restringiam-se em sua maioria ao ambiente hospitalar, entretanto estudos demonstram o contrário.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 3* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no vol. 2 desta mesma coleção, *Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico*.

A Organização Mundial da Saúde publicou uma coleção de livros que evidenciam esses problemas no nível da Atenção Primária à Saúde¹⁸, alertando que esse componente deve ser levado em consideração na avaliação das causas da situação clínica de um paciente.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Na síntese da *Aula 3, do Módulo 1*, está registrado o seguinte:

“Aplicar o método (MCCP) requer, além de conhecimento teórico, disponibilidade (vontade) e treinamento prático. **Somente a partir da sua experimentação é possível compreendê-lo de forma mais aprofundada, fazendo com que sua prática seja algo natural ao cuidado em saúde.** Talvez no início soe um pouco mecanizado, mas, com o passar do tempo (vivência), vai ficando mais fácil o ir e vir em cada um dos seus componentes (grifo nosso).”

O mesmo se aplica a esta aula. É necessário compreender que a aplicação da semiologia farmacêutica não é uma receita, nem mesmo na anamnese. Atualmente fala-se em semiologias especializadas, e não em uma semiologia geral na medicina. Portanto, a semiologia farmacêutica segue uma determinada linha de raciocínio para identificar quais os domínios apropriados para abordagem e, em cada domínio, quais itens devem ser verificados segundo a necessidade de informações para a atuação do farmacêutico. Esses fatos são determinantes ao se construir um instrumento de coleta de dados, pois deve atender às necessidades dos usuários de medicamentos e estar em acordo com a estrutura e procedimentos realizados no local de prática. Muitas informações já podem estar disponíveis, sendo passíveis de serem utilizadas e não questionadas.

Por outro lado, dependendo do tipo de medicamento utilizado e da habilidade necessária à sua utilização por parte do paciente, a anamnese pode e deve ser diferenciada. O mesmo ocorre com a abordagem segundo as doenças que estiverem em curso durante a farmacoterapia, pois cuidados diferenciados podem ser exigidos.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Anamnese Farmacêutica

Se possível, a entrevista deve ser realizada em ambiente acolhedor. O farmacêutico deve registrar os dados referentes ao diálogo e não se restringir a preencher um formulário. Quando existe empatia e se estabelece uma relação terapêutica, esse instrumento pode evitar esquecimento de questionamentos básicos. O formulário deve propiciar local para registrar as pistas e falas importantes que o paciente relate fora das questões básicas constantes do mesmo.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Se existem condições de acesso prévio ao prontuário da pessoa a quem se prestarão serviços farmacêuticos, é essencial que seja feita a leitura dos registros no prontuário (quase sempre no formato SOAP). Outros prontuários contam com um registro SOAP acrescido do item “Evolução”, que somente registra alterações no quadro clínico, muitas vezes utilizado pela enfermagem para registrar os parâmetros fisiológicos. Dependendo da qualidade do registro, pode-se identificar o método de abordagem do prescritor, a descrição dos problemas de saúde da pessoa, o raciocínio clínico desenvolvido por ele e o registro do prescrito – tratamento farmacológico e não farmacológico –, acompanhado do plano de cuidado. É importante verificar o que foi prescrito, pois algumas vezes esse registro não confere com a prescrição apresentada pelo usuário de medicamento, o que pode ajudar na identificação de um erro de medicação. Também pode-se identificar se a pessoa consulta com mais de um profissional da saúde e sua farmacoterapia resulta de uma combinação de prescrições, bem como quais cuidados são realizados por outros profissionais da saúde. É necessário atentar-se ao fato de que uma parte da população não utiliza somente o sistema público de saúde, complementando o tratamento com planos particulares, atendimento em convênios de sindicatos ou associações.

Vamos refletir!

Você percebe a importância de conhecer seu próprio contexto de atuação? E que somente esse conhecimento não basta? Que tenho que conhecer o contexto de cuidado da saúde em que o paciente é atendido?



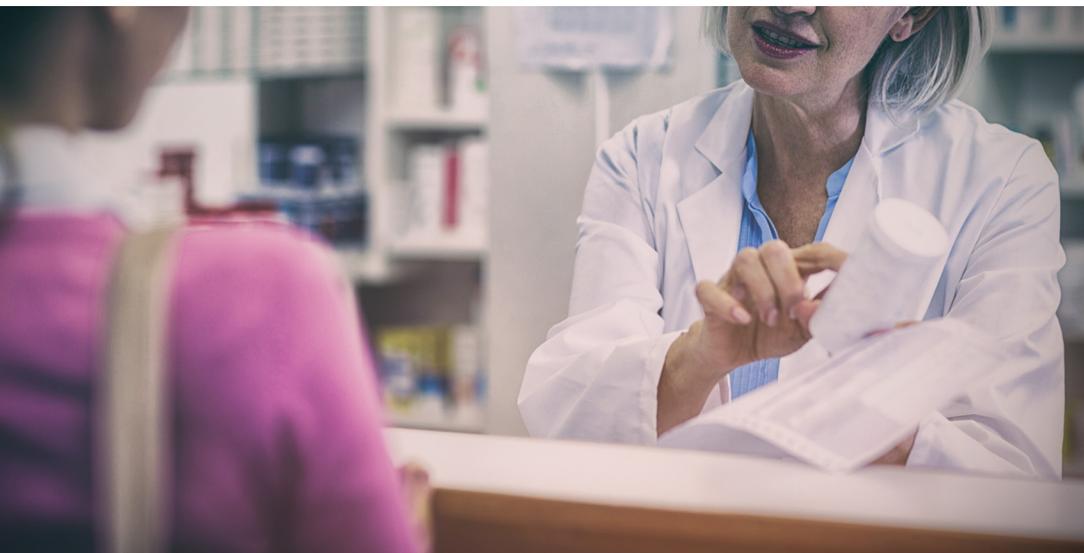
Fonte: Imagem – Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A anamnese farmacêutica pode ser composta de alguns domínios e, para cada domínio, os itens a serem abordados deverão ser identificados para atingirem seus respectivos objetivos e devem levar em consideração a estrutura e processos do local de atendimento. É apresentada, a seguir, a lista de domínios abordados e, na sequência, as descrições destes:

- 1 identificação do usuário de medicamentos e perfil;
- 2 problemas de saúde – caracterização do adoecimento;
- 3 reações adversas prévias;
- 4 histórico do uso de medicamentos;
- 5 organização do tempo do dia a dia e hábitos alimentares;
- 6 hábitos de vida;
- 7 relação da pessoa com medicamento(s) e tratamento(s);
- 8 condições especiais para os problemas de saúde da pessoa.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Identificação do usuário e perfil

A proposta desse domínio é registrar os dados demográficos e outras informações pessoais, como:

- » idade;
- » gênero;
- » endereço, telefones, *e-mail* e WhatsApp;
- » escolaridade e profissão;
- » contato de parente ou amigo;
- » médicos com os quais consulta, médico principal e outros profissionais da saúde que lhe atendem;
- » se participa de grupos em Unidades Básicas de Saúde;
- » se o Agente Comunitário de Saúde realiza visitas;
- » com quem reside;
- » se alguém o ajuda a tomar os medicamentos.

A descrição de onde o paciente vive pode ser importante para verificar se o local é seguro para realizar caminhadas, por exemplo, e se a topografia permite que se realize exercício aeróbico sem prejuízo para outros aspectos da saúde. É necessário, todavia, avaliar quais dados estão disponíveis em prontuário ou são de conhecimento do profissional e o que é necessário saber, dessa forma pode-se selecionar quais perguntas farão parte da entrevista a ser realizada. Em alguns casos, pode-se proceder a confirmação dos dados do prontuário por meio da realização da pergunta durante a entrevista, mesmo conhecendo alguma provável resposta. Muitas vezes isso é necessário em médias e grandes cidades.

Problemas de saúde – caracterização do adoecimento

É importante identificar o que o paciente conhece sobre seus problemas de saúde, principalmente questionando sobre **o que lhe preocupa quanto a sua saúde**. Normalmente, os pacientes relatam primeiro o que lhes preocupa mais, devido ao adoecimento ou a ideias e crenças sobre as mesmas. Para cada item relatado, deve-se saber quando se apresentou o problema de saúde para o paciente, se foi diagnosticado e por qual profissional da saúde e se, na visão do paciente, está ou não sob controle. Assim identifica-se o que a pessoa valora como grave, o que provavelmente leva a uma melhor adesão ao tratamento. Em complementação, queixas devem ser melhor avaliadas para verificar se há relação com o uso de medicamentos, o que poderia caracterizar reação adversa a medicamento(s). Em alguns casos, a resposta do paciente permite identificar seu conceito de saúde. Também é possível verificar o quanto conhece de seu problema de saúde ou queixa questionando-o sobre o motivo deste.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Reações adversas prévias

O paciente deve ser questionado se já apresentou alguma reação adversa a medicamentos. Se possível, ele deve identificar qual medicamento, qual a dose, quando aconteceu, descrever a reação e como esta foi tratada. Também é plausível verificar em prontuário a existência de reações adversas ou a confirmação das relatadas. Deve-se ainda atentar para problemas no uso de medicamentos em registro de atendimentos emergenciais.

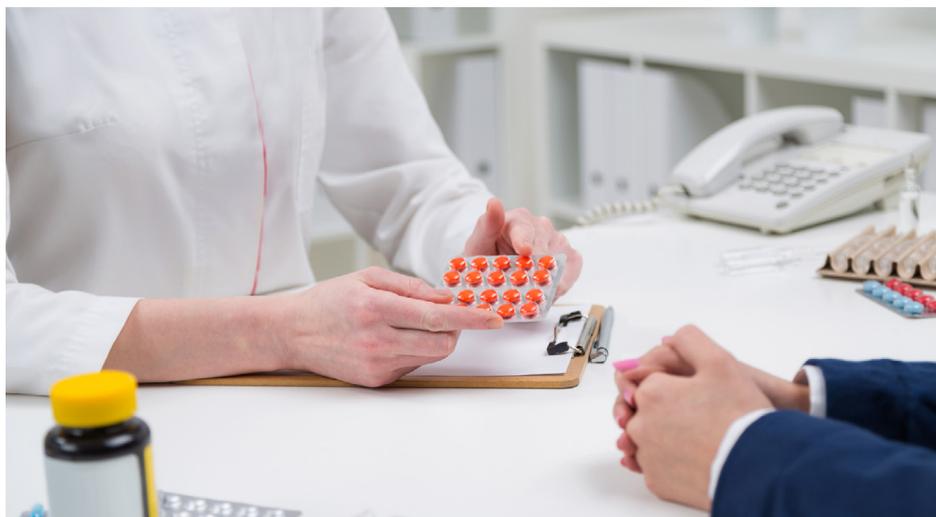
Histórico do uso de medicamentos

Existem várias técnicas para identificar o uso de medicamentos ou outros recursos terapêuticos, havendo possibilidade de complementação entre estas. O método denominado de **brown bag** permite identificar uma série de elementos sobre o uso de medicamentos. Solicita-se que o paciente traga todos os medicamentos que possui em sua residência em uma sacola. Além dos questionamentos sobre o uso dos medicamentos, é possível verificar: se existe algum problema de qualidade visível do medicamento, se o paciente consegue identificar o medicamento, se o paciente apresenta problemas de visão que impedem a identificação dos medicamentos. Uma adaptação da técnica compreende solicitar que na mesma sacola traga os exames e receitas que possui, dessa forma coleta-se mais informações sobre o que não está registrado em prontuário e que faz parte de uso de sistema complementar ao sistema público de saúde.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Uma forma de realizar a avaliação da sacola de medicamentos consiste em espalhar os mesmos sobre uma mesa e solicitar para o paciente **relatar como se organiza e faz para utilizá-los**. Anota-se todas as informações relatadas, sendo muito importante verificar se existem problemas em como o paciente gerencia sua farmacoterapia em relação ao prescrito. Alguns relatam que utilizam a receita como guia, então a demonstração deve incluir seu uso. Na maior parte das vezes, as informações são incompletas e faz-se necessário retomar cada medicamento. Para isso, **é necessário estabelecer quais informações deseja-se obter sobre o uso dos medicamentos**. Por exemplo, as informações mínimas podem ser: se faz uso do medicamento ou é de outro membro da família; quem prescreveu e para que utiliza; desde quando utiliza; se atinge os resultados esperados; quanto utiliza, como utiliza, se ao utilizar pela primeira vez aconteceu algum problema, se tem alguma dificuldade para utilizar; se costuma esquecer de tomar o medicamento. Se utilizou o medicamento anteriormente, quase as mesmas perguntas podem ser realizadas, acrescidas da data em que parou de utilizar e do motivo para suspensão do uso.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Ao fazer uso dessa técnica, a ação de alguns pacientes pode ser trazer somente os medicamentos que utiliza sob prescrição médica, ignorando também os que dispensam prescrição ou os utilizados como automedicação. Portanto, em adição, é necessário conhecer se utilizam outros medicamentos e recursos terapêuticos diversos. Por outro lado, também pode existir lacunas quanto a problemas de saúde, pois a pessoa pode não valorar algum problema ou mesmo esquecê-lo. Para preenchê-las, recomenda-se realizar a **revisão de sistemas**. Na prática médica, esta tem por objetivo interrogar o paciente sobre os diversos aparelhos buscando sintomas, consistindo em uma entrevista semiestruturada que permite ao médico levantar hipóteses de diagnóstico. No caso do profissional farmacêutico, o objetivo é identificar o uso de medicamentos ou outros recursos terapêuticos para problemas existentes ou recorrentes: “O que o sr. utiliza quando tem problemas na cabeça, como dor de cabeça, por exemplo?” Dessa forma, se possibilita o relato de medidas farmacológicas prescritas que não constam da sacola com medicamentos ou de automedicação, bem como de outras medidas, como acupuntura, chás, meditação, rezas, entre outras. Quando relatado o uso desses recursos, deve-se questionar o paciente sobre a forma do uso como é realizado para um medicamento e adaptando-se no que for necessário.

Por exemplo, no caso de um chá: como é preparado, quanto é usado, por quanto tempo, quem o receitou. Outro fator que a revisão de sistemas permite identificar é a existência de outros problemas de saúde não relatados quanto às preocupações do paciente com sua saúde. Pode-se avaliar que, provavelmente, esses problemas não são considerados importantes ou existe alguma barreira para falar sobre o assunto, mas estes podem ser um distúrbio menor cuja relação com uma reação adversa a um medicamento deve ser investigada.

Organização do tempo no dia a dia e hábitos alimentares

Um dado relevante na abordagem farmacêutica é a descrição por parte do paciente de como organiza seu tempo durante um dia normal. Horário em que acorda e levanta, quando realiza sua refeição matinal e como é a mesma, se costuma lanchar no meio da manhã e o que consome, quando almoça e qual o tipo de refeição padrão que ingere, se e quando lancha durante a tarde, qual o horário do jantar e da ceia e quais alimentos fazem parte destes.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Se possível, o paciente deve relatar também outras atividades realizadas, por exemplo, se caminha para utilizar transporte público ou se por estar aposentado é responsável pelo cuidado dos netos. Essas informações devem ser levadas em consideração para o planejamento da utilização de medicamentos, como tomar medicamentos em jejum. Por outro lado, também se pode avaliar os riscos de não adesão ao tratamento devido a atividades exacerbadas em determinado horário.

Os dados aqui coletados devem ser cruzados com os do uso de medicamentos para verificar se estão coerentes, identificar alimentos que possam interferir no resultado terapêutico, bem como se aqueles são adequados ao manejo das doenças.

Hábitos de vida

A maior parte das pessoas possui outros hábitos que podem ter vínculo com a cultura familiar ou de uma comunidade. Muitas vezes são considerados como hábitos sociais e podem influenciar no uso de medicamentos e no manejo de doenças. O paciente deve ser questionado sobre o uso de chás, plantas medicinais e garrafadas, pois não costumam relatar seu uso se não forem questionados especificamente sobre essas práticas. Além disso, práticas culturais também devem ser verificadas, como o uso de chimarrão, tereré e guaraná em pó ou bastão, os quais são ricos em cafeína. No caso de chás, não esquecer de realizar as perguntas pertinentes a seu uso.

Em continuidade, deve-se questionar o paciente sobre o uso de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. Além disso, a prática de esportes ou exercícios físicos, bem como a existência de academia popular próxima – para o caso de não ter recursos financeiros –, deve ser investigada. Outro hábito a ser revisado é o uso de vacinas, anotando-se o tipo e a data da imunização.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Relação da pessoa com medicamento(s) e tratamento(s)

Algumas pessoas relatam que não possuem vontade de utilizar um medicamento específico por razões de foro íntimo ou por crenças e ideias. Outras, por sua vez, não gostam da forma como é realizado seu tratamento, seja por terem que utilizar os medicamentos em determinados horários de estresse diário ou por não ser compatível com sua forma de viver. Então, pode-se na anamnese questionar os pacientes sobre essas questões, as quais podem influir decisivamente nos desfechos da farmacoterapia.

Condições especiais para os problemas de saúde da pessoa

Para portadores de algumas doenças, é necessário agregar perguntas específicas sobre fatores que podem influir no tratamento. Esse é o caso da asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, da tuberculose, do transplante de medula óssea, entre outras. O profissional farmacêutico deve, então, preparar um bloco de perguntas específicas sobre essas situações especiais.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Exame físico e outros

O artigo 69 da RDC nº 44/2009¹⁹ estabelece que o profissional farmacêutico pode realizar a aferição de parâmetros fisiológicos ou bioquímicos com a finalidade de fornecer subsídios para a prática farmacêutica e o monitoramento da farmacoterapia. Entre as atividades permitidas constam a medida da temperatura, da pressão arterial e a glicemia capilar, que devem ser realizadas quando necessário.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Exames complementares

Como exames complementares, sugere-se a realização de revisões da literatura para verificar a atualidade sobre interações medicamentosas, pois muitas vezes as que estão consignadas em livros ou bases de dados estão desatualizadas, e a discussão clínica sobre associação de alguns medicamentos com a equipe é primordial. Outras avaliações sobre uso de medicamentos e incompatibilidades podem necessitar de laudo técnico do profissional farmacêutico. No caso de suspeita de problemas cognitivos por parte do usuário de medicamentos, pode-se utilizar o Minixame do Estado Mental, corriqueiramente chamado de mini-mental, associado ao Span de Palavras²⁰. Caso necessário pode-se utilizar testes para a medida da adesão ao tratamento²¹⁻²³. No caso da necessidade de outros exames para monitoramento da farmacoterapia, como hemoglobina glicada, recomenda-se negociar com o gestor autorização para que o farmacêutico possa proceder a solicitação. Se o farmacêutico identificar a prescrição de mais de um profissional e, principalmente, se houver mudança de nível de cuidado, é importante proceder a reconciliação medicamentosa como parte de exames complementares.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Avaliação das informações obtidas

Após a realização da anamnese, do exame físico e dos complementares, o profissional deve iniciar a avaliação das informações, formadas por dados subjetivos e objetivos que devem ter sido corretamente registrados conforme a aula anterior. A partir desse momento, existe um processo que deve ser realizado passo a passo para o desenvolvimento do raciocínio clínico. Conforme a *Aula 3, do Módulo 1*, ao iniciar esse tipo de procedimento o profissional pode compreendê-lo como mecânico, mas ao vivenciar a relação que se estabelece com o usuário de medicamentos descobrirá que não o é. A abordagem farmacêutica inicia com a abordagem da farmacoterapia, sendo que todo medicamento ou associação de medicamentos prescritos deve ter uma indicação compatível com as condições clínicas do paciente e, quando utilizado, deve ser efetivo e seguro. Nesse primeiro momento deve-se realizar o que pode ser denominado de “Análise situacional do uso do medicamento X ou da associação de medicamentos X + Y”. Observa-se que o profissional farmacêutico faz o caminho inverso do profissional que prescreveu. Na busca da verificação da racionalidade, é preciso questionar se o prescrito cumpre com os princípios da farmacoterapia: indicação, efetividade e segurança. Assim, esses princípios transformam-se em questões. Observe a prescrição apresentada na Figura 3, a seguir.

Figura 3. Exemplo de prescrição médica

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO PELOPONESO

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PONTE DE PEDRA

Sr. José Florêncio da Silva

Uso Interno

Anlodipino 10 mg.....uso contínuo
Tomar 1 CP 1 x/dia

Enalapril 10 mg.....uso contínuo
Tomar 1 CP 2 x/dia

Metformina XR 500 mg.....uso contínuo
Tomar 2 CP 2x/dia

Sinvastatina 20 mg.....uso contínuo
Tomar 1 CP 1 x/dia

XX/03/20XX Dr. Vinicius Borges

Fonte: Elaboração própria.

Essa prescrição é fruto do atendimento médico, e o paciente tem sua história de vida junto com esses medicamentos. Esse paciente trouxe os medicamentos prescritos para a entrevista farmacêutica. A Figura 4 ilustra a Análise Situacional que deverá ser realizada para cada um dos itens, e em seguida apresenta-se a análise em detalhes.

Figura 4. Primeira parte da Análise Situacional de uso de um medicamento ou associação de medicamentos para uma determinada condição clínica

Necessidade

- » Sim, o medicamento tem indicação.
- » Não, não encontro justificativa no prontuário.
- » Tenho dúvidas, p. ex.: somente uma alteração da PA em dois anos.

Existe algum problema de saúde?

Ou

Que dúvidas existem?

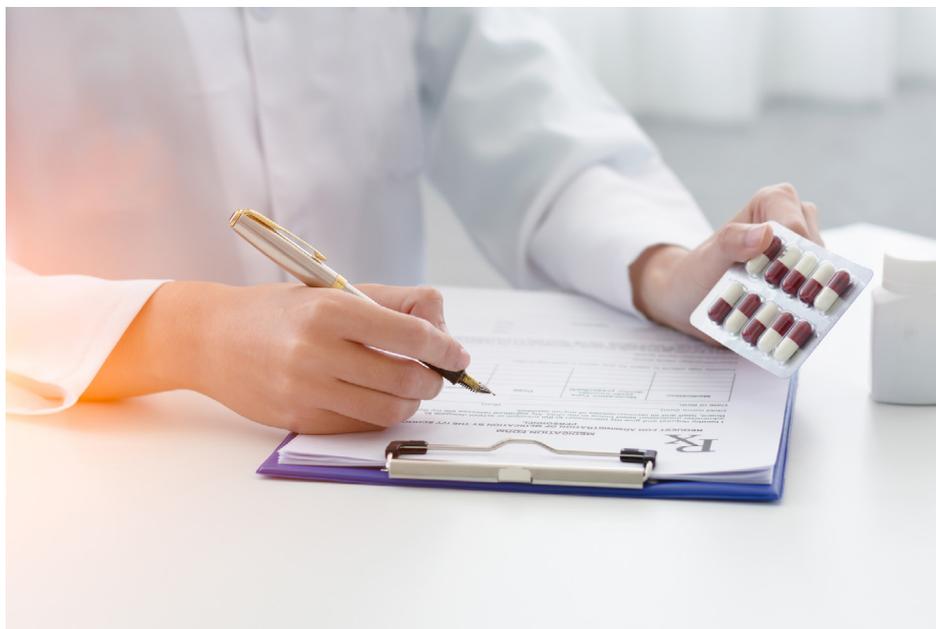
Efetividade

- » Sim, o medicamento ou a associação está sendo efetiva.
- » Não, o medicamento ou a associação não está sendo efetivo.
- » Tenho dúvidas, p. ex.: o medicamento foi utilizado por poucos dias.

Segurança

- » Sim, o(s) medicamento(s) e a associação são seguros.
- » Não, o medicamento e/ou a associação não é segura.
- » Tenho dúvidas, p. ex.: foi iniciado hoje o tratamento.

Fonte: Elaboração própria.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O primeiro item a ser analisado é a associação de Anlodipino 10 mg com Enalapril 10 mg. A primeira pergunta é: “**Essa associação de medicamentos é necessária para esse paciente?**” Ou seja, existe indicação para o paciente utilizar esse medicamento? As respostas possíveis são: 1) **Sim**, existe indicação pois o paciente é hipertenso diagnosticado; 2) **Não**, pois não encontro justificativa clínica plausível para o uso – paciente sempre apresentou a pressão arterial (PA) dentro da normalidade sem o uso de medicamentos, devido ao histórico das medidas de PA registradas em prontuário; 3) **Tenho dúvidas**, pois não existe o registro de atendimentos atuais e nas medidas do ano anterior, realizadas em quatro atendimentos, somente em uma foi constatada alteração da PA. Nesse momento fica clara a importância do registro no prontuário. Por outro lado, o importante pode ser a medida da pressão arterial realizada corretamente pelo farmacêutico.

Após essa pergunta, deve-se analisar a efetividade: “**Essa associação de medicamentos é efetiva?**” As três possibilidades de resposta existentes são: 1) **Sim**, a associação está sendo efetiva, uma vez que a PA está controlada; 2) **Não**, a PA não está controlada pois não há acesso ao anlodipino, que se encontra em falta no município (não adesão primária); 3) **Tenho dúvidas**, pois o tratamento em associação foi iniciado faz três dias.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Em sequência, analisa-se a **segurança**. No caso de associação de medicamentos é necessário questionar tanto a segurança de cada medicamento individualmente como a da associação. As respostas possíveis são: 1) **Sim**, cada um dos medicamentos e a associação são seguros até o momento; 2) **Não**, a associação de medicamentos não é segura devido a uma interação entre os medicamentos X e Y, ou então, o medicamento enalapril não é seguro devido ao paciente informar fadiga logo após o início de seu uso; 3) **Tenho dúvidas**, pois o paciente iniciou o tratamento recentemente e não há informações suficientes para determinar se é seguro. Como suporte à verificação da existência de uma reação adversa ao uso do medicamento, o profissional farmacêutico pode utilizar um

algoritmo. Recomenda-se o uso do Algoritmo de Naranjo, que pode ser encontrado nas páginas 80 a 81 do seguinte link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_farmacia2.pdf.

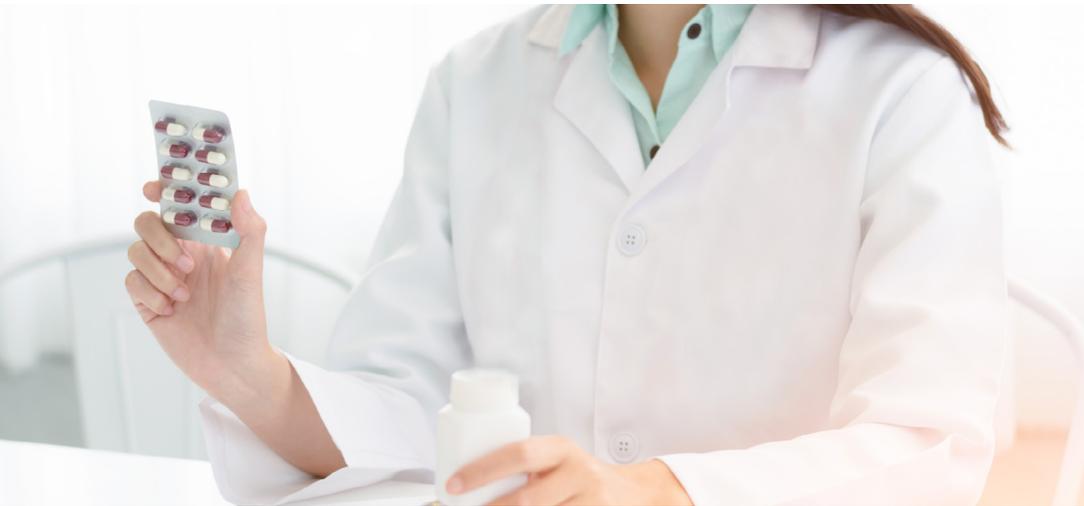
Toda vez que essas questões forem realizadas e a resposta for “**não**”, o farmacêutico estará diante de um problema relacionado à farmacoterapia. Portanto, após a identificação da existência de um PRF, o ideal é que se identifique qual é o problema de saúde, por exemplo, hipertensão arterial sistêmica não controlada. Outro fator importante é a identificação das causas do problema relacionado à farmacoterapia, visto que por vezes existem situações multicausais que originaram o problema. Para tanto, deve-se ter em mente quais os domínios a serem investigados. Recomenda-se que o conteúdo apresentado no *Apêndice* dessa aula seja estudado e que uma reflexão constante proporcione a identificação de situações vivenciadas. [Leia o Apêndice](#)

De posse da primeira parte da Análise Situacional do uso do medicamento X ou da associação de medicamentos X e Y em que obteve-se uma resposta negativa a uma das questões de indicação, efetividade e segurança, bem como com a identificação das causas prováveis ou reais, deve-se proceder a determinação de quais intervenções são passíveis de serem realizadas para solucionar o problema. A Figura 5 apresenta o fluxo do procedimento para esse fim, pois a existência de um PRF tem correlação com a existência de um problema de saúde em curso ou em risco de acontecer.

Figura 5. Segunda parte da Análise Situacional de uso de um medicamento ou associação de medicamentos para uma determinada condição clínica



Fonte: Elaboração própria.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Para estabelecer qual a intervenção que será realizada visando a resolução do problema de saúde, deve-se proceder passo a passo:

1

Objetivo e metas: por se tratar de um problema de saúde, existe a necessidade de estabelecer qual desfecho pretende-se atingir e como é possível monitorizar/medir o atingimento do objetivo. Por exemplo, o objetivo do tratamento da hipertensão arterial sistêmica é atingir o desfecho desejado, ou seja, diminuir a morbimortalidade relacionada a doença cardiovascular. Já a meta a ser atingida são os níveis pressóricos relacionados à diretriz seguida no contexto em que é realizado o cuidado da saúde do paciente.

2

Estratégias para alcançar os objetivos: em primeiro lugar, a estratégia a ser utilizada deve levar em conta a causa do problema relacionado à farmacoterapia. Em seguida, deve-se registrar a possível estratégia relacionada à farmacoterapia, por exemplo, otimizar a adesão ao tratamento devido a um problema cognitivo que leva ao esquecimento de uso do medicamento. O próximo passo é listar as outras estratégias viáveis para atingir o objetivo terapêutico, principalmente as não farmacológicas que são passíveis de serem utilizados por aquele paciente em especial.

3

Monitorização: para cada uma das estratégias que foram identificadas se deve estabelecer como pode-se medir o efeito desejado e, se necessário, no caso de medicamentos, qual parâmetro deve ser monitorizado devido ao uso do mesmo.

4

Intervenções: momento destinado para pensar nas possíveis intervenções a serem realizadas e que deverão ser apresentadas ao paciente. No exemplo apresentado anteriormente, pode-se estabelecer como intervenções o uso de calendários, sistema personalizado de doses da farmacoterapia, organizadores de doses, embalagens especiais, entre outras.

5

Como proceder em cada intervenção: tendo proposto as intervenções, verifica-se a forma de realizá-las e quais atores estão envolvidos. Por exemplo, se é necessário falar com o prescritor, será por escrito ou por chamada telefônica? Existem condições de o próprio farmacêutico realizar a intervenção ou necessita referenciar a outro profissional da saúde? Já existe algum canal de comunicação estabelecido?

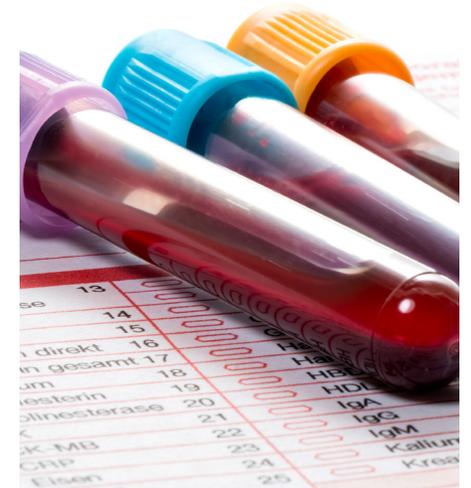


Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Após realizar a Análise Situacional do Uso do medicamento X ou da associação X e Y, deve-se proceder a Análise Situacional do Uso de outros medicamentos. Não existe queixa principal na abordagem farmacêutica como há na abordagem médica. A análise é de toda a farmacoterapia.

Cada associação de medicamentos para uma doença deve ser realizada sempre contrastando o que foi relatado como problema de saúde/queixa do paciente com os registros de prontuário. No exemplo da receita apresentada anteriormente, uma Análise Situacional deve ser realizada para a associação anlodipino + enalapril, outra para a metformina e outra para a sinvastatina. Se algum problema de saúde ou queixa foi citada ou registrada em prontuário e em um primeiro momento não se encontrou o devido tratamento, deve-se analisar se é um problema que necessita de encaminhamento para avaliação médica ou se é uma reação adversa a um medicamento e não foi adequadamente levada em consideração ao ser realizada a Análise Situacional de algum medicamento.

Após a realização desses passos, deve-se iniciar a **Avaliação Global** das informações encontradas até o momento. É necessário revisar se as interações de toda a farmacoterapia prescrita e da automedicação foram adequadamente analisadas, considerando medicamento-medicamento, medicamento-alimento e medicamento-álcool. No caso de uso de injetáveis em soluções parenterais, existem incompatibilidades? Ocorreu interferência dos medicamentos nos resultados laboratoriais?



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

De posse das Análises Situacionais, passa-se a verificar o que é exclusivo de cada situação de uso e o que é comum a todas as análises em termos de estratégias para resolver os problemas ou atingir os objetivos. Por exemplo, se o paciente da prescrição apresentada anteriormente é obeso, seus hábitos alimentares não são adequados à condição clínica, é tabagista e consome álcool em demasia, uma intervenção nesses fatores pode auxiliar no controle de todas as doenças. Por outro lado, se foi identificado que o paciente possui problemas de cognição para administrar os medicamentos, é possível realizar uma única intervenção. Caso um dos medicamentos, por exemplo, a metformina 500 mg de liberação prolongada, configurar-se como um problema de acesso, deve ser tratado em separado, principalmente se for necessário substituir o medicamento. Portanto, para a realização da Avaliação Global é primordial ler todas as informações para compreender a pessoa que utiliza os medicamentos. Quais foram suas queixas? Como são seus horários? Qual sua profissão? Como são seus hábitos? O que lhe preocupa mais em sua saúde? Qual problema, se existe mais de um, é prioritário tratar devido à gravidade da situação clínica? A Avaliação Global deve permitir a construção da conduta que o profissional farmacêutico vai assumir diante do paciente para apresentar um plano para ele. Todas as possibilidades devem ser avaliadas quanto à sua factibilidade. Esses fatos serão mais bem delineados ao estudarmos o Plano de Intervenção.

Vamos refletir!

Você já percebeu que na aplicação da Semiologia Farmacêutica no Cuidado Farmacêutico existe uma mudança de eixo em relação a história da farmacoterapia utilizada na prática da Farmácia Clínica? Percebe que agora não é só o medicamento que importa? Que a pessoa passa a ser central?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.



Referências

1. Aquino LA, Wuillaume SM, Cardoso MHCA. Ordenando no tempo e no espaço: epistemologia narrativa, semiologia e raciocínio clínico. *Rev Bras Educ Méd.* 2012; 36(1):100-8.
2. Rebollo RA. O Legado Hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Sci Stud.* 2006 jan.-mar.; 4(1):45-82.
3. SECAD. Anamnese Médica – Boas Práticas para um diagnóstico assertivo, SECAD [Internet]. Disponível em: <https://campanhard.secad.com.br/anamnese-medica-ebook-lprd>.
4. Entralgo PL. *Historia Universal de la Medicina.* [Ubicación desconocida]; Masson multimedia; 1998.
5. Dias JPS. A farmácia e a história: uma introdução à história da farmácia, da farmacologia e da terapêutica. Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. [Anotações de aula]. 2005.
6. Washington State University. *A History of Pharmacy in Pictures.* College of Pharmacy and Pharmaceutical Science. Washington State University, 1965.
7. Cowen DL, Helfand WH. *Pharmacy: an illustrated history.* New York: Harry Abrams Publisher; 1990.
8. American Society of Hospital Pharmacists. *Técnicas Básicas para el Ejercicio de la Farmacia Clínica.* Washington (DC): BOK; 1991.
9. Carter BL, Helling DK. Patient Education and Chronic Disease Monitoring. In: Herfindal ET, Gourley DR, Hart LL. *Clinical Pharmacy and Therapeutics.* 5th Ed. USA: Williams & Wilkins; 1992. p. 82-92.
10. Hepler CD. Issues in implementig pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1993. 50:1635-41.
11. Hepler CD, Segal R. *Preventing medication errors and improving drug therapy outcomes through system management.* Boca Raton (FL): CRC Press; 2003.
12. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Pharm Educ.* 1990 mar; 47(3):533-43.
13. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP statement on pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1993 aug; 50(8):1720-3.
14. Kohn LT, Corrigan JM, Donalson MS. *To Err is Human – Building a Safer Health System.* Washington (DC): National Academy Press; 1999.
15. Tramontina MY, Ferreira MB, Castro MS, Heineck I. Comorbidi-ties, potentially dangerous and low therapeutic index medications: factors linked to emergency visits. *Ciênc Saúde Colet.* 2018; 23(5):1471-82.
16. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchenaso R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *JAMC.* 2005; 173(5): 510-5.
17. Allenet B, Bedouch P, Baudrant M, Federspiel I, Berthet S, Deta-vernier M, et al. De L'Historique Médicamenteux à L'Observation Pharmaceutique: recueil standardisé pour le développement de la pharmacie clinique en unité de soins. *Journal de Pharmacie de Belgique.* 2010; (2):39-46.
18. World Health Organization. *Technical Series on Safer Primary Care.* Geneva: WHO; 2016.
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras provi-dências. *Diário Oficial da União.* 2009 ago. 18; Seção I. p. 68.

20. Jacob Ú, Castro MS, Fuchs FD, Ferreira MBC. The influence of Cognition, Anxiety and Psychiatric Disorders over treatment adherence in uncontrolled hypertensive patients. PLoS One. 2011; 6(8):p.e22925.
21. Castro MS, Simoni CR. Adesão a Medicamentos. In: Fuchs FD, Wannmacher L. (Organizadores). Farmacologia Clínica e Terapêutica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 53-60.
22. Oliboni LS, Castro MS. Adesão à Farmacoterapia: que universo é esse? Uma revisão narrativa. Clin Biomed Res. 2018; 38(2):178-95.
23. Oliboni LS, Castro MS. Métodos para aferir a adesão à farmacoterapia em doenças crônicas: uma revisão narrativa. J Assis Farm Farmacoec. 2017; 2(4):16-28.
24. National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice) and National Collaborating Centre for Primary Care: Nunes V, Nelson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, et al. Clinical guidelines and evidence review for medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2009.
25. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003.
26. General Medical Council. Good Medical Practice. London: GMC; 2013 [acesso em 30 out. 2020]. Disponível em: https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/good-medical-practice---english-20200128_pdf-51527435.pdf?la=en&hash=DA1263358CCA-88F298785FE2BD7610EB4EE9A530

Apêndice

Domínios e principais causas dos problemas relacionados à farmacoterapia

Existem alguns domínios que podem agrupar uma série de fatores que, por sua vez, podem causar inadequações quanto a indicação de um medicamento, sua efetividade e até mesmo a segurança de seu uso. É importante que a própria equipe de saúde conheça essas possibilidades, pois uma das políticas que pode ser adotada é a de minimizar a possibilidade dessas causas interferirem nos desfechos em saúde. Muitas vezes essas causas não são conhecidas e, portanto, são de difícil identificação. Os domínios aqui apresentados possuem inter-relação e podem dar origem a mais de uma causa para um Problema Relacionado com a Farmacoterapia. Além disso, alguns desses problemas se confundem com causas da não adesão ao tratamento, mas que para a correta intervenção do farmacêutico devem ser descritas apropriadamente, em detalhes, e não apenas “não adesão ao tratamento”.

Fatores relacionados com a equipe e ao sistema de saúde

Prescritor

Algumas influências podem levar a uma prescrição inapropriada, tais como: o nível de conhecimento do prescritor sobre as evidências clínicas atuais; o suporte disponibilizado para o correto diagnóstico e a prescrição; o local de trabalho ser apropriado para o atendimento das pessoas; a influência da indústria, com sua publicidade direcionada à prescrição de medicamentos, muitas vezes de efetividade duvidosa; as pressões do usuário de medicamentos para obtenção de prescrição. Essas influências podem levar a erros de prescrição bem como à não racionalidade da prescrição, entre outros problemas. De certa forma, esses problemas podem estar relacionados à necessidade do estabelecimento da Prevenção Quaternária, conforme tratado na *Aula 3*, do *Módulo 1**, deste curso.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 3* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no *vol. 1* desta mesma coleção, *O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde*.

A habilidade individual de consulta de um profissional também é importante, independentemente da duração da relação profissional-paciente. Nesse caso, o nível de confiança entre profissional e paciente pode ser um fator-chave nesta relação e treinamentos para atingir um bom nível são necessários¹.

Outros fatores que podem influenciar são: serviços de saúde pouco desenvolvidos, falta de conhecimento e treinamento dos profissionais no controle de enfermidades crônicas, sobrecarga de trabalho, falta de incentivos ou de monitoramento sobre a equipe, tempo de consulta insuficiente, baixa capacidade para educar os pacientes e proporcionar a sua continuidade, incapacidade de estabelecer o apoio à comunidade assim como o autocuidado, falta de conhecimento sobre adesão e estratégias efetivas de melhoria^{1,2}.

A preocupação manifestada pelos profissionais de partilhar decisões com os pacientes pode gerar um conflito com o seu dever de assistência aos mesmos ou suas obrigações legais ou éticas. O General Medical Council, do Reino Unido, coloca que um dos direitos fundamentais de um médico é “respeitar os direitos dos pacientes e participar plenamente nas decisões sobre seus cuidados”³; no entanto, para muitos médicos, há uma área de preocupação legítima ou um ponto de conflito entre o respeito à autonomia do paciente e o dever da beneficência, quando um médico se sente desconfortável com os desejos do paciente. Ou seja, há necessidade de maximizar as oportunidades e habilidades dos pacientes para tomarem suas próprias decisões, e o profissional, respeitar essas decisões, mesmo que não haja concordância entre eles¹. Essa problemática se insere na crítica de alguns profissionais pela utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa na prática dos profissionais da saúde.

No que se refere exclusivamente à adesão ao tratamento, o sistema de saúde e equipe podem desenvolver barreiras aos desfechos clínicos, por exemplo:

- » falta de conscientização e conhecimento sobre adesão;
- » falta de ferramentas clínicas que auxiliem os profissionais na avaliação e intervenção de problemas relacionados à adesão;
- » falta de ferramentas comportamentais que auxiliem os pacientes no desenvolvimento de comportamentos adaptativos ou modificar aqueles que são lesivos a sua saúde;
- » falhas na provisão do cuidado às doenças crônicas;
- » comunicação deficiente entre pacientes e profissionais de saúde².

Fatores relacionados à condição de saúde do paciente

Esses fatores constituem exigências particulares relacionadas à enfermidade do paciente. Alguns fatores que afetam consideravelmente o alcance dos resultados terapêuticos estão relacionados à gravidade dos sintomas, ao grau de incapacidade (física, psicológica e social), à taxa de progressão e gravidade da doença, bem como à disponibilidade de tratamento efetivo.

Fatores relacionados ao tratamento

São muitos os fatores que podem ter influência sobre a adequada utilização da farmacoterapia. Os mais importantes são aqueles relacionados à complexidade do regime medicamentoso, a duração do tratamento, as falhas terapêuticas anteriores, mudanças frequentes no tratamento, a espera pela imediatividade quanto aos efeitos benéficos, os efeitos adversos que se apresentarem e a disponibilidade por parte da equipe de saúde para continuidade do tratamento.

Fatores relacionados ao paciente

Esses fatores são representados pelos recursos, conhecimentos, atitudes, crenças, percepções e perspectivas do paciente. O conhecimento e as crenças do paciente, a sua motivação para tratar sua(s) doença(s), a confiança e percepção de autoeficácia da sua capacidade de envolvimento para manejar a doença, e a expectativa com relação ao resultado do tratamento e as consequências de uma adesão insuficiente, interação de maneira ainda não bem entendidas, mas influenciam os resultados terapêuticos. Outros fatores são: problemas cognitivos que levam ao esquecimento, o estresse psicossocial, os possíveis efeitos adversos apresentados ao paciente ou com a leitura prévia da bula, a baixa motivação devido a problemas de sua vivência atual, o conhecimento e a habilidade para manejar os sintomas relacionados à doença e ao tratamento, a falta de percepção quanto à necessidade do tratamento, a não percepção do efeito do tratamento, as crenças negativas com relação à efetividade do tratamento, o baixo entendimento e a pouca aceitabilidade da doença e também ao seu monitoramento, falta de crença no diagnóstico, falta de percepção dos riscos relacionados à doença, além da frustração com os profissionais de saúde que o atendem².

Fatores sociais e econômicos

Os níveis socioeconômicos podem colocar o paciente em posição de ter de decidir entre prioridades, frequentemente tendo que optar por satisfazer as necessidades de outros membros da família do que adquirir medicamentos, quando estes não são providos pelo poder público. Outros fatores que podem causar Problemas Relacionados com a Farmacoterapia e que devem ser considerados quando da busca pelas causas são: o desemprego, a pobreza, o analfabetismo, o baixo nível educacional, o baixo *status* socioeconômico, a falta de apoio social, as condições de vida instáveis, a longa distância dos centros de saúde, o custo elevado de transporte, assim como custos elevados dos medicamentos, as mudanças ambientais, a cultura e crenças populares com relação a doença e tratamento e outros problemas familiares.

Também o próprio município pode ter problemas sociais em demasia e que resultam na falta de recursos econômicos. Esses podem vir a causar uma seleção de medicamentos inadequados, pois não possui recursos para manter uma Relação Municipal de Medicamentos adequada às necessidades da população.

Fatores relacionados ao medicamento

Com a globalização muitas benesses foram disponibilizadas para a população. Mas, também, problemas são compartilhados em nível mundial. Entre eles destaca-se a falsificação de medicamentos. Atualmente, na Europa estão sendo desenvolvidos sistemas que durante a dispensação de medicamentos seja possível identificar se aquele medicamento não é falso. Outro fator existente é a comercialização de medicamentos com qualidade fora dos padrões farmacopéicos, gerando para o paciente uma insegurança no uso de medicamentos. Por exemplo, um paciente encontra-se com sua condição de saúde controlada, mas há mudança da marca do produtor do medicamento e ocorre o não controle. Volta-se a utilizar o medicamento anterior e o controle se restabelece.

Fatores relacionados à farmácia

Um dos problemas da farmácia é a sua não inserção na estrutura dos serviços à saúde, ficando como um entreposto de entrega de medicamentos, vinculado à logística e não à clínica. Dessa forma a infraestrutura e as atividades não se inserem como serviços clínicos, não havendo sequer uma política de redução de erros de medicação. Portanto, o sistema de distribuição de medicamentos deve acompanhar as necessidades clínicas e não ser visto apenas como logística. Para isso o profissional farmacêutico deve ter educação continuada e permanente no tocante às atividades clínicas. Sua participação deve iniciar pela seleção de medicamentos segundo as necessidades epidemiológicas da população, pela padronização de critérios para aquisição de medicamentos de qualidade e a correta educação dos usuários de medicamentos.

Autor

Mauro Silveira de Castro

Possui graduação em Curso de Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1978), graduação em Ênfase Em Bioquímica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1978), mestrado em Farmacologia pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (1996) e doutorado em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004). Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Atenção Farmacêutica, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção farmacêutica, adesão, educação de pacientes, uso racional de medicamentos e assistência farmacêutica.



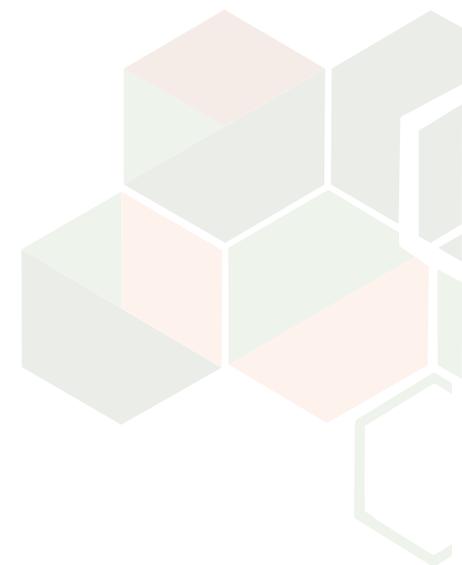
13

Aula



Método clínico: acolhimento e agendamento

Autora: Thaís Teles de Souza



Ementa da aula



Nesta aula são abordados o acolhimento como mecanismo de ampliação do acesso e reorganização do processo de trabalho na Atenção Básica, o acolhimento do paciente no serviço de cuidado farmacêutico, a identificação e agendamento dos pacientes para o serviço de cuidado farmacêutico e o acolhimento dos pacientes na consulta farmacêutica.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Ao final desta aula o aluno deverá ser capaz de executar de forma responsável o acolhimento e colaborar na identificação e no agendamento dos usuários atendidos no Serviço de Cuidado Farmacêutico.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

A Atenção Básica (AB) é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde. É por meio de um acolhimento humanizado e eficiente que se garante o acesso e a fidelização do paciente aos serviços da AB bem como a construção de uma boa relação terapêutica entre o paciente e o profissional de saúde. A fidelização do paciente é importante porque os serviços têm a proposta de executar ações que são longitudinais e vão além da recuperação de saúde, mas preveem também ações de prevenção e promoção de saúde. O acolhimento é uma ferramenta para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma vez que se trata de um modelo proativo que prevê o planejamento da demanda. Por isso o tema do acolhimento é pertinente a todos os profissionais que atuam nos cuidados em saúde^{1,2}.

Nas RAS, a AB é responsável por realizar a comunicação entre os pontos de atenção à saúde, organizando fluxos e contrafluxos dentro deles, além de constituir-se como a principal porta de entrada da população aos serviços de saúde. Por essa razão o acolhimento realizado nesse ponto de atenção à saúde é de extrema importância^{3,4}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

No contexto da Assistência Farmacêutica, com a incorporação do Cuidado Farmacêutico, o acolhimento se inclina (mas não se limita) à verificação das necessidades do paciente com relação a sua saúde. Dessa forma, o acolhimento farmacêutico tem um viés clínico e humanizado. O farmacêutico deve assumir a sua parcela de responsabilidade na atenção à saúde do paciente e na linha de cuidado estabelecida⁵.

Considerando-se as ações clínico-assistenciais do farmacêutico, que desenvolve serviços voltados ao cuidado centrado no paciente, e, de forma mais específica, ao modelo de prática do Cuidado Farmacêutico, realizando serviços farmacêuticos clínicos, o acolhimento deve ser pensado como um processo que, orientado, compõe o método clínico por ele utilizado. Trata-se de uma ferramenta comunicacional que estimula e disponibiliza acesso a um serviço voltado ao atendimento das necessidades de saúde da população, que qualifica o uso dos medicamentos, otimiza os resultados do tratamento e estimula o desenvolvimento de uma relação de confiança e respeito entre o usuário e o farmacêutico^{6,7}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Já foram discutidas em aulas anteriores a problemática da Morbimortalidade Relacionada a Medicamentos e a efetividade do Cuidado Farmacêutico na prevenção e resolução desses problemas. A necessidade dos serviços clínicos providos por farmacêuticos na AB é comprovada com base em estudos observacionais e intervencionais. Tais estudos reforçam a importância em se consolidar o Cuidado Farmacêutico e promover o acesso aos serviços oferecidos por esse profissional, também conhecidos como Serviços Farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, incluindo serviços de educação em saúde, rastreamento em saúde, manejo de problemas de saúde autolimitados, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde, acompanhamento farmacoterapêutico e conciliação de medicamentos⁸⁻¹³.

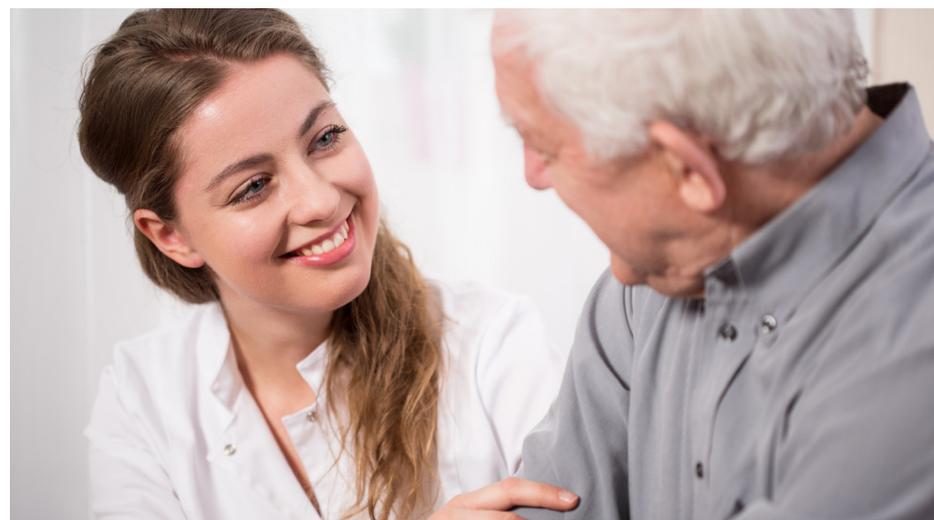
Para realização dos serviços voltados ao Cuidado Farmacêutico, o acolhimento, a identificação e o agendamento dos pacientes são importantes para a construção da relação terapêutica e para a priorização dos pacientes com maior risco para o desenvolvimento de problemas relacionados à farmacoterapia (PRF). Essa conduta promove ainda o encontro entre farmacêutico e paciente para resolução e prevenção desses problemas e, consequentemente, da morbimortalidade relacionada a medicamentos^{7,11,12}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Apesar dos grandes avanços do sistema de saúde, ainda existem muitos problemas relacionados às falhas no acolhimento, que é fundamental para a garantia de um acesso humanizado e equânime aos usuários¹⁴. O acolhimento surgiu com as propostas de reorientação da atenção à saúde, sendo fundamental para a reorganização da assistência nos serviços de saúde, com base nos princípios de acessibilidade universal, de reorganização do processo de trabalho descentralizando-o para a formação de uma equipe multiprofissional e de qualificação da relação profissional-usuário a partir de métodos humanitários de solidariedade e cidadania^{15,16}.

Assim, nesta aula discutiremos aspectos relacionados ao acolhimento, incluindo a identificação e o agendamento dos pacientes, o acolhimento para o serviço e o acolhimento para a consulta farmacêutica, como estratégias para promover o acesso dos pacientes que mais necessitam dos serviços voltados ao cuidado farmacêutico e a construção da relação terapêutica farmacêutico-paciente, aspecto emblemático da prática do cuidado.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Acolhimento na Atenção Básica

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) destaca que os desafios de superar e inverter o Modelo de Atenção à Saúde hegemônico centrado no médico, na doença e no hospital, para um modelo que priorize a escuta e o cuidado do paciente que nos apresenta demandas que extrapolam o corpo e se amplificam em nuances psicológicas, sociais, familiares, comunitárias, levam à necessidade de estruturar a prática do acolhimento nos serviços de saúde^{17,18,19}.

O Ministério da Saúde, na publicação sobre “Acolhimento à demanda espontânea”, tema do Caderno de Atenção Básica nº 28, considera que:



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

“ existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (p. 19)¹.



Já a Política Nacional de Humanização, publicada também pelo Ministério da Saúde, define o acolhimento como:

“ processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (p. 14)²⁰. ”

Nesse sentido, verifica-se que o acolhimento é um conceito complexo inserido transversalmente nas práticas de cuidado, ou seja, é preciso ter cautela com o reducionismo ao se definir o acolhimento como uma etapa do cuidado, ainda que, a princípio, percebamos mais objetivamente a manifestação desse acolhimento no momento da recepção do paciente.

Concordamos com Lopes²¹ quando ele afirma que:

“ o acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações de cuidado, no vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, na prática de receber e escutar as pessoas, e deve ser estabelecido como uma ferramenta que: possibilite a humanização do cuidado; amplie o acesso da população aos serviços de saúde; assegure a resolução dos problemas; coordene os serviços; e vincule a efetivação de relações entre profissionais e usuários. Neste sentido, pode-se afirmar que a prática do acolhimento está presente em todas as relações de cuidado (p. 116)²¹. ”

Sendo assim, o acolhimento não consiste apenas em receber o paciente, mas, também, em:

- » escutar ativamente o paciente e/ou seu cuidador;
- » gerar respostas positivas que sejam resolutivas para os problemas trazidos ao serviço de saúde;
- » privilegiar a qualidade do vínculo na relação profissional-paciente para que a interação se dê de maneira humanizada, solidária, compromissada, responsável e eficiente²².

Dessa forma, o acolhimento se transforma em uma ferramenta que promove a ampliação e facilitação do acesso aos serviços de cuidado em saúde. Sua prática adquire um aspecto de inclusão social e de defesa do SUS²².

Lembre-se!

O acolhimento está inserido transversalmente nas práticas de cuidado. A equipe de saúde se responsabiliza pelo paciente, considerando suas necessidades e preocupações, desde a sua chegada até a sua saída. Deve ser estabelecido como uma ferramenta que possibilite a humanização do cuidado, amplie o acesso da população aos serviços de saúde, assegure a resolução dos problemas, coordene os serviços e vincule a efetivação de relações entre profissionais e usuários^{20,21,22}.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Acolhimento no Serviço de Cuidado Farmacêutico

O acolhimento é fundamental para o estabelecimento de uma relação de respeito, comprometimento e confiança entre o profissional e o paciente. Nesse momento, é importante demonstrar profissionalismo, interesse, aceitabilidade e responsabilidade com as necessidades do paciente^{5,7}.

O acolhimento para o serviço de Cuidado Farmacêutico envolve toda a jornada do usuário, ou seja, todas as etapas de relacionamento do usuário com o serviço, desde sua seleção, agendamento, consultas, contatos realizados sobre o serviço e todas as ações antes, durante e depois da utilização do serviço pelo paciente, responsabilizando-se pelos cuidados em saúde junto ao paciente e aos outros profissionais de saúde envolvidos.

Antes de tudo, o acolhimento precisa ser um gesto sincero de aceitação, responsabilidade e empatia, respeitando o indivíduo em sua condição humana, buscando entender a influência do seu contexto e processo histórico de vivências, colocando-se no lugar do outro para que haja uma postura isenta de julgamentos^{7,23}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Para que o acolhimento ocorra com qualidade e efetividade, e para que seja construída uma boa relação terapêutica com o paciente, é importante que o farmacêutico desenvolva habilidades de comunicação (verbal e não verbal)^{7,23}.

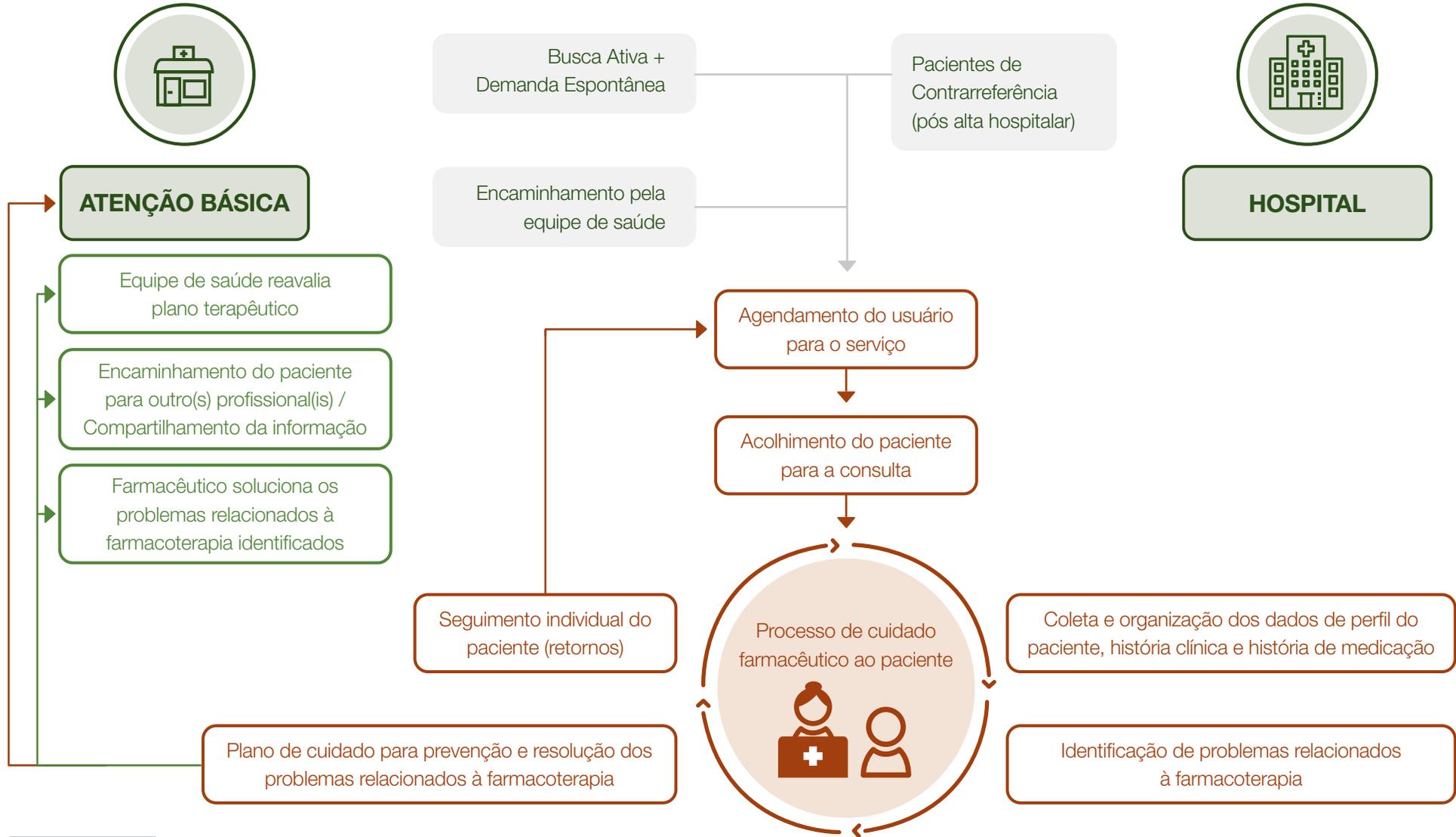
O serviço de Cuidado Farmacêutico pode ser operacionalizado de acordo com as seguintes etapas: identificação/seleção dos pacientes (para identificação dos pacientes com maior necessidade do serviço naquele ponto de atenção à saúde), agendamento (quando o serviço for realizado em consultório ou domicílio com agendamento), primeira consulta (acolhimento para a consulta, coleta e organização dos dados do paciente, identificação de problemas relacionados à farmacoterapia e elaboração de um plano de cuidados em conjunto com o paciente e equipe de saúde) e consultas de retorno (quando necessárias para acompanhar a evolução clínica do paciente), a fim de resolver e prevenir os problemas identificados, garantindo o alcance de resultados terapêuticos ótimos e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes^{11,12}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Apresentamos a seguir um modelo de fluxograma geral do funcionamento do serviço de cuidado farmacêutico.

Figura 6. Modelo de fluxograma geral dos serviços de cuidado farmacêutico



Fonte: Adaptada a partir de dados do Ministério da Saúde^{6,7} e Imagens - Flaticon ©.

O acolhimento tem início desde o primeiro contato do paciente com o serviço ou profissional de saúde, o que muitas vezes coincide com o momento de identificação e seleção do público-alvo, que pode ser realizado pelo próprio farmacêutico ou por outros profissionais de saúde. A partir desse momento, ocorre o agendamento do paciente para o serviço.

Identificação e agendamento do paciente

A identificação dos pacientes para agendamento pode ser necessária, principalmente quando a demanda de pacientes for maior do que a resposta do serviço, tornando importante identificar os pacientes mais graves e que mais necessitem do serviço de cuidado farmacêutico, os quais geralmente apresentam ou possuem maior probabilidade de apresentar problemas relacionados à farmacoterapia (PRF). Nesse contexto, o número de medicamentos, a identificação de problemas prévios relacionados à farmacoterapia e a identificação de fatores de risco para desenvolvimento desses problemas devem ser os principais critérios para nortear a seleção dos pacientes^{7,11,12,24,25}.

Os principais fatores de risco para a ocorrência de PRF incluem: polimedicação (uso de 5 ou mais medicamentos), esquemas terapêuticos complexos, internamento nos últimos seis meses, dúvidas ou problemas com o uso dos medicamentos, problemas de adesão ao tratamento, dificuldades de acesso aos medicamentos ou aos serviços de saúde, prescrições por dois ou mais médicos diferentes, problemas de efetividade e/ou segurança dos tratamentos, entre outros.

Os pacientes que apresentam maior risco para ocorrência de PRF e consequente morbimortalidade relacionada a medicamentos, com grande impacto no âmbito clínico, humanístico e econômico, são mais vulneráveis a problemas como falha terapêutica, reações adversas aos medica-

mentos, intoxicações, erros de medicação, interações medicamentosas, baixa adesão ao tratamento, uso de medicamentos desnecessários ou inapropriados, entre outros problemas, que podem ocasionar dano, hospitalização e óbito. Além do impacto na saúde e qualidade de vida desses pacientes, estes costumam ser utilizadores frequentes dos serviços de saúde, o que também representa maior utilização de recursos^{7,11,12,24,25}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Saiba mais!



Os pacientes considerados com maior risco de sofrerem problemas relacionados à farmacoterapia são aqueles que apresentam um ou mais dos seguintes fatores^{7,24,25}:

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

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

No início, geralmente a identificação e o agendamento dos pacientes são feitos pelo próprio profissional farmacêutico.

Como o serviço de Cuidado Farmacêutico ainda é uma novidade, em muitos lugares é necessário que os pacientes e os outros profissionais de saúde sejam apresentados ao serviço. Com o tempo, ao passo que o Cuidado Farmacêutico se torne resolutivo e de qualidade, esse serviço será reconhecido e valorizado pelo usuário e pela equipe multidisciplinar, levando, por exemplo, a encaminhamentos e demandas espontâneas⁷.

Faz-se necessário, portanto, estabelecer um vínculo colaborativo duradouro entre o farmacêutico e os outros profissionais da equipe de saúde, tanto para a seleção e o agendamento dos pacientes como para o desenvolvimento do serviço, que em muitos momentos envolverá a participação dos outros profissionais no cuidado ao paciente. É importante que os profissionais envolvidos no matriciamento tenham conhecimento do tipo de serviço proposto pelo Cuidado Farmacêutico⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Para realizar o agendamento dos pacientes, o farmacêutico precisa organizar o seu processo de trabalho e seus horários de agenda dedicados ao atendimento, assim como explicar aos demais profissionais envolvidos no agendamento como devem proceder para agendar o paciente para a consulta farmacêutica^{7,11,12}. O paciente pode ser agendado a partir de busca ativa realizada pelo farmacêutico, encaminhamento por outros profissionais de saúde, contrarreferência de outros serviços de saúde (por exemplo, pós alta hospitalar) e demanda espontânea^{7,11,12}. A busca ativa por pacientes realizada pelo farmacêutico e/ou pelos outros membros da equipe de saúde geralmente é a principal estratégia de agendamento, principalmente no início do serviço de Cuidado Farmacêutico^{7,11,12}.

Em caso de encaminhamento do paciente por outros profissionais de saúde, é importante realizar um *feedback* do(s) atendimento(s) realizado(s) com os profissionais, estimular a discussão do caso, sugerir intervenções e considerar as opiniões dos demais profissionais, para atender as necessidades e problemas de saúde do paciente, em conjunto com os demais profissionais envolvidos no processo de cuidado desse paciente⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Em alguns casos, o paciente e/ou cuidador pode buscar o atendimento farmacêutico por conta própria (demanda espontânea), por indicação de algum conhecido ou por causa da divulgação do serviço, para tirar dúvidas ou resolver problemas relacionados aos seus tratamentos. À medida que o serviço se populariza entre os usuários do sistema, aumenta-se a frequência da demanda espontânea, que indica interesse e boa aceitação do serviço pela população⁷.

Os pacientes são agendados para o serviço de Cuidado Farmacêutico preferencialmente pessoalmente ou por meio de contato telefônico realizado pelo próprio farmacêutico. Em caso de impossibilidade de contato telefônico, o agente de saúde ou outros profissionais de saúde, orientados sobre como informar o paciente, podem combinar o agendamento da consulta no momento do seu atendimento ou da visita domiciliar^{7,11,12}.

Para maior eficiência e qualidade do serviço de cuidado farmacêutico, no momento do agendamento é importante solicitar que o paciente leve no dia da consulta todos os medicamentos que utiliza (prescritos e não prescritos), remédios caseiros e plantas medicinais, todas as receitas, todos os exames e demais documentos relativos à saúde do paciente. Adicionalmente, é importante combinar o melhor dia e horário com o paciente e informar a natureza e a importância da consulta. Apresentamos a seguir um exemplo de roteiro para agendamento do paciente.

Quadro 6. Roteiro de agendamento do paciente para as consultas nos serviços de cuidado farmacêutico

1. Cumprimentar o paciente

2. Apresentar-se ao paciente

3. Informar que gostaria de agendar uma consulta no serviço de cuidado farmacêutico e explicar o serviço e o propósito da consulta

4. Caso ele aceite, combinar com o paciente o melhor dia e horário para a consulta

5. Informar o endereço e o local onde ele será atendido

6. Solicitar que o paciente traga todos os medicamentos que faz uso, prescritos e não prescritos, as receitas médicas, plantas medicinais, chás e suplementos que utiliza, assim como exames e outros documentos relativos a sua saúde

7. Perguntar se ele tem alguma dúvida

8. Agradecer o paciente e despedir-se

Fonte: Adaptado a partir de Ministério da Saúde⁷, Godoy¹¹ e Souza¹².

Nas consultas, o farmacêutico explora e avalia todas as informações de perfil do paciente, história clínica e medicamentos utilizados, baseando-se nos relatos do paciente e do cuidador, nos medicamentos, receitas e outros documentos relativos a sua saúde, tais como exames, resumos de alta, entre outros que o paciente possa trazer à consulta ou acessados pelo farmacêutico no prontuário em papel ou eletrônico. Os profissionais da equipe multidisciplinar que realizam encaminhamento e/ou agendamento do paciente ao serviço também devem estar cientes dessa necessidade e de como proceder^{7,11,12}.

As consultas de retorno do serviço de Cuidado Farmacêutico seguem o mesmo processo de agendamento da primeira consulta, via telefone ou equipe de saúde, ou agendadas diretamente com o paciente ao término da consulta anterior^{7,11,12}. As consultas devem ser agendadas de acordo com a disponibilidade do paciente e do farmacêutico.

Se possível, é interessante que o farmacêutico mesmo telefone ou peça para que alguém da equipe responsável pelos agendamentos entre em contato com o paciente um dia antes da consulta, reiterando seu agendamento, o que ele precisa trazer e confirmando seu comparecimento. Isso pode aumentar consideravelmente a adesão ao serviço, diminuindo ausências que possam comprometer a eficiência do serviço⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Acolhimento na consulta farmacêutica

Além do acolhimento na Atenção Básica e no Serviço de Cuidado Farmacêutico, para garantir a construção da relação terapêutica entre farmacêutico e paciente, a efetividade e a qualidade do serviço, é fundamental um bom acolhimento na consulta farmacêutica.

O paciente deve ser o foco principal do farmacêutico em todos os momentos da consulta. O profissional deve manter a atenção centrada nos relatos, necessidades e problemas do paciente, escutando-o ativamente, estabelecendo uma boa comunicação verbal e não verbal, buscando analisar os fatos que influenciam sua vida para que possa colaborar na melhoria da sua saúde e qualidade de vida^{7,11,25}.

Considerando o conceito de acolhimento discutido anteriormente, reiteramos o fato de que, durante a consulta farmacêutica, o acolhimento é desenvolvido transversalmente, uma vez que acompanha todo o processo de cuidado e se manifesta fundamentalmente através da comunicação de qualidade com o paciente. Entretanto, para fins didáticos, no estudo do método clínico daremos ênfase ao momento de recepção do paciente no consultório, o encontro inicial entre profissional e paciente antes da consulta, pois é nesse momento que o acolhimento se manifesta de maneira mais objetiva. Além disso, o acolhimento representa, literalmente, a ação de oferecer amparo, refúgio, proteção, hospitalidade, ação que transparece com mais veemência durante um encontro inicial.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

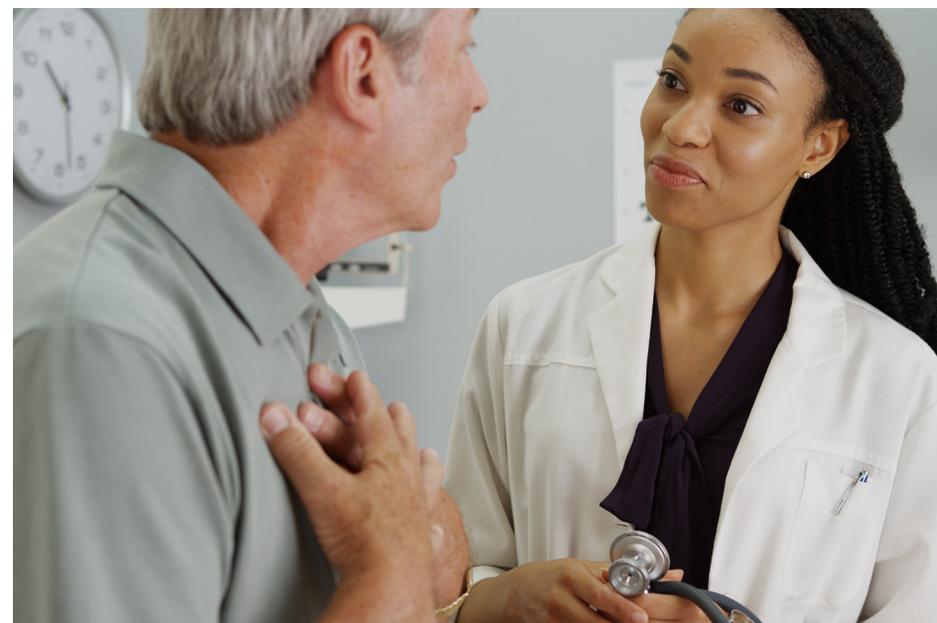


Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A comunicação interpessoal e a percepção que o paciente terá do profissional influenciam diretamente a relação terapêutica que ele estabelecerá com o paciente. É importante que o farmacêutico se apresente como profissional de saúde, interessado pela saúde e qualidade de vida do paciente, agindo sempre de maneira gentil e cordial e se responsabilizando pelo cuidado em saúde junto ao paciente e aos outros profissionais de saúde envolvidos. Adicionalmente, o farmacêutico deve estar asseado, de jaleco e se possível com identificação e o ambiente do consultório deve ser o mais confortável, privativo, limpo e agradável possível. O paciente precisa se sentir em um ambiente diferenciado, especializado no sentido de atendimento à saúde e aceito para que assim possa se sentir acolhido^{7,23}.

O acolhimento do paciente pelo farmacêutico também tem como objetivo avaliar a situação em que o paciente se encontra e prever qual deverá ser a necessidade de intervenção e de orientação, de maneira individualizada, sem preconceitos ou rituais preestabelecidos⁷.

Como comentamos na *Aula 9, do Módulo 2**, o acolhimento é fundamentalmente uma ação comunicacional. O farmacêutico, ao convidar o paciente a adentrar o consultório, deve estar atento aos seus gestos, ao tom de voz, a sua vestimenta, à qualidade estética e funcional do consultório. Em segundos, as primeiras mensagens passadas pelo profissional refletem na percepção do paciente e em seu comportamento durante o restante da consulta. Lembre-se daquele ditado: a primeira impressão é a que fica. O profissional pode se mostrar cordial, amável, atencioso, bem-humorado a depender de sua personalidade, porém, ao mesmo tempo, deve estar atento às mensagens passadas inicialmente pelo paciente, no intuito de responder de maneira adequada às mensagens dele.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 3* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no *vol. 2* desta mesma coleção, *Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico*.

Atenção!

O acolhimento durante a consulta farmacêutica também é desenvolvido transversalmente, uma vez que acompanha todo o processo de cuidado e se manifesta fundamentalmente através da comunicação eficiente e de qualidade com o paciente.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Pesquise e reflita!

Pesquise sobre o acolhimento realizado nos diferentes serviços de Cuidado Farmacêutico implantados no Brasil.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Leia um pouco mais!

Publicações do Ministério da Saúde:

- Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, nº 28, “Acolhimento à demanda espontânea”¹¹;
- Série Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, caderno 2, “Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica”⁷;
- **Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde**¹⁷;
- **Acolhimento nas práticas de produção da saúde**¹⁸;
- **HumanizaSus: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**¹⁹.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Síntese da Aula

Nesta aula discutimos o acolhimento como mecanismo de ampliação do acesso e reorganização do processo de trabalho na Atenção Básica, o acolhimento no Serviço de Cuidado Farmacêutico, a identificação e o agendamento dos pacientes para o Serviço de Cuidado Farmacêutico e o acolhimento dos pacientes na consulta farmacêutica.

Vimos que o acolhimento é realizado durante toda a jornada do paciente no serviço de cuidado farmacêutico, o qual é centrado no paciente e tem como objetivo identificar, resolver e prevenir problemas relacionados à farmacoterapia, visando melhorias na saúde e qualidade de vida do paciente. Desde o primeiro contato com o paciente, se realizado um acolhimento eficiente e de qualidade, inicia-se a construção da relação terapêutica. Nesse momento, o farmacêutico cumprimenta, se apresenta, garante conforto e privacidade ao paciente, apresenta o propósito e a estrutura da consulta, escuta ativamente as preocupações, necessidades e expectativas do paciente e negocia um planejamento para a(s) consulta(s).

Na próxima aula abordaremos as estratégias de obtenção dos dados subjetivos incluídos no perfil sociodemográfico, hábitos de vida, problemas de saúde e história terapêutica do paciente.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 56 p.
2. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Saúde em Debate. 2015;39(105):514-24.
3. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2011.
4. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2012.
5. Maciel-Lima SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):502-11.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 108 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, caderno 1).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 308 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, caderno 2).

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: a experiência de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 120p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, caderno 3).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 100 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, caderno 4).
10. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia (CFF); 2016.
11. Godoy RR. Análise qualitativa da interação farmacêutico-paciente em consultas ambulatoriais e desenvolvimento de Serviços de Cuidado Farmacêutico na Rede Atenção à Saúde de Curitiba [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017.
12. Souza TT. Desenvolvimento de modelos de serviços de cuidado farmacêutico a pacientes polimedicados [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017.
13. Rotta I, Salgado TM, Silva ML, Correr CJ, Fernandez-Llimos F. Effectiveness of clinical pharmacy services: an overview of systematic reviews (2000–2010). *International Journal of Clinical Pharmacy*. Out. 2015;37(5):687-97.
14. Leite MPS. Proposta de um protocolo de acolhimento para Unidade de Atenção Primária à Saúde de Virgolândia, Minas Gerais [trabalho de conclusão de curso]. Virgolândia: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
15. Soares TA. Os benefícios do acolhimento na Atenção Básica de Saúde: uma revisão de literatura [projeto de trabalho de conclusão de curso]. Araçuaí: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
16. Campos JS, Araújo VR, Andrade FB, Silva ACO. Acolhimento na Atenção Básica em Saúde: o passo para integralidade. João Pessoa-PB, 2009. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id74r0.pdf.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção da saúde. 2ª ed. 5ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
19. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSus: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

21. Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV, França RCS. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde em Debate*. 2015;39(104):114-23.
22. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2):345-53.
23. Berger BA. *Communication skills for pharmacists: building relationships, improving patient care*. Washington, DC: American Pharmaceutical Association; 2005.
24. Souza TT. *Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais [dissertação]*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2013.
25. Doucette WR, Chang EH, Pendergast JF, Wright KB, Chrischilles EA, Farris KB. Development and initial assessment of the medication user self-evaluation (MUSE) tool. *Clinical Therapeutics*. Mar. 2013;35(3):344-50.
26. Weil P, Tompakow R. *O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal*. 74ª ed. Petropolis: Vozes; 2011.

Autora

Thaís Teles de Souza

Farmacêutica graduada pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), com ênfase em Morbimortalidade relacionada a medicamentos, revisão sistemática e metanálise. Doutora em Ciências Farmacêuticas pela UFPR, na área de Farmácia Clínica, Cuidado Farmacêutico e Serviços Farmacêuticos Clínicos. Foi apoiadora em Cuidados Farmacêuticos pelo Ministério da Saúde (MS) atuando no Design, implantação e desenvolvimento de Serviços de Cuidado Farmacêutico nos pontos da Rede de Atenção à Saúde. Atualmente é Consultora do Conselho Federal de Farmácia (CFF); Coordenadora pedagógica do Instituto Elo Cuidados Farmacêuticos; Farmacêutica Clínica; Pesquisadora e Docente na área de Farmácia Clínica, Cuidado Farmacêutico, Semiologia e Comunicação Farmacêutica, Serviços Farmacêuticos Clínicos, Cuidado Farmacêutico aplicado às condições de saúde mais prevalentes, Avaliação de Tecnologias em Saúde - Revisão Sistemática e Metanálise, Design, implantação e desenvolvimento de Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade.

14

Aula



Método clínico: coleta de dados subjetivos

Autor: André de Oliveira Baldoni

Ementa da aula



Esta aula aborda as estratégias de obtenção de dados subjetivos: sociodemográficos, hábitos de vida, problemas de saúde e história terapêutica prévia do paciente.

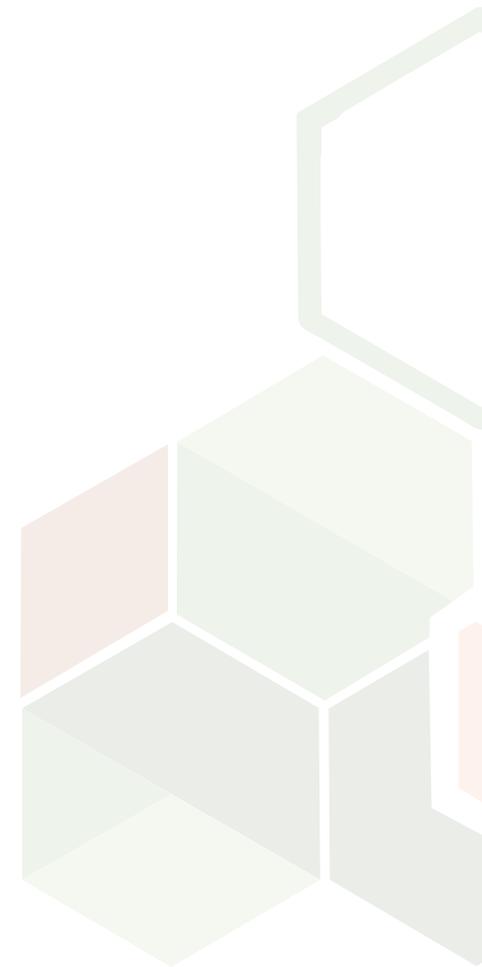
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Entender como realizar a coleta de dados subjetivos do paciente que subsidiem a construção do plano de cuidado individualizado aos pacientes.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

A coleta de dados subjetivos constitui uma das etapas essenciais para elaboração de um plano de **cuidado centrado na pessoa**, conforme preconizado no Art. 3º da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹. Essa coleta configura uma fase complexa que demanda habilidades de comunicação, de escuta, empatia e observação por parte do farmacêutico, que deverá obter informações precisas e conhecer as particularidades e necessidades do paciente, para que as tomadas de decisões sobre a farmacoterapia sejam racionais e assertivas. Esse é um dos motivos pelos quais é importante que o farmacêutico busque por informações não apenas junto ao paciente, pois em muitos casos será necessário envolver a família, os cuidadores, os demais profissionais de saúde e até avaliar o meio em que ele vive para que se obtenha todas as informações necessárias.

Conforme estudado na *Aula 11*, os **dados subjetivos** incluem os sintomas e outras informações relatadas pelo paciente, que são de natureza descritiva e que, geralmente, não podem ser confirmadas por exames e testes. São comuns no momento do relato da história clínica, história social e experiência com os medicamentos.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Frente à necessidade de uma coleta de dados assertiva e resolutive, é importante que o farmacêutico tenha como premissa inicial a ideia de que a consulta farmacêutica pode não ser suficiente para a resolução dos problemas relacionados à farmacoterapia, por isso é importante que o farmacêutico tenha conhecimento técnico, sensibilidade e perspicácia necessários para buscar por informações que vão além dos relatos do paciente.

Para isso, convidamos você a fazer uma analogia dos problemas existentes do paciente com um *iceberg* (Figura 7), em que **a ponta representa os problemas evidentes e relatados pelo paciente, enquanto que a parte submersa representa os problemas não relatados**, que exigem habilidades de comunicação e técnicas de cuidado centrado na pessoa para identificá-los. A parte submersa pode ser a causa da principal queixa do paciente, mas pode não ser explicitada durante a consulta, de forma intencional ou não. Dentre os possíveis motivos para esse não relato, podemos citar: a) o receio de ser julgado sobre determinada atitude, e/ou b) devido à falta de conhecimento e baixo letramento em saúde do paciente, sobre a importância de relatar o problema (por exemplo, o uso de chás, fitoterápicos e vitaminas com a falsa premissa de que esses insumos terapêuticos naturais não fazem mal à saúde).



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Nesse sentido, cabe ao farmacêutico fazer uma coleta de dados qualificada investigando a base do *iceberg*, e isso se torna mais importante quando se pretende coletar dados subjetivos, os quais dependem de perguntas assertivas e informações acuradas relatadas pelo paciente.

Apesar da amplitude e complexidade da coleta, é importante que o farmacêutico foque na coleta de dados que serão utilizados na avaliação e na tomada de decisão, considerando as particularidades de cada paciente². Sendo assim, antes de darmos seguimento a esta aula, é importante que você faça uma reflexão sobre os conceitos e técnicas estudadas até este momento do curso.

Figura 7. Iceberg



Fonte: Elaboração própria.

Lembre-se!



No contexto da coleta de dados subjetivos, reflita sobre os seguintes conteúdos estudados em aulas anteriores:

- 1) **Aula 3** – *Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), Módulo 1** no contexto do profissional Farmacêutico. O que é o MCCP? Você o pratica em seu cotidiano?
- 2) **Aula 9** – *Competências dos farmacêuticos para o cuidado farmacêutico, Módulo 2***. Qual a importância de se utilizar a comunicação paraverbal, não verbal e a comunicação clínica durante a coleta de dados subjetivos?
- 3) **Aula 11** – *Métodos de registro de dados do usuário e de acompanhamento farmacoterapêutico*. Em qual parte do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) contido no e-SUS você deve registrar a coleta de dados subjetivos?
- 4) **Aula 12** – *Semiologia no Cuidado Farmacêutico*. Qual a importância da anamnese adequada para a coleta de dados subjetivos?

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 3* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no vol. 1 desta mesma coleção, *O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde*.

****Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 3* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no vol. 2 desta mesma coleção, *Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico*.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Após essas reflexões, vamos prosseguir!

Além dos elementos essenciais para a coleta de dados abordados nas aulas anteriores (comunicação verbal e paraverbal, empatia, escuta ativa e assertividade, entre outras) é essencial que abordemos, também, outras estratégias para que a comunicação durante a coleta de dados ocorra de forma efetiva. Para isso, é importante que trabalhemos sobre a premissa de que a *“comunicação não é o que você diz, é o que os outros entendem”*, proposta pelo inglês David Ogilvy, que é considerado o pai da publicidade.

Lembre-se!

Mas, por que é tão importante usarmos estratégias e definir quais são os dados subjetivos que devemos coletar? Os dados subjetivos somados aos dados objetivos irão subsidiar as demais etapas do processo de cuidado centrado na pessoa. Tais dados são fundamentais em seu processo de trabalho, pois irão direcionar o plano de cuidado e, conseqüentemente, influenciará diretamente os resultados clínicos do cuidado farmacêutico. Por exemplo, se eu não sei sobre o receio/medo do paciente em relação ao uso de uma insulina, eu conseqüentemente não trabalharei isso durante a realização das intervenções e não terei os resultados clínicos esperados. Observe que é preciso conhecer para se intervir, e a coleta de dados com fundamentação técnica viabiliza esse conhecimento necessário!



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

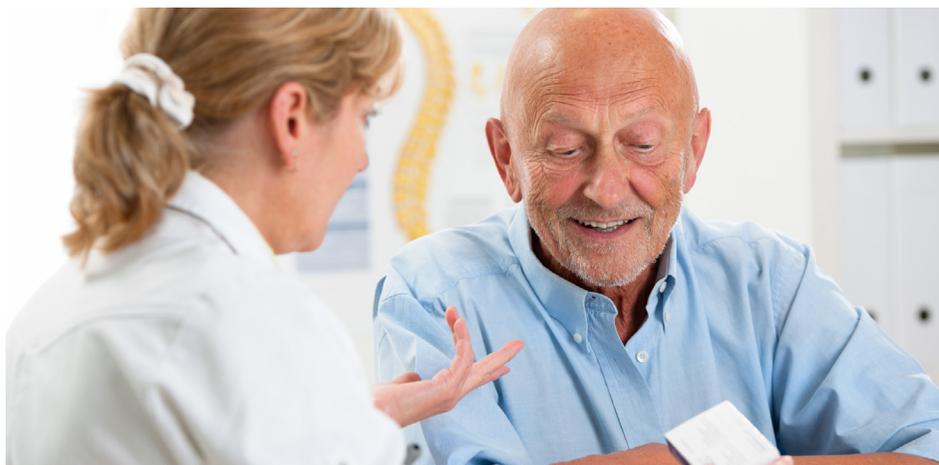
Partindo dessas reflexões e de que a natureza do cuidado é essencialmente comunicacional, precisamos trabalhar considerando as estratégias para o sucesso na coleta de dados subjetivos.

➤ Estratégias para coleta de dados subjetivos

A seguir serão apresentadas seis estratégias de coleta de dados subjetivos que contribuirão para uma coleta de dados qualificada.

»» Minimização do efeito dos interferentes

Antes de iniciar a coleta de dados, o farmacêutico precisa analisar e retirar os possíveis interferentes que possam comprometer a acurácia dos dados coletados, sejam interferentes internos, sejam externos. Dentre os **interferentes externos** comuns em nossa prática podemos considerar, por exemplo, o toque do telefone e tela de descanso do computador com animações, que são fatores que podem distrair o paciente e “quebrar” o fluxo de comunicação. Já os **interferentes internos** são mais difíceis de serem manejados pelo farmacêutico, no entanto, é importante que o profissional perceba a sua existência para avaliar a possível influência sobre os aspectos clínicos do paciente e sobre a acurácia dos dados informados e registrados. Dentre esses interferentes, podemos citar as preocupações e o excesso de tarefas que o paciente deve realizar, a presença do julgamento pessoal, por parte do farmacêutico, sobre o relato do paciente, entre outros. Nesse sentido, torna-se essencial que esses interferentes sejam minimizados e/ou considerados na tomada de decisão para que não se comprometam etapas subsequentes do processo de cuidado centrado na pessoa³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Escolha do tipo de questão a ser utilizada: aberta ou fechada

Para obtenção das informações fidedignas são necessárias diversas estratégias de comunicação. E o uso de perguntas abertas e fechadas, no contexto adequado, é primordial. Por isso é importante que o farmacêutico entenda as diferenças e as utilize de forma correta e não tendenciosa, no sentido de não gerarem resposta com viés de informação.

As perguntas abertas possuem maior potencial para geração de informações acuradas para elaboração do plano de cuidado e para a tomada de decisão na prática clínica, pois elas possibilitam maior amplitude de resposta. Ao passo que, por outro lado, as perguntas fechadas limitam as respostas em “sim” e “não”. Sendo assim, durante a entrevista com o paciente, deve-se priorizar o uso de perguntas abertas, pois elas possibilitam respostas com maior grau de aprofundamento e perspicácia.

Por exemplo, pense e analise as possibilidades de respostas para as seguintes perguntas:

- A) Pergunta aberta: “Como o senhor tem se sentido nos últimos meses?”
- B) Pergunta fechada: “O senhor tem se sentido bem nos últimos meses?”



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Após a reflexão, qual dessas questões possui maior potencial de fornecer informações relevantes para sua coleta de dados e posterior elaboração de plano de cuidado?

Olhando sobre outra perspectiva, as perguntas abertas podem desviar o objetivo da consulta, **tornando-a longa e cansativa**. Para isso é importante que o farmacêutico tenha habilidade de conduzir a conversa direcionando-a aos objetivos propostos, permitindo que o paciente fale aquilo que deseja sem perder o foco da coleta de dados para planejamento do cuidado.

Outra questão sutil, mas igualmente importante durante a realização das perguntas abertas, é a cautela no uso do **“porquê”**. Por exemplo, *“Por que o senhor não toma o seu comprimido de alendronato de sódio?”*. Esse tipo de pergunta pode colocar o farmacêutico na posição de avaliador e o paciente em situação de defesa³. Dessa forma, é importante que o farmacêutico substitua este tipo de pergunta por: *“Por quais razões/motivos o senhor deixou de tomar o alendronato de sódio?”*



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Apesar das limitações das **perguntas fechadas**, elas podem ser utilizadas quando houver a intenção de obter **informações específicas**, por exemplo: *“O senhor tomou o remédio da tireoide hoje de manhã?”*. Outra situação em que você deve colocar perguntas fechadas é logo após a reposta do paciente a um questionamento aberto, para que seja possível identificar o local específico de um sintoma relatado. Por exemplo, o paciente responde: *“Após o uso desse medicamento eu comecei a sentir dor na perna”*. E o farmacêutico prossegue a coleta de dados fazendo uma pergunta fechada: *“Esta dor é predominantemente na panturrilha da perna?”*³. Então, fique atento em seu cotidiano, para que as perguntas abertas e fechadas sejam utilizadas em contextos adequados!

»» Realizar perguntas não tendenciosas

Observe que esse tipo de pergunta influencia o paciente a responder no sentido de atender as expectativas do entrevistador. Sendo assim, para se obter respostas precisas, este tipo de questionamento não deve ser utilizado em nenhuma situação. No caso do exemplo apresentado pode-se substituir a pergunta por: *“O senhor pode me dizer como está tomando seus remédios?”*³.

Atenção!

Durante todo o processo de coleta de dados, você precisa ter cautela e ser vigilante no sentido de evitar perguntas tendenciosas, tais como: *“O senhor toma os remédios conforme estão escritos na sua receita, não toma?”*



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

»» Compreensão do silêncio do paciente

O silêncio do paciente logo após uma pergunta do farmacêutico pode ter significados distintos. Por exemplo, um momento de silêncio após uma pergunta pode significar: a) um **momento de reflexão** antes da verbalização da resposta; b) uma **decisão de não falar** sobre aquele assunto; c) pode expressar **falta de compreensão da pergunta**. Para que o farmacêutico continue conduzindo a entrevista com êxito é preciso que ele fique atento à comunicação não verbal do paciente⁹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» A infraestrutura do local de coleta de dados

Você sabia que a estrutura física também pode interferir na coleta de dados?

Essa influência é mais significativa e importante no momento da coleta de dados subjetivos, pois a sua veracidade dependerá da verbalização e expressão corporal do paciente. Para isso é importante:

- A) Escolher um local privativo, pois é essencial que outras pessoas não ouçam as respostas fornecidas pelo paciente.
- B) O espaço deve ser limpo e organizado, para que o paciente se sinta à vontade e confortável.
- C) O espaço deve ser arejado e iluminado, tornando-o agradável para uma consulta.
- D) Mantenha à disposição materiais que irão contribuir com a coleta de dados e empoderamento do paciente, tais como cartilhas, computador com acesso à internet, além de materiais demonstrativos, como seringas e canetas para aplicação de insulina e dispositivos inalatórios para tratamento da asma. **No entanto, é importante que esses itens fiquem armazenados em um armário ou caixa, pois eles podem distrair o paciente no momento da entrevista.**



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas para a realização da prática profissional na Atenção Básica é preconizada no item 3.1 da PNAB¹. Nesse sentido, vale destacar que ter um ambiente adequado para o atendimento farmacêutico não significa ter uma sala exclusiva para atendimento. As limitações orçamentárias existentes e a falta de espaços físicos não podem ser fatores limitantes para implantação do cuidado farmacêutico, tendo em vista que o farmacêutico pode pactuar com a equipe de saúde os horários disponíveis e utilizar consultórios compartilhados de multiusuários. Ademais, após a demonstração dos resultados clínicos, humanísticos e econômicos do serviço farmacêutico, os espaços vão sendo naturalmente ampliados como aconteceu, por exemplo, na Atenção Básica do município de Salto Grande (SP)⁴.

»» O registro de informações subjetivas

Na *Aula 11* você conheceu os tipos de registro de dados, bem como a importância do registro das informações coletadas e das intervenções propostas. Independentemente do local de registro das informações – no

Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS, no prontuário eletrônico do seu município ou no prontuário físico (em papel) –, chamaremos a atenção para os seguintes pontos para o registro dos dados:

A) É importante que o paciente seja orientado sobre a importância do registro, bem como do seu sigilo absoluto. Você só será capaz de fazer um bom plano de cuidado se você tiver informações consistentes e de qualidade registrada no prontuário do paciente.

B) Quando o registro for realizado direto no prontuário eletrônico (e-SUS, por exemplo) é preciso ter cautela para que sua atenção não fique mais centrada no computador em detrimento do paciente.

C) É importante que o farmacêutico saiba que apesar de haver um padrão de variáveis a serem coletadas, o nível de aprofundamento da coleta será diferente, a depender do perfil e das necessidades de cada paciente.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Chegamos ao final da primeira parte desta aula resumindo as estratégias para a coleta de dados subjetivos (Figura 8).

Figura 8. Estratégias a serem utilizadas na coleta de dados subjetivos durante consultas farmacêuticas



Fonte: Elaboração própria.

Frente ao arcabouço de informações, quais são as informações necessárias e mais relevantes a serem coletadas para obtenção de dados subjetivos? Na próxima parte da aula vamos estudar os componentes constitutivos da coleta de dados subjetivos!

Componentes constitutivos da coleta de dados subjetivos

No contexto da Atenção Básica é importante que o farmacêutico analise e considere que muitas informações podem e devem estar disponíveis no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS, sendo, portanto, dispensáveis de serem questionadas, conforme explorado na *Aula 12*. Após a análise das informações já existentes, o farmacêutico deve trabalhar com técnicas de comunicação adequadas com a finalidade de obter as seguintes informações subjetivas:

- 1 razão da consulta / queixas do paciente;
- 2 dados socioeconômicos;
- 3 hábitos de vida e história social e familiar;
- 4 problemas de saúde e história médica pregressa;
- 5 histórico de uso e experiência subjetiva com o uso de medicamentos;
- 6 revisão de sistemas.

»» Razão da consulta/queixas do paciente

A **razão da consulta** ou a **queixa principal** do paciente é a primeira informação que o farmacêutico precisa identificar, pois isso irá direcionar a condução da entrevista e as etapas subsequentes da tomada de decisão². Para isso, é importante que se comece analisando a forma como foi realizado o recrutamento do paciente. Sempre que possível, busque essa informação antes do paciente entrar na sala de atendimento individual, pois isso definirá o tipo de abordagem inicial.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Considerando esse contexto, de razão da consulta e necessidade de **recrutamento de pacientes** para o início da prestação do serviço de Cuidado Farmacêutico, e considerando que a PNAB preconiza que a busca ativa de pacientes está entre uma das atribuições comuns a todos os profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica¹, é necessário que o farmacêutico elabore estratégias com a equipe interdisciplinar de saúde para o recrutamento dos pacientes. Essas estratégias devem ser utilizadas, sobretudo, em fase de implantação do serviço, para evitar que o farmacêutico fique ocioso por motivo de desconhecimento do serviço por parte dos pacientes.

Sendo assim, é possível que o farmacêutico utilize rastreadores clínicos, de acesso, e indicadores laboratoriais para se fazer uma busca ativa de pacientes. Exemplos desses rastreadores estão elencados no Quadro 7. Os pacientes podem ser identificados por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e/ou pelo sistema de gestão da Assistência Farmacêutica do seu município, que registra dados de dispensação de medicamentos ou por meio dos registros eletrônicos de resultados de exames laboratoriais (se disponíveis no sistema eletrônico do seu município). Caso não haja registro informatizado, o prontuário físico do paciente é a fonte de informação que poderá ser utilizada.

Quadro 7. Exemplos de rastreadores e justificativas que podem ser utilizados na busca ativa de pacientes para serem incluídos em um serviço de Cuidado Farmacêutico

Rastreador	Justificativa
Pacientes em uso crônico de corticoides sistêmicos (> 3 meses). Exemplo: prednisona	Avaliar a segurança de uso devido aos efeitos metabólicos negativos (valores de glicemia e pressão arterial, por exemplo) ⁵
Pacientes em uso de alendronato de sódio	Analisar as condições específicas para uso racional (em jejum, posição ortostática e com um copo de 200 mL de água) e o tempo de uso que deve ser limitado de 3 a 5 anos ⁶
Pacientes com diabetes <i>mellitus</i> sem controle glicêmico adequado	Investigar as causas de não atingir o controle metabólico com o intuito evitar complicações agudas e crônicas relacionadas à doença ⁷
Potenciais interações medicamentosas ou combinações não recomendadas. Exemplo: enalapril e losartana	Avaliar possíveis efeitos negativos que comprometam a segurança ou efetividade do tratamento. Exemplo: hipercalcemia ⁸
Pacientes em uso de insulina com consultas frequentes nas unidades de emergência do município	Investigar se a causa das consultas de emergência pode estar associada ao mau uso da insulina
Paciente com hipertensão arterial sistêmica, diabetes <i>mellitus</i> , elevado risco cardiovascular e há mais de 12 meses sem consulta e realização de exames	Investigar controle da doença e sensibilizar sobre a necessidade de acompanhamento periódico, conforme diretrizes clínicas ^{7,8,9}

Fonte: Elaboração própria.

Na identificação da razão da consulta, o farmacêutico deve considerar algumas situações, tais como:

a Quando o paciente chega ao serviço de saúde sem o farmacêutico saber o motivo (encaminhando por outro profissional ou demanda espontânea): é importante que o farmacêutico questione para compreender. Por exemplo:

 “Como eu posso te ajudar hoje, Dona Rosa?”

b Quando o próprio paciente relata a preocupação atual dele. Quando chega na consulta e verbaliza:

 “Eu preciso compreender o motivo pelo qual eu tenho que usar o Ácido Acetilsalicílico (AAS) todos os dias, se eu não sinto nada.”

c Quando o paciente chega ao serviço da Atenção Básica por meio de busca ativa, por exemplo, você o convidou por meio da colaboração da Agente Comunitária de Saúde (ACS) por estar com hemoglobina glicada – HbA1c - 11% nos registros contidos no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC): nessa situação a abordagem inicial explicando a razão do agendamento da consulta deve preceder a investigação da queixa principal. O que não se deve fazer nessa situação é questioná-lo sobre a razão pela qual ele procurou o serviço. Lembre-se que o motivo pelo qual você o convidou pode ser distinto das necessidades e queixa principal do paciente. Mas, mesmo assim, priorize as queixas dele! O processo de cuidado precisa ser centrado na pessoa.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Lembre-se!

Antes de prosseguirmos falando sobre as **queixas do paciente**, é importante que o farmacêutico saiba diferenciar **SINAIS** e **SINTOMAS. Você sabe a diferença?**

SINAL é uma manifestação de um problema que o profissional pode evidenciar de forma objetiva e SINTOMA exige manifestação do paciente ou percepção subjetiva do profissional de saúde. Com isso podemos observar que a coleta de sintomas é mais desafiadora, uma vez que a veracidade da informação dependerá da verbalização acurada do paciente¹⁰.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Com base no exposto, é importante que o farmacêutico **valorize as queixas** do paciente, e para sistematização das futuras intervenções o registro das queixas deve ser realizado **na ordem em que elas são relatadas pelo paciente**.

Lembre-se que a queixa que é importante para você, pode não ter a mesma relevância para o paciente. Nesse sentido, se suas ações não valorizarem as queixas principais do paciente, ele pode não retornar nos próximos agendamentos por falta de **empatia** durante a coleta de dados subjetivos. Sobre essa temática, analise a pergunta a seguir e reflita sobre a sua resposta: O que incomoda mais o paciente?

- a** uma forte crise de gota, com dor e inflamação gerada pelos cristais de urato?
- b** um valor de creatinina sérica de 1,6 mg/dL sem nenhuma manifestação clínica?

Atenção!

Valorizar a queixa principal não significa ignorar problemas assintomáticos importantes, sendo apenas uma questão de atender a demanda emergente de um paciente no sentido de evidenciar que suas atitudes para proporcionar o cuidado estão centradas nele. E isso gera vínculo, confiança e resultados!



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Para registrar a razão da consulta existe um campo específico no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) intitulado “Motivo da Consulta”. Esse registro pode ser realizado por meio de um campo aberto e/ou por meio de codificação dos motivos da consulta utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária, segunda edição (CIAP2).



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Dados socioeconômicos

Os dados socioeconômicos, na maioria das vezes, já constam no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). O farmacêutico pode acessar as funcionalidades “Dados Cadastrais”, “Histórico” e “Acompanhamento”, para ter acesso a dados explícitos que foram coletados anteriormente. Assim, é importante que o farmacêutico verifique isso antes do acolhimento ao paciente. Para recordar como utilizar o PEC e o e-SUS-AB assista novamente aos vídeos tutoriais que estão disponíveis na *Aula 11*.

Mas, quais são esses dados? São os dados referentes à escolaridade, profissão, renda familiar mensal, número de residentes na mesma casa e posse de veículo automotor, por exemplo. Frente a isso você pode se perguntar: “*Mas essas informações podem interferir no processo de cuidado do paciente?*”. Sim, elas podem interferir diretamente no cuidado. Dessa forma, para que seja possível propor uma intervenção de forma efetiva para prevenção e resolução de problemas farmacoterapêuticos essas informações devem ser coletadas, analisadas e consideradas no momento da elaboração do plano de cuidado do paciente. Por exemplo, um estudo brasileiro publicado em 2019 evidenciou que o armazenamento inseguro de medicamentos é mais frequente em famílias com **menor escolaridade e menor nível socioeconômico**¹¹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Em relação ao exemplo descrito, é importante destacar que essa temática de armazenamento de medicamentos deve ser abordada com todos os pacientes, independentemente da condição socioeconômica. No entanto, as evidências apontam diferenças de comportamentos que exigem atenção especial do farmacêutico, conforme peculiaridades sociais e ambientes em que o indivíduo está inserido.

Outro exemplo importante a ser explorado e considerado é referente à influência dos medicamentos na vida profissional do paciente. Para isso é importante que o farmacêutico saiba a **categoria profissional do paciente**, por exemplo, motoristas e operadores de máquinas devem evitar uso ou fazer o ajuste de horário de medicamentos associados à sonolência, tais como anti-histamínicos de primeira geração, antipsicóticos, antiepiléticos de primeira geração e benzodiazepínicos. Outra questão importante que deve ser considerada, sobretudo no momento da escolha da farmacoterapia durante a elaboração do plano de cuidado, é a **renda familiar** do paciente e as vias de acesso aos medicamentos. Nesse sentido, é importante se questionar: *Esse medicamento está disponível em um dos três componentes da Assistência Farmacêutica? Se não, há outra forma de acesso que seja compatível com a renda familiar do paciente?*

» Hábitos de vida e história social e familiar

No momento da coleta é importante conhecer o paciente e sua rotina de vida, de forma que o farmacêutico busque identificar doenças em parentes de primeiro grau da família (pais, irmãos e filhos), bem como os hábitos que possam ser a causa da queixa principal do paciente¹¹, tais como: nível educacional, história ocupacional, estrutura e suporte familiar, hábitos particulares, rotina em relação à dieta e exercícios físicos, uso de fumo, álcool e outras drogas, *hobbies* e interesses pessoais, atividade sexual, e rotina da vida diária. Em relação à identificação dos problemas familiares, o farmacêutico deve focar em doenças associadas a alterações de risco de doenças, como doenças cardiovasculares, osteoporose, câncer e doenças mentais^{2,12}.

Sobre a influência das questões sociais no processo de cuidado, você já parou para pensar como os hábitos de vida e a história social do paciente podem direcionar suas condutas e até a efetividade de suas intervenções? Veremos isso de forma mais aprofundada na *Aula 17, do Módulo 4**, mas, por ora, faremos uma breve reflexão sobre esta questão:

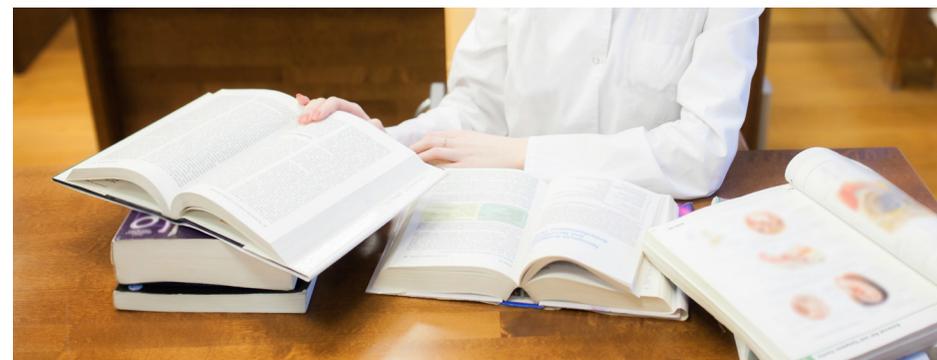
- Se o paciente teve sua vida sexual ativa comprometida devido ao uso de um anti-hipertensivo da classe dos betabloqueadores (por exemplo, propranolol, atenolol e carvedilol), você vai encorajá-lo à adesão sem analisar os riscos, benefícios e as demais possibilidades terapêuticas? Esse encorajamento trará resultado terapêutico? Lembre-se de praticar a empatia!



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Viu como a história social pode explicar um comportamento do paciente? Ela pode explicar uma baixa adesão ou um abandono ao tratamento. Nesse contexto, de se conhecer o histórico familiar e social do paciente, é importante destacar que a PNAB preconiza que durante o processo de trabalho o profissional de saúde deve utilizar ferramentas de gestão da clínica para a microgestão do cuidado, como **genogramas e ecomapas**¹.

O genograma é a representação gráfica da história de vida da família e da inter-relação biológica e afetiva entre seus membros, ao passo que o ecomapa reflete os relacionamentos dos membros da família com sistemas mais amplos, como amigos, trabalho, instituições e comunidade, os quais constituem a rede social pessoal. Ambos os instrumentos são efetivos na resolução dos problemas relacionados à farmacoterapia identificados pelo farmacêutico no âmbito da atenção básica^{1,13,14}. Por exemplo, um estudo brasileiro sobre acompanhamento farmacoterapêutico na atenção básica identificou, por meio do genograma e ecomapa, que os familiares de uma paciente constituem os principais membros da sua rede social, assim, o farmacêutico incluiu os membros da família para auxiliar na resolução dos problemas farmacoterapêuticos identificados. Para mais informações sobre a representação esquemática desse caso, veja a literatura complementar indicada a seguir.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

*Nota do editor: Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 3* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 4* podem ser acessadas no *vol. 4* desta mesma coleção, *Método clínico: avaliação e identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia*.

Leia um pouco mais!

Leia o artigo “Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família”¹⁴. Em seguida, faça uma reflexão sobre a importância do contexto familiar e social durante o processo de cuidado centrado na pessoa.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Para aprofundar a compreensão da influência das questões sociais e familiares sobre o processo de cuidado do paciente, é importante que o farmacêutico realize visitas domiciliares, no sentido de conhecer o ambiente familiar e a necessidade de trabalho interdisciplinar para melhorar a qualidade do cuidado¹⁴.

» Problemas de saúde e história médica pregressa

Os problemas de saúde e o histórico de doença do paciente constituem fatores primordiais para identificação e resolução do problema farmacoterapêutico. Nesse sentido, é importante ressaltar que, além de coletar o problema de saúde, o farmacêutico precisa averiguar e aprofundar a investigação sobre **a gravidade, o contexto, a localização e o tempo de duração do problema de saúde**. A busca e a compreensão desses parâmetros são indispensáveis para que se obtenha um plano de cuidado efetivo, assertivo, resolutivo e centrado na pessoa (Quadro 8).



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 8. Parâmetros a serem investigados, exemplos e fundamentos que justificam a investigação durante a coleta de dados subjetivos no Cuidado Farmacêutico

Parâmetro a ser investigado	Exemplos e fundamentos que justificam a importância da investigação
Gravidade da queixa	Exemplo: paciente chega ao consultório, por demanda espontânea, se queixando de sinais e sintomas inespecíficos que podem estar associados à elevação da pressão arterial sistêmica. Nesse caso, é preciso que o farmacêutico compreenda e investigue a gravidade da queixa, por meio da diferenciação entre a urgência e a emergência hipertensiva, pois as condutas devem ser diferentes. Enquanto a emergência hipertensiva exige manejo e encaminhamento imediato para redução da pressão arterial com medicamentos via parenteral, a urgência hipertensiva deve ser tratada com medicamentos por via oral, buscando-se sua redução em até 24 horas ⁹ . Em ambas as situações, os tratamentos devem ser indicados pelo médico ou por meio de prescrição dependente de protocolo
Tempo	Exemplo: paciente em uso de enalapril há seis anos chega para a consulta farmacêutica se queixando de tosse seca há duas semanas. O farmacêutico precisa compreender o momento em que essa tosse aparece na vida do paciente para evitar associá-la, erroneamente, à tosse com o uso do inibidor da enzima conversora de angiotensina, que é uma classe de medicamentos que podem desenvolver tosse seca em 15 a 20% dos pacientes no início da terapia. Então, a tosse, nesse caso, pode ter outra etiologia, dentre as quais: resfriado, gripe, exposição a alérgenos e irritantes, exacerbações de asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Insuficiência Cardíaca (IC) ¹⁵
Localização	Exemplo: paciente chega à unidade de saúde se queixando de edema de membro inferior unilateral. Antes do farmacêutico associar essa queixa a um possível problema farmacoterapêutico de segurança, é importante que ele se atente à localização unilateral do edema, que exclui a associação com o uso de medicamentos (bloqueadores e canais de cálcio, anti-inflamatórios não esteroidais, glicocorticoides, contraceptivos orais, pioglitazona, gabapetina, pregabalina). Esses medicamentos estão associados a edemas, mas em ambos os membros inferiores (bilateral). O edema unilateral exige encaminhamento do paciente ao médico responsável, visto que o problema pode estar associado a outras complicações, como a trombose venosa profunda ou superficial, além de celulite e neuropatia ¹⁶
Contexto	Exemplo: em uma tarde de verão uma criança de oito anos chega à unidade de saúde com erupções cutâneas arroxeadas, manchas vermelhas, bolhas e feridas nas membranas mucosas. O cuidador relata que as manchas iniciaram no tronco com subsequente generalização, sem atingir as áreas palmoplantares. Ela foi diagnosticada com varicela (catapora), mas na verdade era uma reação de Stevens-Johnson ocasionada pelo início de uso recente da carbamazepina. Considerando o exemplo, ressalta-se a importância da compreensão do contexto em que a queixa e o paciente estão inseridos, visto que esse tipo de reação adversa surge em média 7 a 21 dias após o início de uso do medicamento. Essa criança havia iniciado o tratamento há duas semanas, sendo então, necessária a suspensão imediata do tratamento para evitar dano fatal pela reação adversa do tipo B. Além disso, é importante considerar que a varicela se manifesta com maior incidência no fim do inverno e início da primavera e nesse caso a criança já havia sido vacinada contra a varicela, sarampo, caxumba e rubéola (vacina tetra viral) ^{17,18}

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à história médica pregressa, o farmacêutico deve descrever de forma objetiva as ocorrências médicas passadas mais relevantes, principalmente aquelas que podem estar associadas ao uso de medicamentos¹¹. Por exemplo, internações e consultas a unidades de emergência, se pacientes em uso de insulina, o que pode estar associado ao uso inadequado do medicamento; se pacientes em uso de dispositivo inalatório para asma, pode estar associado ao uso inadequado do dispositivo.

Para o farmacêutico investigar se há registro de história médica pregressa e o histórico de doenças familiares, ele deve acessar a funcionalidade “Antecedentes” contida no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

»» Histórico de uso e experiência subjetiva com o uso de medicamentos

Na coleta de dados subjetivos é essencial que se colete dados sobre a **experiência do paciente em relação ao tratamento**, que inclui suas crenças, preferências, preocupações e comportamentos em relação à farmacoterapia. As respostas a esses questionamentos auxiliarão no direcionamento da elaboração do plano de cuidado individualizado do paciente, de forma racional e sistematizada.

Para compreender a experiência subjetiva que o paciente possui com os medicamentos, o farmacêutico precisa utilizar as boas práticas de comunicação e fazer uma escuta e análise ativa durante todo o processo de coletas de dados, pois, **não há uma pergunta ou conjunto de perguntas que sejam capazes de identificar essas experiências**, uma vez que elas devem ser percebidas e identificadas durante a anamnese. Essa experiência com medicamentos pode ser advinda do seu próprio uso ou de alguém próximo e envolve expectativas, preocupações e sentimentos em relação aos medicamentos². Para ajudá-lo na identificação dessas experiências subjetivas com medicamentos, o Quadro 9 apresenta exemplos de relatos de pacientes que evidenciam suas experiências com o uso de medicamentos.

Quadro 9. Exemplos de temas e relatos de experiências subjetivas com o uso de medicamentos

Tema da experiência subjetiva	Exemplos de relatos subjetivos que ocorrem durante a anamnese
Associação do uso da insulina com efeitos negativos vividos por pessoas próximas	“Me prescreva TUDO, exceto insulina. Todo mundo que usa insulina vai para hemodiálise ou amputa o pé”
Associação do uso de anti-hipertensivos com efeitos negativos	“Esse remédio da pressão eu nunca usei, pois o meu cunhado disse que ele diminui a libido sexual”
Ausência de compreensão sobre as limitações do tratamento farmacológico utilizado para tratamento de epilepsia refratária	“Aquele remédio não presta, não faz efeito, pois até hoje não conseguiu acabar com as crises epiléticas do meu filho”

Fonte: Elaboração própria.

Além da experiência subjetiva é importante que o farmacêutico investigue o histórico de possíveis alergias e reações adversas a medicamentos (RAM), pois isso é essencial para evitar problemas futuros relacionados à farmacoterapia. Para isso o farmacêutico deve compreender que se trata de uma RAM do tipo A ou do tipo B, pois em casos de RAM do tipo B a reintrodução do medicamento não deve ser realizada em nenhum momento do tratamento².

Para investigar se há registro prévio de alergias e reações adversas a medicamentos, o farmacêutico deve acessar a funcionalidade “Problemas/Condições e Alergias” contida no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), pois o campo exibe a lista de alergias e as reações adversas registradas pelos profissionais de saúde que fez os atendimentos anteriores.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Revisão de sistemas

A revisão de sistemas é realizada por meio de um conjunto de perguntas que têm como objetivo identificar problemas que não foram verbalizados e identificados durante a avaliação inicial. Com essa revisão é possível identificar os “problemas submersos” representados pela base do *iceberg* no início desta aula. As perguntas são feitas para avaliar os diversos sistemas orgânicos, no sentido céfalo-caudal, da cabeça aos pés do paciente¹².

Para a coleta de dados não ficar cansativa e demorada, o farmacêutico deve ter conhecimento técnico e sensibilidade necessária para realizar perguntas mais gerais, mas com foco em sistemas que possam estar associados às doenças do paciente². Por exemplo, no caso de paciente com diabetes *mellitus* é fundamental questionar os sistemas relacionados às manifestações das complicações da doença, como visão e neuropatia periférica. Uma pergunta a ser feita pode ser: *O senhor tem algum problema nas pernas, joelho e pés? Dor e formigamento, por exemplo.* Se a resposta for positiva, o farmacêutico deve investigar se o problema possui potencial de estar sendo causado por algum medicamento ou se ele pode ser tratado com algum medicamento². A partir disso, ele pode ser direcionado ao plano de cuidado do paciente.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Estamos nos aproximando do final desta aula. Até aqui estudamos estratégias para coleta de dados subjetivos, seguidas do estudo dos componentes constitutivos da coleta de dados subjetivos (Figura 9).

Figura 9. Apresentação dos componentes que compõem a coleta de dados subjetivos nas consultas farmacêuticas



Fonte: Elaboração própria.

Atenção!

Todos esses componentes constitutivos da coleta de dados subjetivos devem ser coletados e inseridos utilizando o campo de dados “Subjetivos” da ferramenta SOAP, contido no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Para conhecer um pouco mais sobre o prontuário, sugerimos a leitura do manual disponível [aqui](#). 



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Para ampliar a reflexão e melhor compreender os aspectos envolvidos na coleta de dados subjetivos e objetivos, é importante praticar. Buscar exemplos e simulações de atendimento farmacêutico para coleta de dados subjetivos e objetivos é um ótimo exercício para sedimentar esses conhecimentos e aprimorar suas habilidades nessa atividade.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Síntese da Aula

O conteúdo desta aula, que evidencia estratégias para coleta e os tipos e particularidades **dos dados subjetivos**, aliado ao que foi apresentado nas *Aulas 3, 9, 11 e 12*, subsidia uma coleta de dados qualificada e resolutiva. Na próxima aula estudaremos a coleta de **dados objetivos** que, somados aos dados subjetivos, compõem a “foto” inicial da situação clínica do paciente, para subsequente identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia e elaboração do plano de cuidado (*Aulas 20 e 21*, que compõem o *Módulo 5**). Na *Aula 15* será apresentado o conceito de dados objetivos, discutindo as principais informações e respectiva importância na identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 set. 2017 [acesso em 26 ago. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Oliveira DR. Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo: RCN Editora; 2011.
3. Srivastava SB. The patient interview. In: Lauster CD, Srivastava SB, editors. Fundamental skills for patient care in pharmacy practice. Burlington: Jones & Bartlett Publishers; 2013. p. 8-19.
4. Obreli-Neto PR, Marusic S, Guidoni CM, Baldoni AO, Renovato RD, Pilger D, Cuman RKN, Pereira LRL. Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. J Manag Care Pharm. 2015;21(1):66-75.
5. Costa AC, Bolina VM, Rodrigues JPV, Reis TM, Oliveira CD, Baldoni AO. Pacientes em uso crônico de prednisona: perfil clínico e laboratorial. Revista Eletrônica de Farmácia. 2018;15:1-6
6. Diab D, Watts N. Bisphosphonate drug holiday: who, when and how long. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2013;5(3):107-11.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 3* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 5* podem ser acessadas no vol. 5 desta mesma coleção, *Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas*.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
8. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3Supl.3):1-83.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
10. Silva CRL, Silva RCL, Viana DL. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. 2ª Ed. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009. 901 p.
11. Santos DFS, Silveira MPT, Camargo AL, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD, Bertoldi AD. Unsafe storage of household medicines: results from a cross-sectional study of four-year-olds from the 2004 Pelotas birth cohort (Brazil). BMC Pediatrics. 2019;19(1):235-43.
12. Correr CJ. Coleta de dados do paciente. In: Correr CJ, Otuki MF, organizadores. A prática farmacêutica comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 272-94.
13. More CLOO. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. Paidéia. 2005;15(31):287-97.
14. Foppa AA, Bevilacqua G, Pinto LH, Blatt CR. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. Braz. J. Phar. Sci. 2008; 44(4): 727-37.
15. II Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. J. Bras. Pneumol. 2006;32(6):403-46.
16. Ratchford EV, Evans NS. Approach to lower extremity edema. Curr Treat Options Cardio Med. 2017;19(16):1-9.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Catapora (varicela): causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. [Internet] [acesso em 19 jul. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/varicela-catapora>.
18. Oliveira A, Sanches M, Selores M. O espectro clínico síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica. Acta Med Port. 2011;24:995-1002.



Material Complementar

Foppa AA, Bevilacqua G, Pinto LH, Blatt CR. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. Braz. J. Phar. Sci. 2008;44(4):727-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a20.pdf>.

Autor

André de Oliveira Baldoni

Professor Adjunto da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), campus Divinópolis-MG. Graduado em Farmácia, modalidade Análises Clínicas, pela Universidade Federal de Alfenas-MG (UNIFAL-MG) em 2006. Mestrado (2010) e Doutorado (2013) em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FCFRP-USP), na área de Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica. Organizador das duas edições do livro Farmacoterapia: Guia terapêutico de doenças mais prevalentes (2013 e 2018). Orientador de mestrado e doutorado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFSJ. Atualmente é coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFSJ (2019-2021), membro da Sociedade Brasileira de Ciências Farmacêuticas (ABCF) e do "Brazil Chapter - International Society for Pharmacoepidemiology (ISPE)". Atua na área de Farmacoterapia, Assistência Farmacêutica, Farmácia Clínica, Cuidado Farmacêutico e Farmacoepidemiologia.

15

Aula



Método clínico: coleta de dados objetivos

Autor: Camilo Molino Guidoni

Ementa da aula



Esta aula apresenta o conceito de dados objetivos, discute as principais informações e sua importância na identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia.

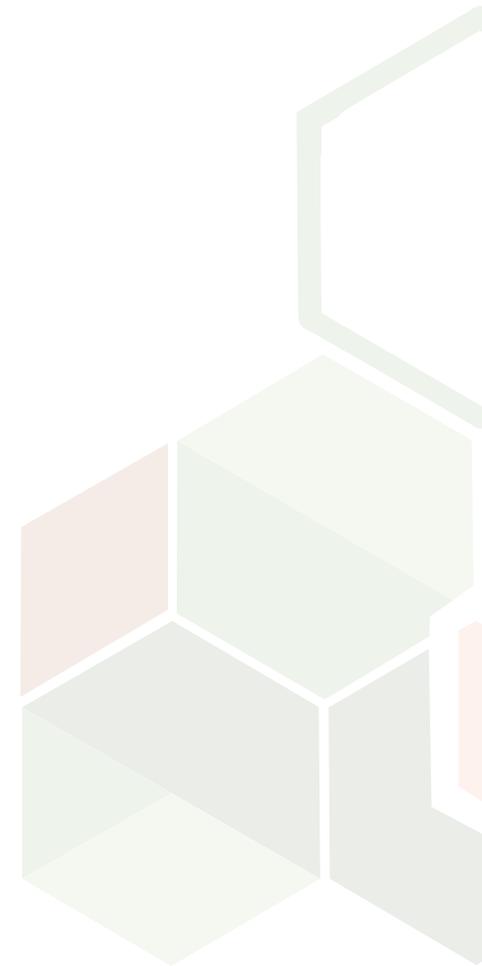
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Quando e como solicitar e realizar exames, obter e interpretar resultados de análises laboratoriais, antropométricos e laudos de exames de imagem.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

Na *Aula 14* abordamos os dados subjetivos e as habilidades que devemos desenvolver para realizar a busca dessas informações no método de raciocínio clínico de cuidado do paciente. Nesta aula, continuaremos abordando a coleta de informações do paciente, mas, agora, enfatizando a coleta de dados objetivos.

Você sabe como e quais dados devemos coletar? Preparados? Então vamos lá!

Refleta!

Quais são os **dados subjetivos** que devemos coletar? Que **habilidades** são necessárias para coletar estas informações?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A coleta de dados objetivos constitui uma das etapas do raciocínio clínico para a elaboração de um plano de cuidado centrado na pessoa, conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Básica¹. Mas, afinal, o que são dados objetivos?

Conforme estudado na *Aula 11*, os **dados objetivos** correspondem aos resultados obtidos nos exames físicos e laboratoriais, testes diagnósticos, incluindo os fatores de riscos que podem ser mensuráveis com escalas apropriadas, como o Escore de Avaliação Geral para estratificação do risco de evento cardiovascular.

Ainda com dúvida?

Os dados objetivos são aqueles que conseguimos coletar por meio da análise da prescrição médica (como medicamento, dose, posologia), da realização da antropometria (por exemplo, peso e circunferência abdominal), dos exames laboratoriais e laudos de exames de imagem (por exemplo, glicemia em jejum, hemoglobina glicada, colesterol total).



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Mas, por qual motivo devemos coletar dados objetivos?

Esses dados são importantes na fase de avaliação e delineamento do plano de atuação (intervenção) a ser realizada pelo farmacêutico.

A consulta farmacêutica, no contexto do cuidado farmacêutico, se inicia com a coleta de dados do paciente, a qual é realizada por meio da anamnese. Além dos dados subjetivos, nessa fase do cuidado obtém-se informações objetivas como identificação do paciente, sinais vitais, medidas antropométricas, prescrição médica, uso de medicamentos sem prescrição, exames laboratoriais, exame físico, entre outros^{2,3}. O Quadro 10 apresenta um resumo dos dados objetivos a serem coletados para realização do cuidado farmacêutico.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 10. Resumo dos dados objetivos a serem coletados para realização do cuidado farmacêutico

Categoria	Dados objetivos	
Condições e problemas de saúde atuais	Problema de saúde, início ou tempo de diagnóstico, diagnóstico, está controlado ou não	
Tratamento atual	Prescrição médica atual (alopatia/homeopatia)	Identificação do prescritor, nome do medicamento, fármaco, forma farmacêutica, concentração por unidade posológica, indicação, data de início do uso, dose, via de administração, frequência, horários de uso, duração do tempo esperado de uso
	Uso atual de medicamento sem prescrição médica (alopatia/homeopatia)	Nome do medicamento, fármaco, dose, posologia, indicação, data de início do uso, tempo esperado de uso, responsável pela indicação, resultado terapêutico
	Outras terapias (aromaterapia/antropofisia/chás/preparações/remédios caseiros)	Responsável pela indicação, nome popular, parte usada, modo de preparo, forma de aquisição da planta, frequência de uso, modo de uso/via de administração, indicação, data de início do uso, resultado terapêutico (solucionou o problema do paciente?)
Exames físico e laboratoriais	Exames de imagens, laboratoriais	Nome do exame, resultado, valor de referência. Exemplo: T score da densitometria óssea (para avaliação da efetividade do tratamento da osteoporose)
	Sinais vitais	Pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura corporal, frequência respiratória, dor
	Glicemia capilar	Valor, horário do dia realizado, tempo desde a última refeição, jejum ou pós-prandial?
	Dados antropométricos	Peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), circunferência de cintura, circunferência abdominal

Fonte: Elaboração própria.

Qual a importância da coleta dos dados objetivos?

Associado às outras informações coletadas pelo farmacêutico (incluindo os dados subjetivos), os dados objetivos são importantes, pois permitem:

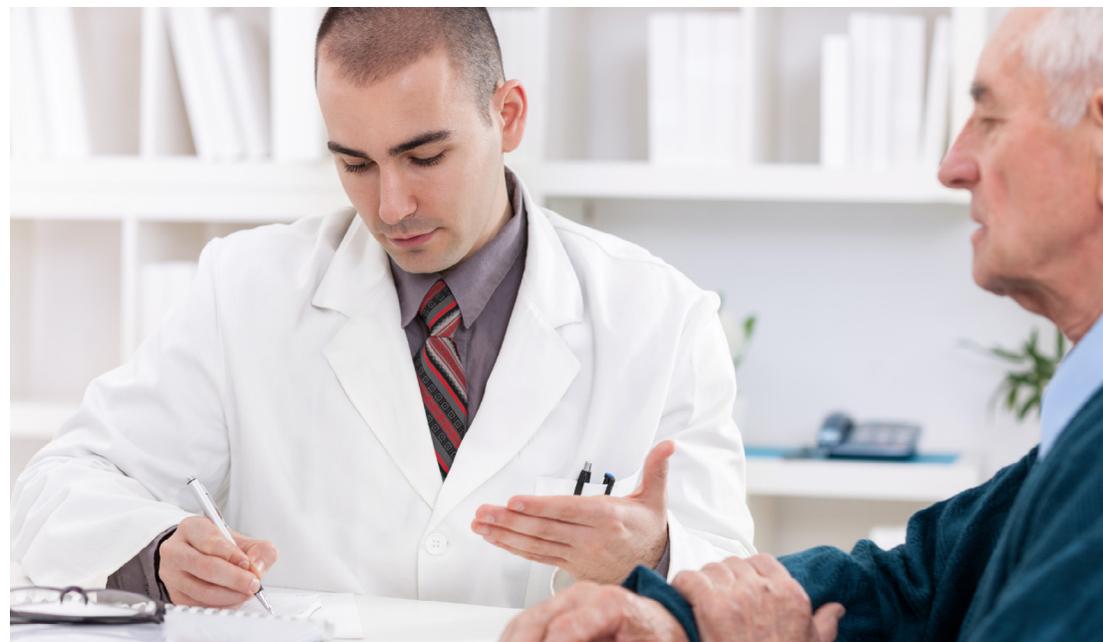
- » conhecer o paciente como um todo, verificando seu estado de saúde atual;
- » correlacionar a necessidade, efetividade e segurança do tratamento prescrito com o desfecho clínico (resultado clínico como melhora, piora ou manutenção do estado de saúde);
- » auxiliar na identificação de problemas relacionados à farmacoterapia;
- » auxiliar na identificação de não adesão ao tratamento;
- » auxiliar no rastreamento de novos problemas de saúde;
- » outros.

Refleta!

Na sua **prática do dia a dia**, quais são os dados objetivos que você coleta? De onde você coleta esses dados?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Você deve ter pensado na coleta dos sinais vitais, medidas antropométricas, prescrição, uso de medicamentos sem prescrição, exames laboratoriais e exame físico. Parabéns, é isso mesmo! Detalharemos essas informações nos tópicos subsequentes.

A coleta de dados objetivos e subjetivos é necessária para realizar a avaliação da situação do paciente e, por conseguinte, tomar uma decisão terapêutica. Lembre-se que a situação clínica do paciente é dinâmica, logo, os dados objetivos podem sofrer alterações no decorrer do acompanhamento farmacoterapêutico, principalmente quando o paciente necessita de várias consultas farmacêuticas para alcançar os resultados terapêuticos desejados. Dessa forma, os resultados obtidos pelos dados objetivos precisam ser comparados ao longo do tempo para avaliar se estão dentro do esperado e de acordo com o plano de cuidado do paciente.

Refleta!

Retomando o que discutimos na *Aula 12, Semiologia no Cuidado Farmacêutico*, qual a importância da anamnese adequada para a coleta de dados objetivos?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A adequada realização da anamnese no contexto da consulta farmacêutica é importante para coletar os dados de documentos que foram trazidos pelo paciente e que não estão disponíveis no prontuário, afinal, esses documentos e laudos de exames podem ser cruciais para entendimento da situação atual do paciente. Antes da consulta farmacêutica também podem ser coletados os dados objetivos do paciente por meio do seu

prontuário, seja em papel, seja eletrônico (e-SUS AB – PEC), assim como durante a realização dos procedimentos de consulta farmacêutica (por exemplo: medida da pressão arterial, circunferência abdominal, frequência cardíaca).

Como vimos na *Aula 11*, ao longo do tempo, os dados devem ser sempre atualizados a fim de manter a situação geral do paciente mapeada, incluindo os dados objetivos. No sistema e-SUS AB, a **base de dados** é composta por Identificação, Antecedentes pessoais, Antecedentes familiares, Exames clínicos e os fatores de risco, além de locais em que o farmacêutico pode consultar ou registrar os dados objetivos.

A coleta de dados objetivos tem como finalidade fornecer subsídios para o desenvolvimento do cuidado farmacêutico, otimizando a farmacoterapia e a melhoria **da qualidade de vida do paciente**^{4,5}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Dados objetivos

Essencialmente, as fontes para a coleta de dados objetivos são documentos impressos ou digitais, como prontuário, prescrição ou base de dados. Como estudamos na *Aula 11*, o ideal é que o farmacêutico colete as informações via e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou da Coleta de Dados Simplificado (CDS), tendo acesso aos seguintes blocos de informações: problemas de saúde atuais, tratamento atual e exames físico e laboratorial. Porém, caso o município não conte com acesso a esse sistema eletrônico, é importante coletar os dados objetivos de documentos impressos.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Mas, será que na entrevista com o paciente é possível coletar algum dado objetivo?

Existe uma linha tênue entre alguns dados objetivos e subjetivos, o que pode tornar confusa a sua classificação em uma das duas categorias. Por exemplo: na entrevista com o paciente, ao questioná-lo sobre o uso pregresso de medicamentos, tal informação seria objetiva ou subjetiva? Vejamos o exemplo de diálogo a seguir:



Farmacêutico: O senhor já usou outros medicamentos para o tratamento da pressão alta além do enalapril?



Paciente: Sim, doutor, já usei.



Farmacêutico: Saberá me dizer qual?



Paciente: Sim. Já utilizei a hidroclorotiazida, tomava um comprimido de 25 mg por dia.



Farmacêutico: Quando você usou?



Paciente: Foi logo após o doutor me dizer que eu estava com pressão alta. Tomei por mais ou menos dois anos, mas agora não tomo mais. Tomo somente esse que eu trouxe para você ver.

Fonte: Imagens - Flaticon ©.

Podemos observar que essa informação pode ser caracterizada como um dado objetivo coletado diretamente do paciente. Outra forma de coleta dessa informação seria através do acesso ao prontuário físico ou eletrônico do paciente (se disponível no seu serviço de saúde).



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Problemas de saúde atuais

Por meio do acesso ao prontuário médico (impresso ou eletrônico), bases de dados informatizadas ou na entrevista, o farmacêutico deve coletar informações sobre os problemas de saúde do paciente, verificando os seguintes itens, conforme sugerido pelo Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico⁶:

- » **Problema de saúde:** deve-se registrar as doenças diagnosticadas ou as condições de saúde relatadas pelo paciente.
- » **Diagnóstico:** identificação do profissional que realizou o diagnóstico.
- » **Início ou tempo de diagnóstico:** anotar a duração ou a data de diagnóstico da doença ou da condição de saúde (quando relatada pelo paciente).
- » **A condição de saúde está controlada:** assinalar com sim ou não.

Exemplo 1:

- » **Problema de saúde:** hipertensão arterial
- » **Diagnóstico:** Dr. Brasil (cardiologista)
- » **Início ou tempo de diagnóstico:** dois anos ou 17/07/2017
- » **Condição de saúde controlada:** sim

Exemplo 2:

- » **Condição ou Doença:** cefaleia
- » **Diagnóstico:** sem diagnóstico médico
- » **Início ou tempo de diagnóstico:** 2 meses ou 17/05/2019
- » **Condição de saúde controlada:** não

Lembre-se!

Na *Aula 14* investigamos a gravidade, o contexto, a localização, o tempo de duração do problema de saúde e a percepção do paciente. Utilize esses conceitos!



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

»» Tratamento atual

Assim como o problema de saúde, o tratamento é um dos principais dados objetivos que o farmacêutico deve ter acesso. Essa informação pode ser coletada por meio do prontuário do paciente (e-SUS AB ou físico), prescrição médica, sacola de medicamentos e/ou entrevista com o paciente. Lembre-se que existem várias opções de tratamento incluindo, por exemplo, prescrição médica atual, uso de medicamento sem prescrição e outras terapias (aromaterapia, antropofisia, chás, preparações, remédios caseiros etc.).



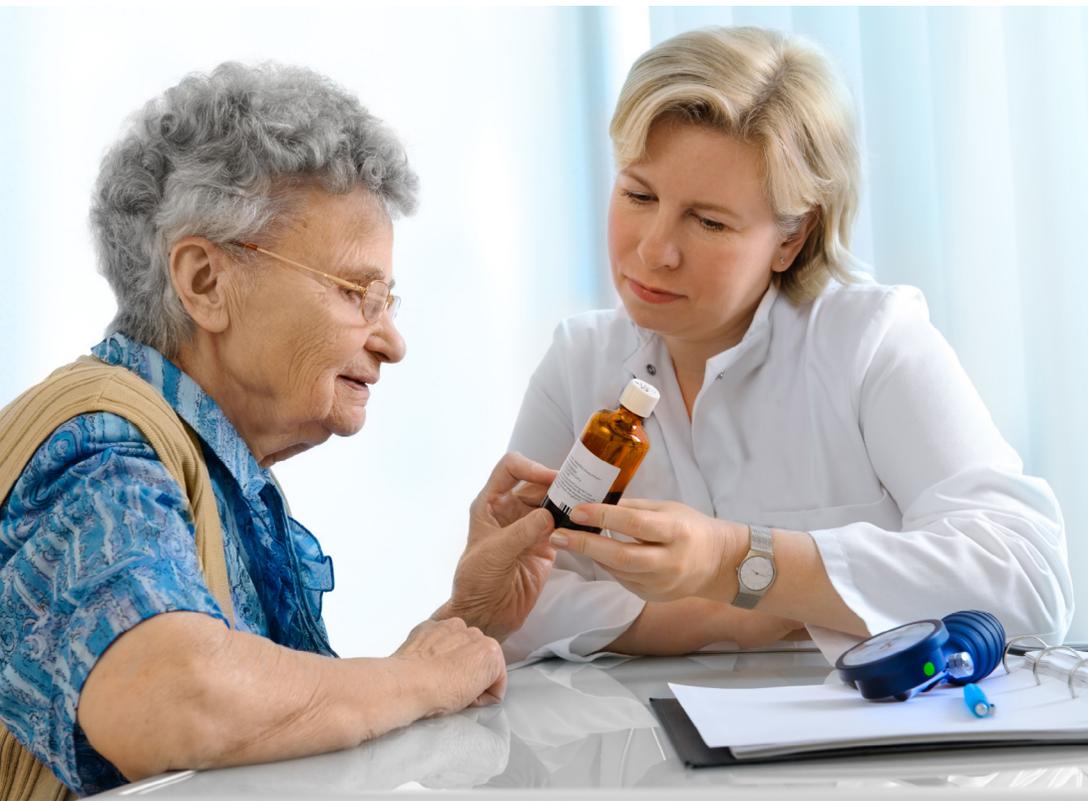
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

— Prescrição médica atual

Colete essa informação através de documentos impressos ou digitais (PEC). Para essa variável o farmacêutico deve coletar as seguintes informações^{6,7}:

- » **Identificação do prescritor:** identificar nome, especialidade e contato.
- » **Nome do medicamento:** comercial ou genérico.
- » **Fármaco:** princípio(s) ativo(s).
- » **Forma farmacêutica:** comprimido, cápsula, solução, entre outras.
- » **Concentração por unidade posológica:** mcg ou mg por comprimido ou por volume.
- » **Indicação:** verificar o motivo para uso do medicamento.
- » **Data de início do uso:** essa informação pode ajudar na investigação da causalidade de reação adversa (causa-efeito), assim como na determinação da efetividade do tratamento.
- » **Dose:** verificar a dose diária utilizada, correlacionando com as doses mínimas e máximas permitidas para uso. Analisar a influência da comorbidades hepáticas e renais sobre a definição da dose.
- » **Via de administração:** verificar a via relacionando com forma de uso, por exemplo, se o paciente fraciona o comprimido para ingerir. Atentar-se para a forma farmacêutica, se é de liberação modificada.
- » **Frequência:** verificar horários e quantas vezes ao dia, possibilitando identificar fatores que possam dificultar o uso do medicamento.

- » **Horários de uso:** verificar a rotina do paciente – horário de despertar, café da manhã, almoço, lanche, jantar e de se deitar; com relação às refeições, verificar se utiliza o medicamento antes, durante ou após a alimentação. Há medicamentos que exigem horário específico de uso, conforme exemplificado no Quadro 11.
- » **Duração do tempo esperado de uso:** uso agudo ou crônico.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 11. Exemplo de medicamentos e horários específicos para a administração

Horário de uso	Medicamento	Racional
Em jejum	Omeprazol	Melhora biodisponibilidade
	Alendronato de sódio	Melhora biodisponibilidade
	Levotiroxina	Melhora biodisponibilidade
De manhã (antes das 9h)	Glicocorticoides	Para mimetizar o horário de pico do cortisol endógeno
Durante o dia (antes das 16h)	Diuréticos	Para evitar diurese noturna
À noite	Sinvastatina	Para se obter resultados mais efetivos, pois a Hidroximetilglutaril CoA redutase (HMG-CoA redutase) possui maior expressão no período noturno

Fonte: Elaboração própria.

Tendo ou não acesso ao e-SUS AB, é importante que o farmacêutico solicite ao paciente que leve os medicamentos e as prescrições médicas na consulta farmacêutica, pois assim é possível realizar a coleta e conferência desses dados, além de verificar as informações descritas pelo paciente.

Importante!

Na *Aula 14* vimos que o farmacêutico deve utilizar perguntas abertas que permitam ao paciente explicar, em suas próprias palavras, como organiza seus medicamentos, como os associa à sua rotina e como percebe a indicação e os efeitos de cada terapia⁷. **Peça ao paciente que relate** para que utiliza o medicamento (indicação), como toma o medicamento (modo de uso), em que horários toma o medicamento (organização da tomada diária), o que ele sente ao tomar os medicamentos (efeito e reação adversa). **Fique atento à fala do paciente**, pois ela pode mostrar aspectos importantíssimos na hora de identificar problemas relacionados à farmacoterapia.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Uma vez realizada a coleta dessas informações, será possível ao farmacêutico confrontar a forma de uso do medicamento relatado pelo paciente, de acordo com o seu entendimento sobre a duração do tratamento, sua percepção acerca do efeito e segurança do tratamento, concordância e adesão ao tratamento, entre outros aspectos (**dados subjetivos**), com as informações contidas na prescrição médica (**dados objetivos**).



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

— Uso atual de medicamento sem prescrição médica

O uso de medicamentos por automedicação ou prescritos por outros profissionais da saúde devem ser investigados exatamente da mesma forma que os medicamentos com prescrição médica. Deve-se atentar para o uso de medicamentos de uso tópico, polivitamínicos, suplementos minerais e fitoterápicos, comumente não valorizados ou reconhecidos pelo paciente como medicamentos⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

— Outras terapias (aromaterapia, antropofisia, chás, preparações, remédios caseiros)

Essa informação será obtida diretamente com o paciente. Muitos pacientes fazem uso de formulações caseiras contendo um ou vários princípios ativos vegetais. Na maioria das vezes, essas formas de tratamento não são valorizadas ou coletadas por outros profissionais de saúde. Porém, sabe-se que esses remédios podem interferir na efetividade e segurança do tratamento farmacológico atual do paciente, sendo importante que o farmacêutico colete tal informação.

O uso desses remédios caseiros, principalmente chás, também deve ser registrado, pois podem conter substâncias que interfiram na ação dos medicamentos em uso. Devem ser coletadas as seguintes informações⁷:

- » **Quem indicou:** familiar, vizinho, profissional de saúde.
- » **Nome popular:** reconhecer as possíveis substâncias presentes nas preparações.
- » **Parte usada:** identificar possíveis substâncias presentes nas preparações.
- » **Modo de preparo:** compreender as possíveis substâncias extraídas.
- » **Como adquire a planta:** verificar a procedência e qualidade.
- » **Frequência de uso:** investigar a possibilidade de causalidade com as condições e doenças apresentadas pelo paciente.
- » **Modo de uso/via de administração:** observar a possibilidade de interação com o tratamento com os medicamentos.
- » **Indicação:** verificar por qual motivo o paciente utiliza.
- » **Data de início do uso:** estimar possível interferência no tratamento das condições ou doenças do paciente.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Exemplo 1:

- » **Responsável pela indicação:** familiar
- » **Nome popular:** eucalipto
- » **Parte usada:** folhas e casca
- » **Modo de preparo:** preparação de um chá
- » **Como adquire a planta:** na feirinha perto de casa
- » **Frequência de uso:** quando necessário
- » **Modo de uso/via de administração:** inalação
- » **Indicação:** resfriado
- » **Data de início do uso:** não se recorda



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Exames físico e laboratoriais

Essas informações podem estar contidas nos laudos dos exames trazidos pelo paciente ou podem ser acessadas via prontuário eletrônico (por exemplo, na aba exames do PEC no sistema do e-SUS AB). Além disso, são atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde, nos âmbitos individual e coletivo: solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia (por exemplo, glicemia de jejum e hemoglobina glicada); determinar parâmetros bioquímicos e fisiológicos do paciente, para fins de acompanhamento da farmacoterapia e rastreamento em saúde; e avaliar resultados de exames clínico-laboratoriais do paciente, como instrumento para individualização da farmacoterapia⁴.

A coleta dos valores dos parâmetros clínicos pode ser realizada por meio da verificação de sinais vitais e/ou dos registros de autoteste fornecidos pelo paciente, laudo de exames laboratoriais, entre outros. Como exemplos, tem-se: determinação dos níveis capilares de glicose, colesterol e triglicerídeos; e verificação da temperatura corporal, pressão arterial, peso, altura⁸.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



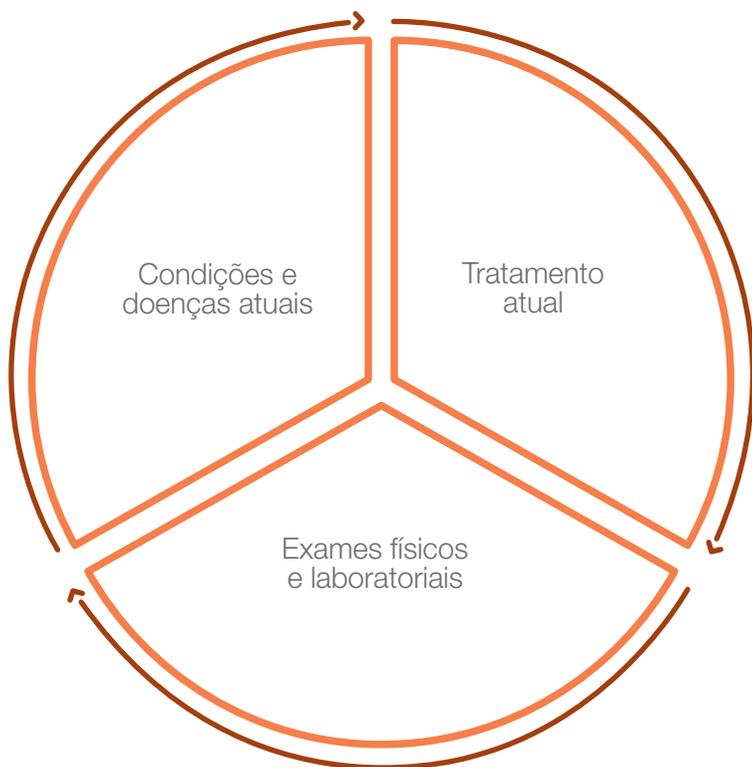
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Previamente à consulta farmacêutica, é importante solicitar ao paciente que leve consigo os últimos laudos dos exames laboratoriais realizados ou que sejam acessados registros eletrônicos de resultados de exames laboratoriais (PEC, por exemplo). Dependendo da estrutura disponível na sala em que estiver sendo realizada a consulta farmacêutica, o farmacêutico poderá coletar alguns dados objetivos, tais como glicemia capilar, pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal e de quadril, entre outros.

A análise dos dados subjetivos e objetivos pelo farmacêutico no raciocínio clínico tem como finalidade a verificação do estado clínico do paciente, da efetividade, segurança e adesão ao tratamento, da identificação de problemas relacionados a farmacoterapia e, consequentemente, do direcionamento de uma farmacoterapia racional e efetiva⁸.

Vimos até aqui os principais dados objetivos que devem ser coletados, ilustrados na Figura 10, os quais podem ser coletados no prontuário físico ou virtual (PEC), na prescrição, laudos apresentados pelo paciente, nos registros de dispensação de medicamentos da farmácia, ou até mesmo durante a consulta farmacêutica. Lembre-se que eles são dinâmicos e se alteram no percurso de vida do paciente. Você deve estar atento a essa situação.

Figura 10. Categorias de dados objetivos a serem coletados para a realização do raciocínio clínicos



Fonte: Elaboração própria.

Atenção!

Os dados objetivos coletados na consulta farmacêutica devem ser inseridos no campo de dados “Objetivos” da ferramenta SOAP, contido no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Se ainda não conhece esse prontuário, sugerimos a leitura do manual disponível [aqui](#).



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Para praticar e ampliar sua reflexão sobre os aspectos envolvidos na coleta de dados subjetivos e objetivos, esta aula se encerra com uma simulação de atendimento farmacêutico para coleta de dados subjetivos e objetivos, da qual você participará como OBSERVADOR do atendimento. Então, vamos lá! Acesse o fórum temático para conversarmos mais sobre esse assunto.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Síntese da Aula

O conteúdo desta aula, que evidencia estratégias para coleta de dados objetivos para a identificação de problemas relacionados a farmacoterapia, subsidia o farmacêutico a realizar o raciocínio clínico no atendimento dos pacientes. É importante que o profissional colete informações sobre as condições e doenças atuais, tratamento atual e exames físicos e laboratoriais do paciente. A coleta dos dados objetivos é importante para que o farmacêutico conheça o paciente como um todo, correlacione a necessidade, efetividade e segurança do tratamento prescrito com o desfecho clínico (resultado clínico como melhora, piora ou manutenção do estado de saúde), entre outras.

Com os **dados subjetivos** vistos na *Aula 14*, conseguimos compor agora a “foto” inicial da situação clínica do paciente, para subsequente identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia e elaboração do plano de cuidado (que veremos nas *Aulas 20 e 21*, que compõem o *Módulo 5**). Na *Aula 16* será apresentada a **avaliação da adesão ao tratamento**, a qual faz parte do grupo de informações necessárias para a identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 set. 2017 [acesso em 26 ago. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Correr JC, Noblat LACB, Castro, MS. Modelos de seguimento farmacoterapêutico. In: Soares L, Farias MR, Leite SN, Campese M, Manzini F, organizadores. Atuação clínica do farmacêutico. Florianópolis: EdUFSC; 2016. p. 221-52.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília, 2013.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Brasília, 2009.

*Nota do editor: Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 3* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 5* podem ser acessadas no *vol. 5* desta mesma coleção, *Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas*.

6. Hernández DS, Castro MMS, Dáder MJF. Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. 3ª Ed. (versão em português). Alfenas: Editora Universidade Federal de Alfenas; 2014.
7. Correr CJ, Otuki MF, Rossignoli PS. Guia de referência do curso “Habilidades Clínicas para Farmacêuticos do Serviço Público de Saúde” – Módulo II – Seguimento Farmacoterapêutico. Curitiba: Conselho Regional de Farmácia do Paraná; 2010. Documento consultado em pdf.
8. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual/Conselho Federal de Farmácia. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

Autor

Camilo Molino Guidoni

Farmacêutico-Bioquímico pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Mestre e Doutor em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP/USP). Professor adjunto C da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Coordenador do CIATox-Londrina. Orientador do programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, e em Saúde Coletiva da UEL. Orientador do curso de mestrado profissionalizante em Assistência Farmacêutica da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Organizador do Livro Farmacoterapia: guia terapêutico de doenças mais prevalente. Experiência na área de farmacoterapia baseada em evidências, serviços farmacêuticos clínicos, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e toxicologia clínica.

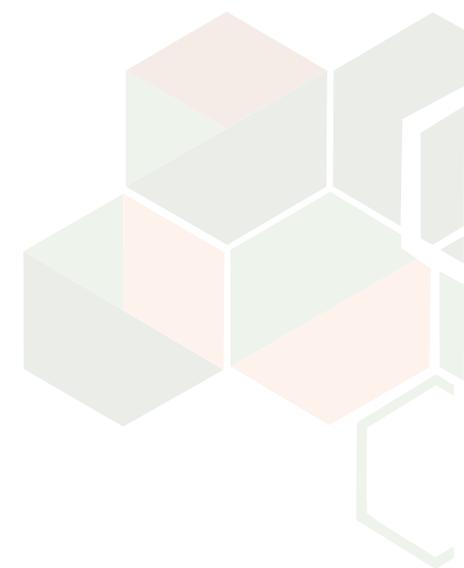
16

Aula



Método clínico: avaliação da adesão ao tratamento

Autor: Paulo Roque Obreli Neto



Ementa da aula



Esta aula aborda o conceito e os métodos de avaliação da adesão, bem como fatores que interferem nesse processo, tais como: características próprias do paciente, da doença ou do tratamento, condições socioeconômicas, sistema e equipe de saúde.

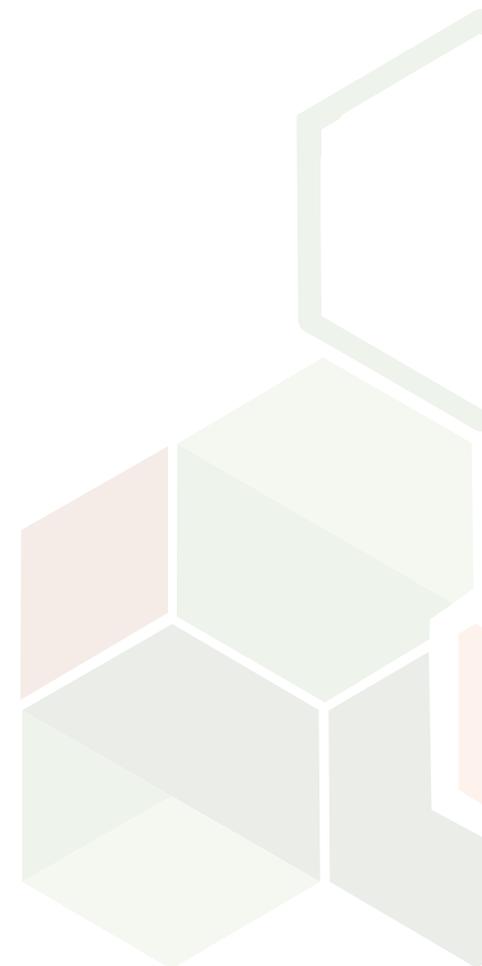
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Analisar de forma crítica a influência da adesão e da não adesão ao tratamento.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

Nesta aula abordaremos uma variável fundamental no processo de cuidado e que constitui uma variável indispensável no alcance dos objetivos terapêuticos desejados: a adesão à farmacoterapia.

Dona Maria, 61 anos, foi até a unidade de saúde da atenção primária do bairro onde mora para marcar uma consulta de rotina, pois gostaria de fazer exames laboratoriais uma vez que seus pais tinham diabetes e hipercolesterolemia. Além disso, ela é a única dos oito filhos de seus pais que não tem diabetes e hipercolesterolemia, e por isso gosta de realizar esses exames uma vez a cada três anos. Atualmente, Dona Maria não apresenta nenhum problema de saúde com diagnóstico médico firmado, e também não utiliza nenhum medicamento; ela sempre comenta com suas amigas que não sabe o que é ficar doente ou apresentar qualquer problema de saúde.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Ao chegar na unidade de saúde, que fica a aproximadamente 9 km de distância da casa da Dona Maria – que teve que ir andando, pois não possui carro e não tem dinheiro para pagar qualquer meio de transporte –, ela ficou assustada com o tamanho da fila para falar com a recepcionista. Após esperar por mais de 90 minutos, chegou a vez de nossa personagem conversar com a atendente. Dona Maria tentou explicar que gostaria de fazer exames de sangue de rotina e marcar uma consulta, mas antes que ela pudesse iniciar a explicação, a funcionária disse com voz ríspida: “Me dá seu cartão SUS, vaga agora com a doutora só para daqui a 45 dias!”

Dona Maria tentou argumentar: “Por favor, não teria como eu conversar com algum outro profissional da equipe, tipo a enfermeira ou farmacêutico, para ela já pedir os exames de sangue para mim e adiantar para que na consulta com a médica eu já venha com os resultados?”

A recepcionista respondeu: “Não, a enfermeira cuida apenas de papelada, o farmacêutico cuida da compra dos remédios, eles não têm tempo para jogar conversa fora com pacientes, não. A senhora quer marcar a consulta com a doutora ou não?”

E assim Dona Maria voltou para sua casa caminhando novamente, por 9 km, e esperou os 45 dias para ir até a consulta médica.

No dia da consulta médica, Dona Maria tomou outro susto: ao chegar lá, todos os pacientes agendados para aquele dia (eram 32 pacientes) já estavam na unidade desde as sete horas. Ficou mais surpresa ao saber que o atendimento era por ordem de chegada. Dona Maria tinha sido a última paciente a chegar. A idosa ficou lá sem ter o que comer, sentada em uma cadeira dura, sem ao menos uma televisão para distraí-la enquanto esperava.

Eram 16h30 quando chegou a vez do atendimento de Dona Maria. Ao entrar no consultório, Dona Maria cumprimentou a médica e foi começar a explicar o motivo da consulta, mas a médica logo interrompeu e disse: “Minha senhora, a médica aqui sou eu, assim, quem fala durante a consulta sou eu. Vamos lá. O que a senhora está sentindo?”. Dona Maria respondeu: “No momento nada, apenas gostaria de fazer exames de sangue para ver se estou com diabetes e colesterol alto, porque na minha família todo mundo tem isso.” A médica riu e respondeu: “Então a senhora está procurando doença, né? Vamos lá, vou liberar os exames para a senhora para depois a secretária não vir aqui me aborrecer... toma o pedido de uma glicemia de jejum e colesterol total. Mostre esse papel para recepcionista e já agende um retorno comigo quando esses exames estiverem prontos. Até mais”.

Dona Maria saiu extremamente triste do consultório e foi agendar a coleta dos exames de sangue, os quais só realizou 30 dias após a consulta, e conseguiu agendar um retorno com a médica para 30 dias após ter colhido os exames de sangue.

No dia da consulta, Dona Maria saiu de casa às 3h, e dessa vez conseguiu ser a quarta paciente na fila de espera. Às 10h ela foi chamada pela médica para o atendimento. A médica olhou o resultado dos exames e disse “Bom, a senhora está com diabetes. Vou passar esse remédio aqui para a senhora tomar. Vá com essa receita aqui na farmácia do postinho mesmo, pega de graça e já começa a tomar. Daqui a uns seis meses a senhora volta aqui para conversarmos novamente. Até mais”.

Ao sair do consultório, parecia que o mundo tinha acabado para Dona Maria. Diabetes, a doença que fez com que sua mãe ficasse cega e tivesse que amputar um pé. A mesma doença que fez com que sua irmã mais velha fizesse hemodiálise. Mas, Dona Maria pensou “Mas eu não sinto nada, estou bem, será que essa médica não está com raiva de mim e por isso me passou esse medicamento?”.

Dona Maria foi na farmácia da unidade de saúde e retirou os comprimidos prescritos (cloridrato de metformina 850 mg, 1 comprimido após café da manhã + 1 comprimido após almoço + 1 comprimido após jantar). No mesmo dia, Dona Maria começou a tomar o medicamento igualzinho o que estava escrito na receita. Contudo, no segundo dia começou a ter muita diarreia e a sentir o estômago meio inchado. Dona Maria foi conversar com sua vizinha, Dona Tereza, que disse “Maria, remédio de posto de saúde é tudo porcaria, o governo quer é matar os pobres. Você estava bem sem esses remédios, não estava? Para logo de tomar isso”. Dona Maria escutou os conselhos de sua vizinha e parou de tomar a metformina, e após um dia sem tomar o medicamento, os sintomas desapareceram e Dona Maria pensou “Quer saber, estava muito melhor sem esse veneno, nunca mais volto naquele posto de saúde”.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Passados sete anos, foi implantada uma estratégia de saúde da família no bairro onde Dona Maria mora. Na visita domiciliar multiprofissional (médico, enfermeiro, farmacêutico e agente comunitário de saúde), eles escutaram essa história da Dona Maria e agendaram para a mesma semana novos exames laboratoriais. Com os resultados prontos, a equipe novamente foi até a casa da paciente e conversaram sobre seu estado de saúde atual. De maneira resumida, sua hemoglobina glicada estava 14,7%, seu LDL-colesterol estava 229 mg/dL e sua creatinina sérica estava 4,1 mg/dL.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Conceito de adesão

Falta uniformidade e transparência nas terminologias utilizadas para descrever a adesão, com utilização de diversos vocábulos (exemplos: *adherence, compliance, concordance*) e diferentes entendimentos sobre estes¹. O termo *compliance* refere-se à extensão em que o comportamento de uma pessoa (no tocante a tomar o medicamento, seguir as dietas ou realizar outras mudanças de estilo de vida) corresponde com a recomendação médica ou de saúde². Já o termo *concordance* não se refere ao comportamento do paciente em utilizar medicamentos, mas sim à natureza da interação entre profissional de saúde e paciente, sendo baseado no fato de que consultas entre profissionais de saúde e pacientes são uma negociação entre iguais. O conceito de adesão descrito no relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre adesão ao tratamento em longo prazo descreve adesão como “a extensão a qual o comportamento de uma pessoa – usar medicamentos, seguir uma dieta e/ou executar mudanças de estilo de vida – corresponde com as informações acordadas com um profissional de saúde (página 4)”³. Podemos observar que o termo adesão, conforme proposto pela OMS, pressupõe um esforço do paciente para seguir as recomendações dos profissionais de saúde, geralmente o farmacêutico, que tem autonomia para identificar e sugerir um plano para solucionar os problemas de adesão; ou seja, o paciente deve ser entendido como sujeito ativo e responsável pelo sucesso do plano de cuidado estabelecido⁴. É importante atentar para o fato de que a adesão à farmacoterapia envolve um processo temporal multifásico: 1) início da terapia prescrita; 2) implementação da terapia como prescrita; 3) persistência subsequente⁵.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quer entender um pouco mais sobre as terminologias utilizadas para descrever a adesão?

Leia um pouco mais!

Oliboni LS, Castro MS. Adesão à farmacoterapia, que universo é esse? Uma revisão narrativa. Clin Biomed Res. 2018; 38(2):178-95.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

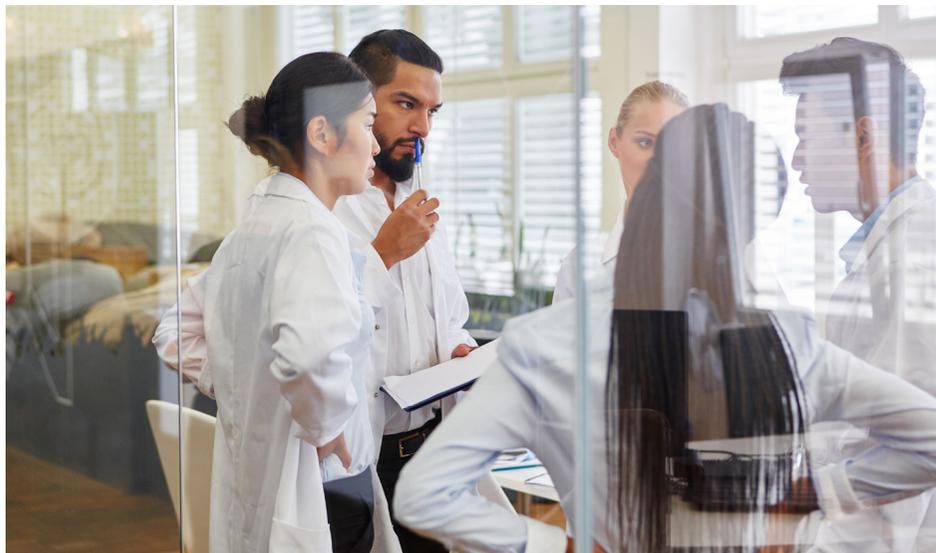


Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Os pacientes estão aderindo à farmacoterapia?

Infelizmente, muitos pacientes não aderem ao tratamento proposto. A OMS estima que 50% dos pacientes com doenças crônicas que moram em países desenvolvidos aderem ao tratamento, e assume que a adesão é ainda menor entre pacientes que moram em países em desenvolvimento³. Essa estimativa é preocupante, visto que em 2020 cerca de 56% dos problemas de saúde em países em desenvolvimento serão aqueles considerados crônicos⁶. Segundo estimativas do Ministério da Saúde do Brasil, cerca de 70% dos atendimentos realizados referem-se às condições crônicas.

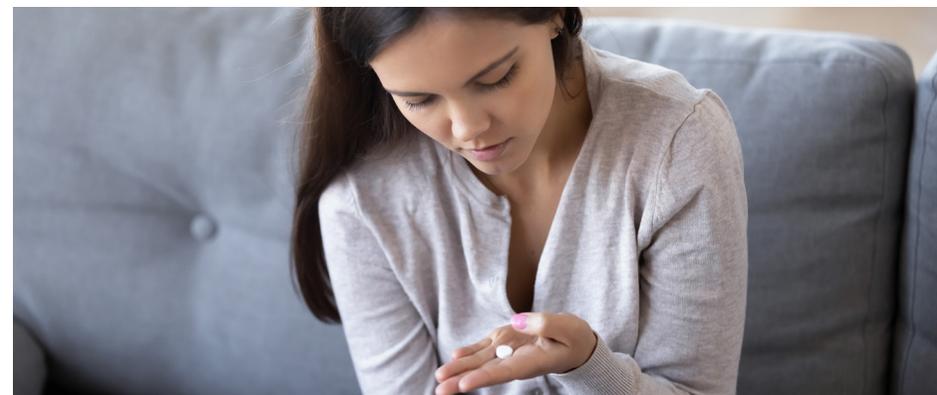
O Quadro 12 descreve os resultados de alguns estudos que avaliaram o padrão de adesão à farmacoterapia.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Impacto clínico e econômico da não adesão à farmacoterapia

Impacto clínico: a adesão ao tratamento medicamentoso é um dos principais determinantes da efetividade do tratamento. A não adesão ao tratamento promove o não alcance do objetivo terapêutico, surgimento de complicações da doença, hospitalizações, e até mesmo mortes. Por exemplo, um estudo de coorte retrospectivo com 11.532 pacientes com DM verificou que pacientes que não aderem à farmacoterapia apresentaram maiores valores de hemoglobina glicada (HbA1c), pressão arterial e lipoproteína de baixa densidade (LDL-colesterol). Adicionalmente, esses pacientes apresentaram maior taxa de hospitalização e mortalidade⁷. Um exemplo de surgimento de complicações da doença decorrentes da não adesão à farmacoterapia são os resultados da revisão sistemática realizada por Chowdhury *et al.*⁸, que verificou que 9% dos eventos cardiovasculares que ocorreram na Europa podem ser atribuídos à não adesão à farmacoterapia. Já um estudo de coorte retrospectivo com 347.107 pacientes com doença aterosclerótica cardiovascular usando estatina verificou que a não adesão à terapia com estatina está associada a maior risco de morte (Hazard ratio = 1,30 [IC95% 1,27 – 1,34])⁹.



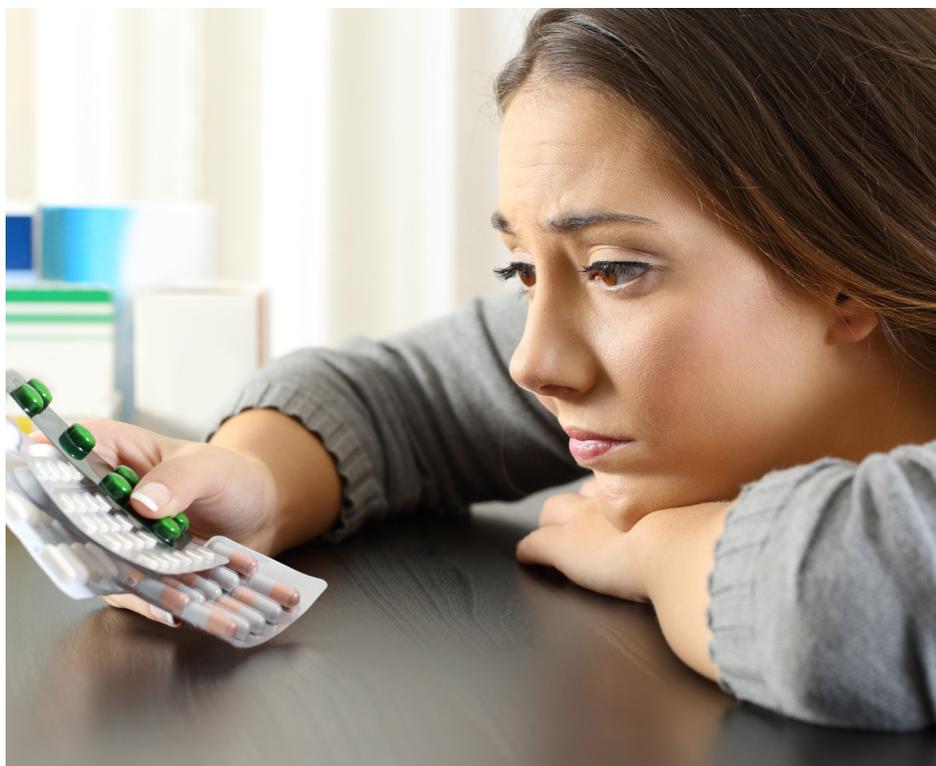
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 12. Resultados de estudos que avaliaram o padrão de adesão à farmacoterapia

Autor	Delineamento do estudo	Local do estudo/ Tamanho da amostra	Doença abordada	Método de avaliação da adesão	Resultados
Abegaz et al., 2017	Revisão sistemática	15 países/ 13.688 pacientes	Hipertensão arterial	Questionário estruturado	45,2% dos pacientes com hipertensão arterial não aderem à farmacoterapia 83,7% dos pacientes com hipertensão arterial não controlada não aderem à farmacoterapia ¹⁰
Cramer, 2004	Revisão sistemática	5 países/ 380.189 pacientes	Diabetes mellitus tipo 2	Medication Event Monitoring System (MEMS) Contagem manual de comprimidos	36% a 93% dos pacientes com diabetes mellitus aderem ao tratamento com antidiabéticos orais ¹¹
Sansone, Sansone, 2012	Revisão sistemática	6 países/ 318.087 pacientes	Depressão	Questionário estruturado	46,2% dos pacientes com depressão não aderem à farmacoterapia ¹²
Montes de Oca et al., 2017	Estudo transversal	7 países/ 795 pacientes	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Questionário estruturado	26,5% dos pacientes com DPOC apresentam adesão intermediária à farmacoterapia 19,4% dos pacientes com DPOC apresentam baixa adesão à farmacoterapia ¹³

Fonte: Elaboração própria.

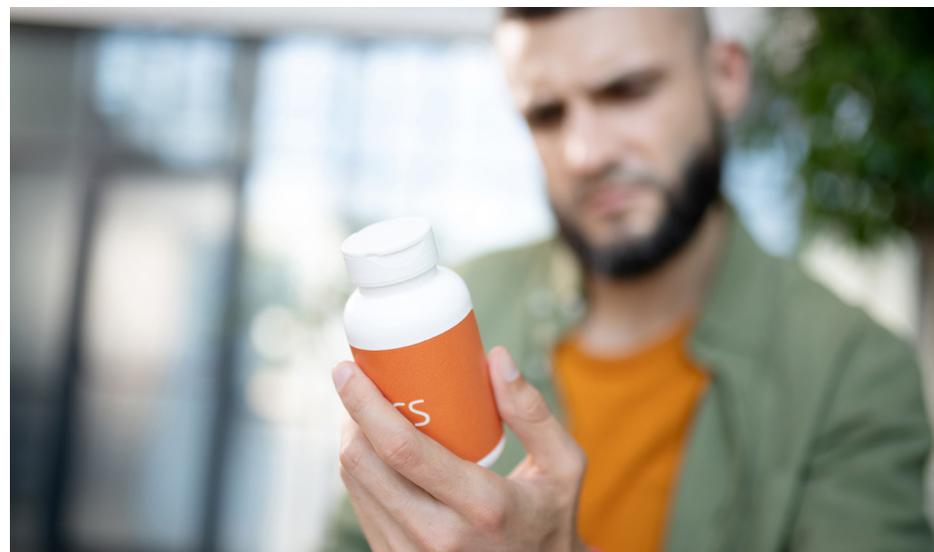
Impacto econômico: em uma revisão sistemática realizada por Cutler et al.¹⁴, foi verificado que o custo anual ajustado da não adesão ao tratamento medicamentoso por paciente atribuído a uma doença específica varia de USD 949 a USD 44.190 (valores ajustados em 2015), e varia de USD 5.271 a USD 52.341 (valores ajustados em 2015) quando atribuído a todas as doenças. Esse estudo também verificou que quanto mais insatisfatório o padrão de adesão ao tratamento medicamentoso do paciente, maior o custo relacionado à não adesão. A não adesão ao tratamento medicamentoso é responsável por uma parcela significativa do aumento dos gastos dos sistemas de saúde¹⁴.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Fatores que interferem na adesão à farmacoterapia da falta de adesão à terapêutica

A OMS categorizou as razões potenciais para não adesão ao tratamento em cinco dimensões também chamado de modelo multidimensional de adesão: fatores relacionados ao paciente, fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao tratamento, fatores relacionados à condição de saúde/doença e fatores relacionados aos serviços de saúde e/ou equipe de saúde. O padrão de adesão à farmacoterapia é o resultado da interação dinâmica e contínua desses fatores³. No Quadro 13 são descritas as barreiras que interferem nesses fatores, assim como algumas intervenções que podem resolvê-las.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica

Não existe uma única estratégia de intervenção ou um grupo de estratégias que tenha mostrado ser efetivo para todos os pacientes, condições clínicas e ambientes. Na verdade, intervenções para melhorar a adesão à farmacoterapia devem considerar demandas específicas de cada paciente. Para isso, é necessário desenvolver medidas para avaliar adequadamente não apenas o padrão de adesão à farmacoterapia do paciente, mas também os fatores que influenciam esse padrão³.

As intervenções focadas na melhora da adesão à farmacoterapia devem ser um processo contínuo e dinâmico em que o farmacêutico desempenha um papel relevante, tendo autonomia para solucionar a maioria dos problemas relacionados a essa categoria, além de ser multiprofissional. Nesse contexto, a participação ativa da família, da comunidade e de organizações de pacientes no suporte do cuidado dos pacientes é um componente importantíssimo³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 13. Barreiras e estratégias para melhorar a adesão à farmacoterapia: fatores relacionados ao paciente

Barreiras	Estratégias para melhorar a adesão
1. Deficiências visual	1. Adotar estratégias de comunicação e lembretes adequados para pacientes com deficiência visual (exemplo: enviar mensagens de voz por celular, utilizar escrita em braille), adotar estratégias para evitar confusão das embalagens dos medicamentos, estimular o auxílio de amigos e familiares
2. Problemas de deglutição	2. Utilizar, quando possível, formas farmacêuticas orais líquidas ou dissolver comprimidos
3. Esquecimento/falha para lembrar de utilizar medicamento(s)	3. Prescrição de regimes terapêuticos menos complexos, organização de medicamentos dos pacientes para facilitar o uso (Figura 11), uso de dispositivos eletrônicos como celular para lembrar o paciente de utilizar o(s) medicamento(s), estimular o paciente a adotar rotinas para evitar o esquecimento, incentivar e avaliar a adesão em todos os atendimentos
4. Falta de habilidades manuais para abrir e fechar frascos ou blisters de medicamentos	4. Organizar medicamentos dos pacientes para facilitar o uso (Figura 11), procurar medicamentos com embalagens de manuseio mais fácil, estimular o auxílio de amigos e familiares
5. Falta de habilidades manuais para utilizar formas farmacêuticas como dispositivos inalatórios, medicamentos injetáveis (exemplo: insulina), colírios etc.	5. Utilizar, quando possível, outras formas farmacêuticas, procurar dispositivos que melhor se adaptem às necessidades do paciente (exemplo: caneta aplicadora de insulina e uso de espaçador em dispositivos inalatórios podem ser uma alternativa para alguns pacientes), estimular o auxílio de amigos e familiares, orientar o paciente sobre técnica de uso dos medicamentos, avaliar periodicamente a técnica de uso do paciente (exemplo: solicitar para o paciente demonstrar como está utilizando o dispositivo inalatório, a insulina etc.)
6. Falta de habilidade de leitura e compreensão das orientações	6. Utilizar método de cuidado centrado no paciente (cuidado deve ser prestado respeitando as características individuais do paciente), usar pictogramas para orientação, verificar o entendimento do paciente solicitando feedback das orientações fornecidas
7. Descrença no diagnóstico	7. Discutir com o paciente suas crenças relacionadas ao diagnóstico
8. Crenças sobre a doença e o medicamento	8. Discutir com o paciente sobre suas crenças relacionadas à doença e aos medicamentos. Permitir que o paciente participe do processo de elaboração do seu plano de cuidado, respeitando suas preferências e preocupações, possibilitando o seu empoderamento ante seu tratamento
9. Conhecimento sobre a doença e os medicamentos	9. Educação do paciente desde o diagnóstico e em todas as etapas do processo de cuidado. Discutir com o paciente todas as informações sobre a doença e o tratamento. Discutir com o paciente quais são os objetivos do tratamento e como monitorar esses objetivos
10. Experiência pessoal com a doença e os medicamentos	10. Respeitar as experiências pessoais do paciente, permitir que o paciente participe do processo de elaboração do seu plano de cuidado, respeitando suas preferências e preocupações, possibilitando o seu empoderamento ante o tratamento

(continua)

(continuação)

Barreiras

Estratégias para melhorar a adesão

11. Informações fornecidas por terceiros sobre a doença e os medicamentos

11. Discutir com o paciente as informações que terceiros forneceram sobre a doença e os medicamentos

12. Falta de percepção dos riscos relacionados à doença

12. Discutir com o paciente as potenciais complicações da adesão

13. Medo de ser estigmatizado ao utilizar medicamento (exemplo: paciente com HIV/AIDS)

13. No caso do uso de antirretrovirais, pacientes costumam armazenar esses medicamentos em embalagens que não permitem que terceiros os identifiquem, e usar alertas de celular para poder sair de local com bastante pessoas para ir utilizar o medicamento em local mais reservado

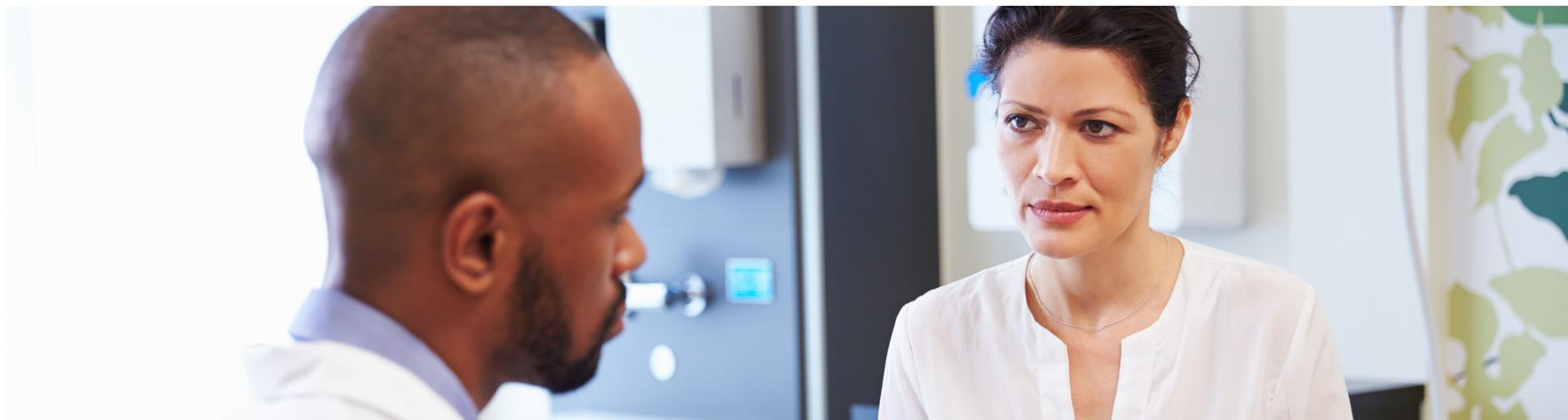
14. Medo de ficar dependente do medicamento

14. Discutir com o paciente sobre essa crença

15. Falta de motivação e atitude negativa (depressão, ansiedade, medo, raiva e estresse)

15. Avaliar a motivação em aderir ao tratamento em todos os atendimentos, incentivar o paciente em todos os atendimentos, tratar esses sentimentos quando necessário, estimular a participação de familiares e conhecidos

Fonte: Oliboni e Castro¹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 14. Barreiras e estratégias para melhorar a adesão à farmacoterapia: fatores socioeconômicos

Barreiras	Estratégias para melhorar a adesão
1. Baixa escolaridade e baixo letramento em saúde	1. Adotar estratégias de comunicação e lembretes adequados à escolaridade do paciente, estimular o auxílio de amigos e familiares
2. Baixa renda	2. Dar preferência a tratamentos contendo medicamentos disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS)
3. Influência de normas sociais	3. Respeitar as normas sociais que o paciente segue no momento de elaborar o tratamento medicamentoso
4. Falta de suporte familiar	4. Contatar e sensibilizar familiares e conhecidos no que concerne à importância de auxiliar o paciente, contatar o poder público (saúde, assistência social) para auxiliar o paciente
5. Custo do tratamento (aquisição de medicamentos, consultas, exames, deslocamento para consultas e aviamento dos medicamentos)	5. Dar preferência a tratamentos contendo medicamentos disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, utilizar critérios racionais para seleção do tratamento (decisões baseadas em evidências científicas, e não por pressão da indústria farmacêutica), fortalecer a integralidade do cuidado prestado pelo SUS, desenvolver estratégias de cuidado mais próximo do paciente, como atendimento domiciliar, dispensação de medicamentos no domicílio do paciente, deslocamento periódico de profissionais de saúde para realizar atendimentos e outras atividades em locais externos à unidade de saúde etc.
6. Regime terapêutico prescrito não é compatível com rotina diária do paciente (exemplo: jornada de trabalho, cuidado com casa e filhos etc.)	6. Respeitar a rotina diária do paciente na elaboração do seu regime terapêutico (tentar adequar o regime terapêutico à rotina diária do paciente), uso de dispositivos eletrônicos como celular para lembrar o paciente de utilizar o(s) medicamento(s)

Fonte: Oliboni e Castro¹, WHO³.

Figura 11. Exemplos de organização de medicamentos para pacientes com dificuldade de aderir à farmacoterapia



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 15. Barreiras e estratégias para melhorar a adesão à farmacoterapia: fatores relacionados ao tratamento

Barreiras	Estratégias para melhorar a adesão
1. Ocorrência de reações adversas a medicamentos	1. Abordar o surgimento de alguma reação adversa a medicamentos em todos os atendimentos, discutir com o paciente as chances de ocorrência de reações adversas a medicamentos, informar para o paciente quais são as potenciais reações adversas a medicamentos e como proceder caso estas surjam, manejar rapidamente as reações adversas a medicamentos que surgirem
2. Complexidade do regime terapêutico	2. Dar preferência a regimes terapêuticos menos complexos, como menor número de tomadas; evitar medicamentos que exigem muitas observações (exemplo: jejum, não ingerir com outros medicamentos, após refeições etc.); receitar medicamentos em formas farmacêuticas de uso mais fácil (exemplo: evitar quando possível medicamentos injetáveis, dispositivos inalatórios, colírios etc.)
3. Mudanças frequentes no tratamento	3. Sempre que possível, evitar mudanças constantes no tratamento do paciente para evitar confusões e esquecimentos; discutir todas as mudanças com o paciente e verificar se ele concorda com essas mudanças e as entende; fornecer lembretes sobre o novo regime terapêutico; usar dispositivos eletrônicos, como celular, para lembrar o paciente de utilizar o(s) medicamento(s)
4. Falhas em tratamentos anteriores	4. Discutir com o paciente sobre as experiências passadas com medicamentos para esclarecer possíveis dúvidas e crenças negativas; evitar sempre que possível repetir o uso de medicamentos os quais o paciente tem visão negativa devido ao uso em ocasiões anteriores
5. Período de latência prolongado	5. Discutir com o paciente sobre o tempo que irá levar até surgirem os primeiros efeitos positivos do tratamento medicamentoso
6. Gosto ruim do medicamento	6. Dar preferência a medicamentos com gosto mais palatável (principalmente em grupos de pacientes, como crianças, que podem ser mais suscetíveis e não aderir ao tratamento devido ao gosto ruim do medicamento) e sempre que possível orientar o paciente sobre estratégias de uso do medicamento que podem mascarar seu gosto

Fonte: Oliboni, Castro¹, Schneider *et al.*¹⁶, WHO³.

Quadro 16. Barreiras e estratégias para melhorar a adesão à farmacoterapia: fatores relacionados à condição de saúde/doença

Barreiras	Estratégias para melhorar a adesão
1. Ausência de sintomas	1. Explicar ao paciente que a doença que ele apresenta normalmente não manifesta nenhum sintoma, mas que isso não significa que ela não irá causar danos à sua saúde (usar exemplos práticos de pessoas que o paciente conhece que apresentaram complicações de doenças assintomáticas)
2. Melhora dos sintomas após início do tratamento	2. Explicar ao paciente que apesar da melhora dos sintomas, é necessário continuar o tratamento
3. Condições psiquiátricas	3. Usar modelo de cuidado centrado no paciente e adequar a comunicação às características do paciente
4. Presença de comorbidades	4. Identificar a presença de comorbidades que podem interferir na adesão à farmacoterapia (exemplo: depressão em pacientes com diabetes mellitus) e tratá-las efetivamente

Fonte: Oliboni e Castro¹, WHO³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 17. Barreiras e estratégias para melhorar a adesão à farmacoterapia: fatores relacionados aos serviços de saúde e/ou à equipe de saúde

Barreiras	Estratégias para melhorar a adesão
1. Falta de acesso gratuito a consultas, exames e medicamentos	1. Garantir o acesso gratuito a consultas, exames e medicamentos que os pacientes necessitam
2. Distância dos serviços de saúde (incluindo local para aviamento de medicamentos)	2. Desenvolver estratégias de cuidado mais próximas do paciente, como atendimento domiciliar, dispensação de medicamentos em domicílio, deslocamento periódico de profissionais de saúde para realizar atendimentos e outras atividades em locais externos à unidade de saúde etc.
3. Dificuldade para ter acesso a consultas (demora, burocracia)	3. Desenvolver estratégias de acolhimento à demanda espontânea para agilizar o acesso do paciente aos profissionais de saúde
4. Pouco tempo de duração dos atendimentos (incluindo tempo para dispensação de medicamentos)	4. Aumentar a participação de profissionais não médicos no processo de cuidado, contratação de mais profissionais de saúde, reorganização do fluxo de atendimentos para maximizar a oferta de cuidado
5. Intervalo muito longo entre os atendimentos (incluindo intervalo para dispensação de medicamentos)	5. Determinar os intervalos de atendimentos seguindo projeto terapêutico singular de cada paciente
6. Falta de longitudinalidade do cuidado	6. Estimular ações de fortalecimento da longitudinalidade do cuidado como a estratégia de saúde da família
7. Falhas no ciclo da assistência farmacêutica que resultam em não acesso aos medicamentos prescritos	7. Fortalecer o ciclo da assistência farmacêutica, realizar monitoramento contínuo das etapas do ciclo da assistência farmacêutica para identificar precocemente falhas existentes e corrigi-las
8. Falhas na inserção das farmácias no estímulo da adesão	8. Estimular a implantação de serviços farmacêuticos clínicos e adequar o espaço físico das farmácias para possibilitar a inserção de ações para estimular a adesão

(continua)

(continuação)

Barreiras	Estratégias para melhorar a adesão
9. Profissionais de saúde não dispensam acolhimento/receptividade adequada ao paciente	9. Desenvolver estratégias para melhorar o acolhimento/receptividade (exemplo: educação continuada, estabelecer incentivos para profissionais que prestam melhor acolhimento/receptividade, medidas disciplinares em situações de conduta inadequada dos profissionais), desenvolver ferramentas para avaliar acolhimento/receptividade dos profissionais (exemplo: pesquisa de satisfação dos pacientes)
10. Baixa qualidade na relação profissional-pessoa-paciente	10. Desenvolver estratégias para melhorar essa relação (exemplo: educação continuada, estabelecer incentivos para profissionais que estabelecem melhor relação com paciente, medidas disciplinares em situações de conduta inadequada dos profissionais), desenvolver ferramentas para avaliar a relação profissional-pessoa-paciente (exemplo: pesquisa de satisfação dos pacientes)
11. Falta de habilidades de comunicação	11. Promover treinamentos periódicos relacionados a habilidades de comunicação
12. Falta de confiança do paciente no profissional de saúde	12. Incentivar os profissionais de saúde a estabelecerem uma boa relação terapêutica com o paciente
13. Ausência de ações de educação permanente e continuada	13. Promover ações de educação permanente e continuada
14. Falta de informação e de conhecimento sobre o manejo da adesão	14. Profissionais de saúde devem ter acesso a treinamentos específicos para o manejo da adesão
15. Falta de incentivos ou de monitoramento do desempenho da equipe	15. Implantar ações de monitoramento do desempenho da equipe e incentivar profissionais com bom desempenho

Fonte: Oliboni, Castro¹, Schneider *et al.*¹⁶, WHO³.

Vocês se lembram da Dona Maria do caso descrito anteriormente? Tentem identificar quais fatores e barreiras fizeram com que ela abandonasse o uso da metformina. Vocês acham que foi apenas um fator ou foi algo dinâmico, multifatorial?

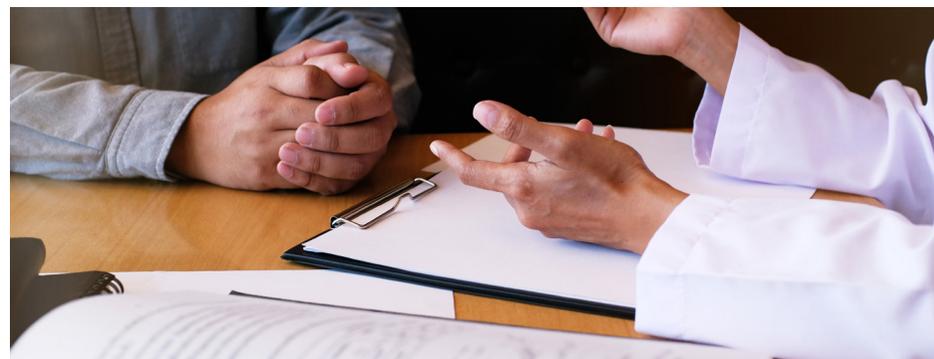
E quais estratégias poderiam ser adotadas para melhorar a adesão de Dona Maria? Vai ser uma estratégia isolada? Vai ser uma estratégia pontual? Essa estratégia dependerá de apenas um profissional da equipe? A estratégia funcionará para todos os pacientes?



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Métodos de avaliação da adesão à farmacoterapia

Vários métodos foram criados na tentativa de determinar com certo grau de exatidão o padrão de adesão à farmacoterapia dos pacientes, e assim possibilitar a identificação de pacientes que necessitam de intervenções adicionais para melhorarem sua adesão ao tratamento. Esses métodos são divididos em diretos (baseados em técnicas analíticas laboratoriais que quantificam o fármaco, metabólitos ou algum marcador em fluidos biológicos, e correlacionam a quantidade encontrada com o uso recente do medicamento; e também na observação direta do paciente utilizando o medicamento) e indiretos (correlacionam o comportamento de adesão do paciente com informações fornecidas pelo próprio paciente e/ou outras estimativas indiretas)¹⁷. No contexto da Atenção Básica, geralmente utilizam-se os métodos indiretos para avaliação da adesão dos pacientes – apresentados no Quadro 19 – e durante a consulta farmacêutica. Nos Quadros 20 e 21 é descrito como são realizados, exemplos de aplicações, vantagens e desvantagens dos métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia mais utilizados. Nos Quadros 17 e 18 descrevemos alguns exemplos de métodos de avaliação de adesão utilizando questionários estruturados.



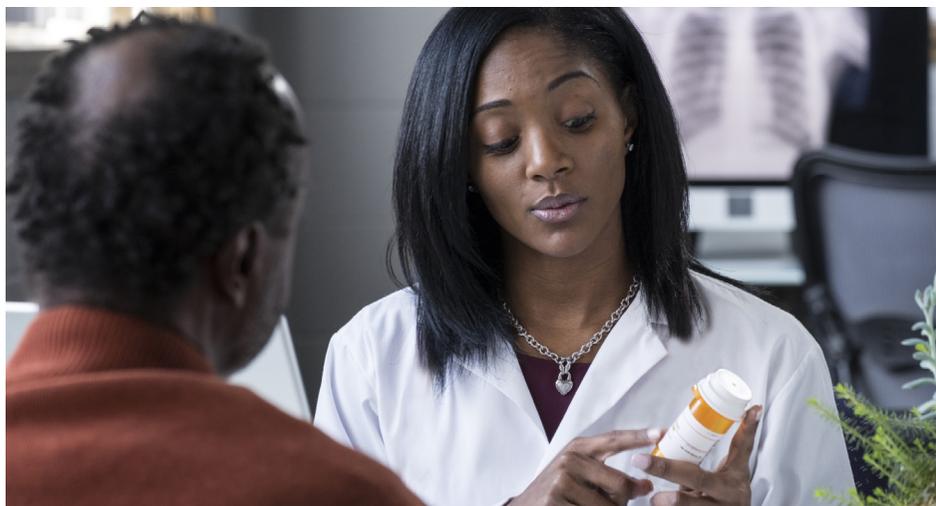
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 18. Teste de Morisky-Green adaptado

Perguntas	Respostas				
O senhor* já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
O senhor já se descuidou do horário de tomar os medicamentos?	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Quando o senhor se sente bem, deixa de tomar seus medicamentos?	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Quando o senhor se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

*Mudar o pronome de tratamento de acordo com o gênero do paciente. O paciente é classificado com boa adesão quando responde nunca a todas as perguntas.

Fonte: Brasil¹⁸.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 19. Teste de Haynes e Sackett



A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus medicamentos, o senhor* tem alguma dificuldade para tomar os seus? [] Não [] Sim. Qual?



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

*Mudar o pronome de tratamento de acordo com o gênero do paciente. O paciente é classificado com boa adesão quando responde não à primeira pergunta e nenhuma vez na segunda pergunta.

Fonte: Brasil¹⁸ e Imagens - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 20. Métodos diretos de avaliação da adesão à farmacoterapia

Método	Como é realizado	Vantagens	Desvantagens
Detecção do fármaco ou metabólito em fluidos biológicos	<p>É coletada uma amostra de fluidos biológicos do paciente (sangue, urina etc.); posteriormente, é determinada a quantidade do fármaco ou metabólito presente nessa amostra. A determinação da quantidade de fármaco ou metabólito geralmente é realizada por técnicas analíticas, como imunofluorescência polarizada ou cromatografia líquida de alta eficiência (HPLC)</p> <p>Após determinada a quantidade do fármaco ou metabólito nos fluidos biológicos do paciente, é estimado o padrão de adesão do paciente correlacionando os resultados encontrados com parâmetros farmacocinéticos do medicamento analisado</p>	<p>Elimina a interferência do relato do paciente</p> <p>Útil no monitoramento de pacientes que utilizam medicamentos com índice terapêutico estreito, em que pequenas alterações na concentração sanguínea do fármaco podem causar resultados clínicos negativos</p>	<p>Custo elevado</p> <p>Difícil acesso; não está disponível em larga escala</p> <p>Logística para realização é complicada</p> <p>Método invasivo</p> <p>Avalia somente o uso recente, não permite avaliar o uso de medicamentos de longos intervalos de tempo</p> <p>Necessidade de conhecimento dos fatores que podem interferir na farmacocinética do fármaco analisado</p> <p>Riscos de interferências decorrentes de interações medicamentosas e características do paciente (exemplos: idade, gestação, função renal, presença de determinadas comorbidades)</p>
Adição de um marcador	<p>Semelhante ao método de detecção do fármaco ou metabólito em fluidos biológicos. A diferença é que nesse método é determinada a quantidade de um marcador químico, que é administrado ao paciente antes da coleta dos fluidos biológicos. Esse marcador químico é uma substância não tóxica, inerte, facilmente detectável por técnicas analíticas, que apresenta correlação linear com a concentração do fármaco que se deseja avaliar. A adição de um marcador é utilizada quando não existe técnica analítica capaz de quantificar determinado fármaco ou seu metabólito</p>	<p>Mesmas do método de detecção do fármaco ou metabólito em fluidos biológicos</p>	<p>Mesmas do método de detecção do fármaco ou metabólito em fluidos biológicos</p>
Observação direta do paciente	<p>Profissional de saúde vai até o paciente nos horários em que esse deverá utilizar o medicamento e observa se o paciente realmente está utilizando o medicamento</p>	<p>Elimina a interferência do relato do paciente</p> <p>É uma intervenção para melhorar a adesão à farmacoterapia</p>	<p>Logística muito complexa para ser aplicada em ambiente ambulatorial, principalmente para regimes terapêuticos com vários horários de uso de medicamentos durante o dia</p> <p>Custo elevado para implantação em larga escala no ambiente ambulatorial</p> <p>Paciente pode simular que ingeriu o medicamento e eliminá-lo após a retirada do profissional de saúde</p>

Fonte: Obreli-Neto *et al.*¹⁷.

Quadro 21. Métodos indiretos de avaliação da adesão à farmacoterapia

Método	Como é realizado	Vantagens	Desvantagens
Entrevista do paciente	<p>Profissional de saúde realiza perguntas abertas, não ameaçadoras e sem julgamento prévio. Após a realização dessas perguntas, o profissional de saúde correlaciona o comportamento de adesão com as respostas fornecidas pelo paciente</p> <p>Exemplos: Conte-me como você utiliza seus medicamentos Conte-me o que você sabe sobre seus medicamentos Conte-me suas dúvidas sobre seus medicamentos</p>	<p>Baixo custo</p> <p>Pode ser aplicado nos diferentes níveis de atenção à saúde</p> <p>Pode ser aplicado em larga escala</p>	<p>Requer o estabelecimento de uma relação terapêutica entre profissional de saúde e paciente para que as respostas fornecidas sejam confiáveis</p> <p>Requer habilidade do profissional de saúde em formular e interpretar as questões</p> <p>Paciente pode mentir</p>
Diário do paciente	<p>Paciente é orientado a registrar diariamente todos os eventos relacionados com o uso de medicamentos (horário e quantidade utilizada de cada medicamento, dificuldades encontradas, situações externas que interferiram no horário de utilizar o medicamento, reações adversas a medicamentos etc.) em caderno específico para essa finalidade, e posteriormente entregá-lo para o profissional de saúde em intervalos de tempo definidos. O profissional de saúde analisa as informações registradas e as correlaciona com o padrão de adesão do paciente</p>	<p>Baixo custo</p> <p>Pode ser aplicado nos diferentes níveis de atenção à saúde</p> <p>Pode ser aplicado em larga escala</p> <p>Hábito de registrar diariamente os eventos relacionados ao uso de medicamentos pode influenciar positivamente na adesão do paciente à farmacoterapia</p>	<p>Paciente pode registrar informações falsas</p> <p>Paciente pode esquecer de registrar informações</p> <p>Requer papel ativo do paciente no registro das informações diariamente, o que pode ser influenciado por fatores como analfabetismo, baixo letramento em saúde, idade avançada e falta de motivação do paciente</p>
Questionários estruturados	<p>Conjunto de perguntas objetivas, previamente validadas, desenvolvidas para avaliar o padrão de adesão do paciente. Os autores desses questionários fornecem qual o padrão de adesão para cada padrão de resposta de seu questionário. Assim, o profissional de saúde realiza essas perguntas para os pacientes e correlaciona o padrão de respostas com o padrão de adesão, conforme descrito pelos autores do questionário</p> <p>Atualmente existem vários questionários estruturados, entre os quais alguns foram desenvolvidos para avaliar a adesão de qualquer paciente, e outros para avaliar a adesão de pacientes específicos</p>	<p>Baixo custo</p> <p>Aplicação fácil e rápida</p> <p>Pode ser aplicado nos diferentes níveis de atenção à saúde</p> <p>Pode ser aplicado em larga escala</p>	<p>Paciente pode manipular suas respostas e fingir determinado padrão de adesão (pode ocorrer em situações nas quais o paciente percebe que está sendo avaliado e fica constrangido em revelar que ele não adere ao tratamento)</p> <p>Não permite identificar quais fatores interferem na adesão do paciente, porque a maioria das respostas serão apenas sim ou não</p>

(continua)

(continuação)

Método	Como é realizado	Vantagens	Desvantagens
Contagem manual de comprimidos	<p>Profissional de saúde verifica a data em que o paciente retirou o(s) medicamento(s) que utiliza, verifica o regime terapêutico prescrito e assim calcula quantos comprimidos deveriam estar restando se o paciente utilizasse conforme a prescrição medicamentosa. Posteriormente, o profissional de saúde conta a quantidade de comprimidos que realmente resta e determina o padrão de adesão utilizando a seguinte fórmula:</p> <p>Grau de concordância entre comprimidos utilizados e prescritos = $(NCA - NCR) \times 100 / NCP$</p> <p>NCA = número de comprimidos adquiridos pelo paciente no último atendimento</p> <p>NCR = número de comprimidos que restaram na embalagem</p> <p>NCP = número de comprimidos que deveriam ter sido consumidos, segundo prescrição, no intervalo entre a aquisição e contagem de comprimidos</p> <p>Para pacientes que utilizam mais de um medicamento, o cálculo deve ser feito separadamente para cada um</p> <p>Alguns autores estabelecem que pacientes com grau de concordância entre comprimidos utilizados e prescritos < 80% são classificados como não aderentes, enquanto outros autores utilizam pontes de corte mais rígidos (exemplo < 95% são classificados como não aderentes)</p>	<p>Baixo custo</p> <p>Aplicação fácil e rápida</p> <p>Pode ser aplicado nos diferentes níveis de atenção à saúde</p> <p>Pode ser aplicado em larga escala</p>	<p>O método não identifica como o paciente utilizou o(s) medicamento(s) diariamente, apenas a quantidade utilizada em um determinado intervalo de tempo; por exemplo, o paciente pode ter esquecido de utilizar o(s) medicamento(s) em determinado(s) dia(s) e utilizado uma quantidade maior em outros dias em uma tentativa de compensar essas doses perdidas</p> <p>Paciente pode jogar fora os comprimidos para simular padrão de adesão</p> <p>Requer que o paciente colabore e guarde a embalagem dos medicamentos para posterior contagem dos comprimidos</p>

(continua)

(continuação)

Método	Como é realizado	Vantagens	Desvantagens
Registro de retirada de medicamentos em farmácias	<p>Profissional de saúde verifica a data e a quantidade de medicamento(s) da última retirada na farmácia. De posse da prescrição medicamentosa do paciente, é possível verificar o grau de concordância entre o intervalo real (número de dias entre a retirada anterior e a retirada atual de medicamentos) e o intervalo ideal (número de dias estimado entre a retirada anterior e a retirada atual de medicamentos, segundo o regime terapêutico prescrito para o paciente)</p> <p>O cálculo desse grau de concordância é:</p> <p>Grau de concordância entre o intervalo real e o intervalo ideal = $\text{IRRM} \times 100/\text{IIRM}$</p> <p>$\text{IRRM}$ = intervalo real da retirada de medicamentos (em dias).</p> <p>IIRM = intervalo ideal, segundo prescrição, da retirada de medicamentos (em dias)</p> <p>Para pacientes que utilizam mais de um medicamento, o cálculo deve ser feito separadamente para cada um</p> <p>Alguns autores estabelecem que pacientes com grau de concordância entre intervalo real e intervalo ideal de retirada de medicamentos < 80% são classificados como não aderentes, enquanto outros autores utilizam pontes de corte mais rígidos (exemplo < 95% são classificados como não aderentes)</p>	<p>Baixo custo</p> <p>Aplicação fácil e rápida</p> <p>Pode ser aplicado nos diferentes níveis de atenção à saúde</p> <p>Pode ser aplicado em larga escala</p>	<p>O método não identifica como o paciente utilizou o(s) medicamento(s) diariamente, apenas a quantidade utilizada em um determinado intervalo de tempo; por exemplo, o paciente pode ter esquecido de utilizar o(s) medicamento(s) em determinado(s) dia(s) e utilizado uma quantidade maior em outros dias em uma tentativa de compensar essas doses perdidas</p> <p>Paciente pode comparecer para retirar medicamentos mesmo ainda tendo vários comprimidos em casa</p> <p>Paciente pode retirar medicamento(s) em diferentes farmácias, e caso não exista um compartilhamento de dados entre estas, os dados do registro de retirada de medicamentos não serão fidedignos</p>
<i>Medication Event Monitoring System (MEMS)</i>	<p>São utilizados frascos especiais, que registram o número de vezes que o paciente abre e fecha o frasco para retirar os comprimidos por dia. Esse frasco possui um dispositivo eletrônico que passa informações (números de abertura e fechamento) para um computador, o que permite criar um relatório detalhado sobre o provável padrão de utilização dos comprimidos. Assim, o profissional de saúde pode verificar dia a dia quantas vezes o paciente manuseou o frasco e estimar o padrão de adesão desse paciente</p>	<p>Possibilita avaliar o provável padrão de uso de medicamentos por longos períodos de tempo</p> <p>Rapidez para acessar os dados sobre o provável padrão de consumo de medicamentos</p>	<p>Custo elevado</p> <p>Difícil acesso; não está disponível em larga escala</p> <p>Paciente pode abrir e fechar o frasco e não utilizar o(s) medicamento(s)</p>

Fonte: Obreli-Neto *et al.*¹⁷.



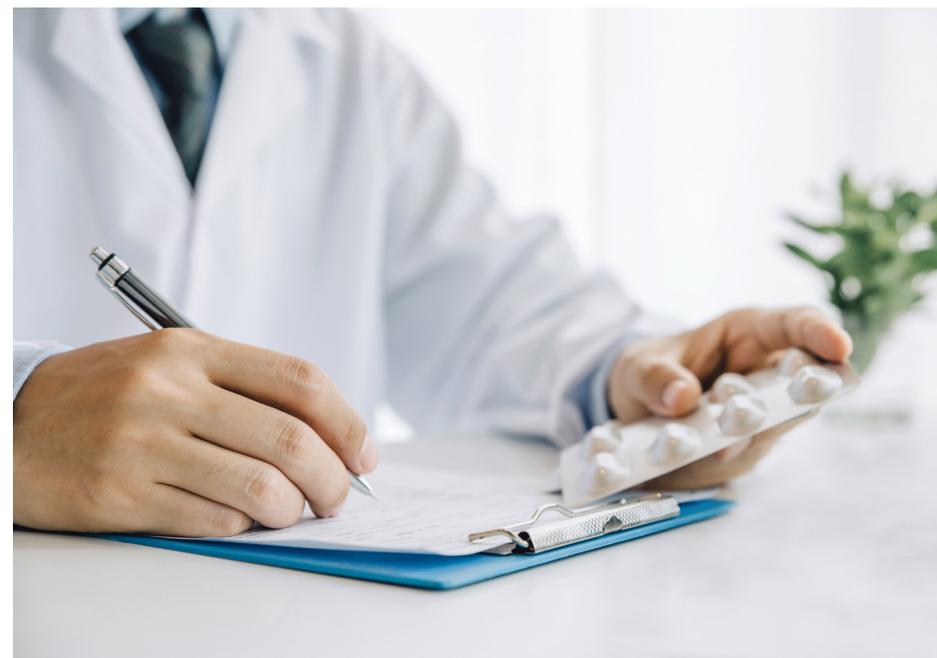
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Papel do farmacêutico no contexto da adesão

Em vários países, o farmacêutico tem assumido um papel crucial no manejo de doenças crônicas na Atenção Básica. Esses profissionais atuam em uma posição estratégica na atenção primária à saúde para avaliar a adesão à farmacoterapia e desenvolver estratégias para melhorar esse padrão de adesão. Visto que é um dos profissionais de saúde mais acessíveis para a população (para a maioria das situações, não é necessário agendamento prévio para entrar em contato com o farmacêutico), normalmente os pacientes com doenças crônicas precisam ir até a farmácia no mínimo uma vez por mês (contato frequente com o farmacêutico), além disso o farmacêutico tem acesso às datas de retiradas de medicamentos dos paciente, pode solicitar que o paciente

traga as embalagens dos medicamentos que utilizou para nova retirada de medicamentos, tem acesso à prescrição medicamentosa dos pacientes, pode determinar parâmetros bioquímicos e fisiológicos do paciente (para fins de acompanhamento da farmacoterapia e rastreamento em saúde), pode ter acesso ao prontuário e a resultados de exames laboratoriais do paciente (para fins de acompanhamento da farmacoterapia) etc. Ademais, a dispensação normalmente é o último contato do paciente com um profissional de saúde antes de iniciar o uso de medicamentos, o que reforça que o farmacêutico está em uma posição estratégica no contexto da adesão à farmacoterapia¹⁹.

No Quadro 22 são apresentadas algumas ações que o farmacêutico pode realizar para avaliar e melhorar o padrão de adesão à farmacoterapia.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 22. Ações para avaliar e melhorar o padrão de adesão à farmacoterapia

Ação	Descrição
<p>Avaliações estruturadas nas consultas</p>	<p>O uso de instrumentos estruturados pode auxiliar na identificação de problemas na prática do autocuidado, empoderar os pacientes através de uma avaliação holística padronizada e evitar que o profissional de saúde esqueça de fazer questionamentos e/ou orientações importantes</p> <p>Exemplos de avaliações estruturadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> » <i>Smoking status, Inhaler technique, Monitoring, Pharmacotherapy, Lifestyle, Education, Support</i> (SIMPLES), que é utilizado em pacientes com asma » <i>Diabetes Self-Management Profile</i> (DSMP), que é utilizado em pacientes pediátricos com diabetes mellitus tipo 1
<p>Negociar os objetivos do tratamento com o paciente</p>	<p>Negociar e validar os objetivos do tratamento com o paciente pode aumentar seu engajamento na implantação e no seguimento do tratamento</p>
<p>Estabelecer comunicação efetiva</p>	<p>Até mesmo quando é estabelecida uma boa relação profissional de saúde-paciente, o paciente pode ser relutante em solicitar informações adicionais para o profissional de saúde. Assim, é importante que o farmacêutico use empatia e abordagens relevantes de comunicação (exemplo: questões abertas, escuta ativa) para construir uma relação de confiança e promover conversas completas e honestas</p> <p>Exemplos de comportamentos associados com resultados positivos: amizade e cortesia, escuta ativa, empatia, declarações de reafirmação e apoio, encorajar o paciente a fazer perguntas, encorajar as ações realizadas pelo paciente, humor, perguntar sobre problemas do cotidiano, sobre relações sociais e sobre sentimentos e emoções do paciente, aconselhamento sobre questões psicossociais, explicação e educação em saúde, adequar a linguagem utilizada às características do paciente, solicitar feedback das informações fornecidas no final do atendimento, olhar para o paciente enquanto ele fala, sentar-se de frente para o paciente, evitar cruzar braços e pernas</p>
<p>Engajar-se com as crenças sobre medicamentos dos pacientes</p>	<p>Discutir com o paciente suas crenças sobre os medicamentos pode auxiliar na identificação de situações nas quais ele apresenta uma visão sobre determinado medicamento que resultará em não adesão. Ao discutir essas crenças, o profissional de saúde pode conseguir esclarecer informações incorretas para o paciente ou substituir o uso de medicamentos nos quais o paciente não possui confiança</p>
<p>Abordagens centradas no paciente</p>	<p>Uma vez que a baixa adesão tenha sido identificada, o próximo passo lógico é fornecer ao paciente um suporte efetivo à adesão. Técnicas centradas no paciente, como entrevistas motivacionais, podem ajudar a obter opiniões, crenças e preocupações dos pacientes sobre sua doença e seu tratamento ou outras questões de saúde. Compreender as atitudes, crenças e preocupações dos pacientes pode ajudar os farmacêuticos a trabalharem com o paciente para desenvolver planos de ação viáveis de saúde centrados nos objetivos pessoais dos pacientes</p>

Fonte: Van Boven *et al.*⁵.

Estudos prévios, incluindo estudos realizados na Atenção Básica do SUS, verificaram que o farmacêutico consegue melhorar o padrão de adesão do paciente e conseqüentemente seus resultados clínicos atuando em conjunto com os demais membros da equipe de saúde, avaliando o padrão de adesão à farmacoterapia (incluindo identificar as barreiras que interferem nesse padrão) e adotando estratégias focadas nas barreiras que interferem na adesão à farmacoterapia de cada paciente²⁰⁻²². Assim, a avaliação do padrão de adesão à farmacoterapia e a adoção de intervenções focadas em características específicas de cada paciente são extremamente importantes para o sucesso do cuidado farmacêutico, uma vez que a não adesão à farmacoterapia tem influência direta sobre a efetividade e a segurança do tratamento e que pacientes não aderentes não alcançaram todas as necessidades relacionadas ao uso de medicamentos.



Síntese da Aula

Como apresentado nesta aula, a adesão à farmacoterapia é um aspecto complexo e primordial para o alcance dos resultados clínicos desejados²². Pacientes que não aderem à farmacoterapia podem apresentar complicações ou agravamentos das enfermidades devido às falhas no uso de medicamentos, ocasionando muitas vezes hospitalizações e procedimentos onerosos ao sistema de saúde²³. O padrão de adesão à farmacoterapia é o resultado da interação dinâmica e contínua de fatores do paciente, socioeconômicos, relativos à doença, ao tratamento e ao sistema de saúde/profissional, sendo importante que para cada paciente o profissional de saúde identifique qual ou quais fatores estão interferindo de maneira negativa no padrão de adesão, para que assim possa elaborar estratégias específicas para melhorar o padrão de adesão³. E como avaliar o padrão de adesão à farmacoterapia de um paciente? Existem diversos métodos, cada um com suas vantagens e desvantagens, sendo necessário que você identifique quais os métodos apropriados para cada situação. E lembre-se, as intervenções para melhorar o padrão de adesão à farmacoterapia devem ser focadas nas barreiras identificadas em cada paciente, configurando-se como um processo contínuo e dinâmico que envolve toda a equipe de saúde, a família e a comunidade³.

Referências

1. Oliboni LS, Castro MS. Adesão à farmacoterapia, que universo é esse? Uma revisão narrativa. *Clin Biomed Res.* 2018; 38(2):178-95.
2. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przymyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol.* 2012 May; 73(5):691-705.
3. World Health Organization (WHO). Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
4. Correr CJ, Otuki MF. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013.
5. Van Boven JF, Ryan D, Eakin MN, Canonica GW, Barot A, Foster JM; Respiratory Effectiveness Group. Enhancing Respiratory Medication Adherence: The Role of Health Care Professionals and Cost-Effectiveness Considerations. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2016 Sep-Oct; 4(5):835-46.
6. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO; 2002.
7. Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med.* 2006 Sep 25; 166(17):1836-41.
8. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, Shroufi A, Fahimi S, Moore C, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J.* 2013 Oct; 34:2940-8.

9. Rodriguez F, Maron DJ, Knowles JW, Virani SS, Lin S, Heidenreich PA. Association of statin adherence with mortality in patients with atherosclerotic cardiovascular disease. *JAMA Cardiol.* 2019 Mar 1; 4(3):206-13.
10. Abegaz TM, Sherab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2017 Jan; 96(4):e5641.
11. Cramer JA. A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care.* 2004 May; 27(5):1218-24.
12. Sansone RA, Sansone LA. Antidepressant adherence. Are patients taking their medications? *Innov Clin Neurosci.* 2012 May; 9(5-6):41-6.
13. Montes de Oca M, Menezes A, Wehrmeister FC, Lopez Varela MV, Casas A, Ugalde L, et al. Adherence to inhaled therapies of COPD patients from seven Latin American countries: The LASSIC study. *PLoS One.* 2017 Nov 15; 12(11):e0186777.
14. Cutler RL, Fernandes-Limos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open.* 2018 Jan 21; 8(1):e016982.
15. Webb DG, Horne R, Pinching AJ. Treatment-related empowerment: preliminary evaluation of a new measure in patients with advanced HIV disease. *Int J STD AIDS.* 2001 Feb; 12(2):103-7.
16. Schneider APH, Gaedke MA, Garcez A, Barcellos NT, Paniz VMV. Effect of characteristics of pharmacotherapy on non-adherence in chronic cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Clin Pract.* 2018 Jan; 72(1):e13044.
17. Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Guidoni CM, Bergamini D, Hernandez KC, Luz RT, et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Rev Bras Farm.* 2012; 93(4):403-10.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde : adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
19. Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Guidoni CM. Farmacoterapia: guia terapêutico de doenças mais prevalentes. 2ª edição. São Paulo: Pharmabooks; 2017.
20. Molino CGRC, Carnevale RC, Rodrigues AT, Moriel P, Mazzola PG. HIV pharmaceutical care in primary healthcare: Improvement in CD4 count and reduction in drug-related problems. *Saudi Pharm J.* 2017 Jul; 25(5):724-33.
21. Neves CM, Nascimento MMD, Silva DAM, Ramalho-de-Oliveira D. Clinical Results of Comprehensive Medication Management Services in Primary Care in Belo Horizonte. *Pharmacy (Basel).* 2019 Jun 12; 7(2):pii: E58.
22. Obreli-Neto PR, Guidoni CM, de Oliveira Baldoni A, Pilger D, Cruciol-Souza JM, Gaeti-Franco WB, et al. Effect of a 36-month pharmaceutical care program on pharmacotherapy adherence in elderly diabetic and hypertensive patients. *Int J Clin Pharm.* 2011 Aug; 33(4):642-9.
23. DiMatteo MR. Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes. *JAAPA.* 2004 Nov; 17(11):18-21.

Autor

Paulo Roque Obreli Neto

Graduado em farmácia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestrado e Doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Pós-doutorado na Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRPUSP). Farmacêutico clínico do Departamento Municipal de Saúde de Salto Grande - SP. Professor do curso de farmácia do Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos (UniFIO). Experiência na área de serviços farmacêuticos clínicos, farmacoterapia e farmacoepidemiologia.





Volume 3



Coleção



DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde
do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal