

	Secretaria Municipal de Saúde		Data da elaboração: 31/07/2023
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Válido até: 15/06/2024
	FARMÁCIA	Revisão: 09/08/2023	Folha : 01/04
<b>Título:</b> <p style="text-align: center;"><b>CONSULTA FARMACÊUTICA</b></p>			
<b>Descrição da revisão:</b>		<b>Palavra-chave:</b> consulta farmacêutica, acompanhamento	
<b>Elaborado por:</b> Amanda Félix <b>Cargo:</b> Farmacêutica		<b>Revisado e Aprovado por:</b> Rogério Fracalossi <b>Cargo:</b> Farmacêutico	

## 1. OBJETIVO

1.1. Padronizar o procedimento do serviço de cuidado farmacêutico nas unidades de saúde do município de Jaguariáiva que possuam farmácia de dispensação.

## 2. DEFINIÇÕES

2.1. Serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde.

## 3. ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.2. Farmacêutico responsável.

## 4. PROCEDIMENTO

### 4.1. Triagem de pacientes

4.1.1. Realizar a triagem de acordo com a rotina da unidade de saúde, podendo ser por: livre demanda (quando o paciente buscar o serviço farmacêutico), encaminhamento de profissionais da saúde (como médico, enfermeiro, dentistas e outros) e busca ativa (quando reconhecer um paciente que necessita de acompanhamento);

## 4.2. Critérios de inclusão

- 4.2.1. Todo paciente que necessitar de consulta ou acompanhamento, principalmente os polimedicados e com má adesão ao tratamento.

## 4.3. Agendamento de consultas

- 4.3.1. Agendar a consulta via prontuário eletrônico sistema IDS, no momento da procura pelo serviço farmacêutico, em agenda do sistema com a data e horário estabelecido pelo farmacêutico. Entregar um lembrete impresso (modelo abaixo) com a data e horário previamente estabelecidos:

CONSULTA FARMACÊUTICA	
Jaguariaíva	
<b>Fone:3535-XXXX – Ramal: XX</b>	
Usuário:	_____
Data: ___/___	Horário: _____
Obs.:	_____
_____	

- 4.3.2. Orientar o paciente para que no dia da consulta traga consigo um documento de identificação, cartão SUS, os últimos exames laboratoriais, as prescrições e **todos os medicamentos que faça uso**, seja de uso crônico ou não.

## 4.4. Consulta farmacêutica

- 4.4.1. **Introdução:** receber e cumprimentar o paciente, identificando-se como farmacêutico(a) e apresentar o propósito da consulta; Solicitar ao paciente que exponha suas preocupações, expectativas e necessidades e sempre orientar quanto à duração da consulta (de aproximadamente 30 min) para o paciente já saber quanto de tempo irá dispor para o atendimento farmacêutico e que após a coleta de dados ele será dispensado retornando com data e hora agendada (entregar lembrete de agendamento)

- 4.4.2. **Coleta de dados e identificação de problemas:** inicialmente preencher o **FORMULÁRIO N.º 01 - PRONTUÁRIO - SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO**, Perfil do Paciente e História Social, deixando o campo HISTÓRICO DE CONSULTAS em branco para futuras anotações, na sequência, preencher o **FORMULÁRIO N.º02 - REGISTRO DE CONSULTA**, anotar todos os problemas de saúde e novas queixas do paciente (parâmetros clínicos, sintomas, HDA - Histórico Doença Atual e estado clínico atual). Solicitar sobre a percepção geral de saúde e qualidade de vida do paciente. **FORMULÁRIO N.º03 - FARMACOTERAPIA ATUAL e FORMULÁRIO N.º04 - PROBLEMAS**

**RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA e FORMULÁRIO N.º05** Listar todos os medicamentos utilizados pelo paciente. Capacidade de gestão dos medicamentos (autonomia, conhecimento e habilidade). Reações adversas à medicamentos Adesão ao tratamento (atitudes, crenças e comportamentos diante do tratamento). Acesso aos medicamentos. Acesso aos serviços de saúde. Dados sociodemográficos e antropométricos. Solicitar ao paciente que exponha suas dúvidas, preocupações, expectativas e necessidades;

- 4.4.3. **Avaliação:** Utilizar os dados coletados e identificar os problemas da farmacoterapia, problemas relacionados ao resultado: tratamento não efetivo, reação adversa, intoxicação medicamentosa. Identificar os problemas relacionados ao processo: problemas de seleção e prescrição; dispensação ou manipulação; discrepâncias entre níveis ou pontos de atenção à saúde; administração e adesão; qualidade do medicamento e monitorização;
- 4.4.4. **Plano de cuidado:** Elaborar o plano de cuidado onde será passado ao paciente no seu retorno, apresentado e discutido em conjunto com o paciente, definindo as metas terapêuticas e as intervenções necessárias. Intervenções: informação e aconselhamento; provisão de materiais; monitoramento; alteração na farmacoterapia e/ou encaminhamento. Verificar o entendimento do paciente e sua habilidade em seguir o plano. Avaliar se o paciente deseja informações ou explicações adicionais;
- 4.4.5. **Fechamento da Consulta:** explicar ao paciente o que fazer caso tenha dificuldades em seguir o plano e com quem pode entrar em contato. Marcar uma próxima consulta ou combinar outras formas de contato caso necessário.

#### **4.5. Registro e armazenamento de informações**

- 4.5.1. Registrar com metodologia de SOAP toda consulta farmacêutica em prontuário eletrônico e prontuário físico (da própria unidade) onde todos os profissionais direcionados ao cuidado do paciente terão acesso às informações e intervenções que o farmacêutico venha realizar.

#### **4.6. Consulta de retorno**

- 4.6.1. Agendar o retorno do paciente de acordo com a necessidade de cada um, inserindo na agenda do prontuário eletrônico. Entregar um lembrete (vide item 4.3.1) com a data e horário previamente estabelecidos;
- 4.6.2. Avaliar o resultados das intervenções anteriores;
- 4.6.3. Avaliar a persistência de problemas da farmacoterapia identificados anteriormente;
- 4.6.4. Identificar o surgimento de novos problemas da farmacoterapia;
- 4.6.5. Seguir o fluxo como item 3.4.4 plano de cuidado e 3.4.5 fechamento da Consulta deste POP.

### **5. ITENS DE CONTROLE / CUIDADOS ESPECIAIS**

- 5.1. Registrar todos os procedimentos realizados para elaboração de indicadores e deixar em pasta específica no DRIVE.
- 5.2. Instrumentos e materiais para direcionar a consulta buscar no drive do e-mail [consultafarmaceticajaguariaiv@gmail.com](mailto:consultafarmaceticajaguariaiv@gmail.com)
- 5.3. Agendar a consulta farmacêutica sempre no horário disponibilizado pelas UBS
- 5.4. Acompanhar o tratamento dos pacientes insulinizados.

**ANEXOS: FORMULÁRIOS CONSULTA FARMACÊUTICA**

# FORMULÁRIO N.º 01 - PRONTUÁRIO – SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO

## PERFIL DO PACIENTE

Nome:

Data de nascimento:

Gênero: [ ] Masculino [ ] Feminino

Telefone:

Ocupação:

Escolaridade:

Sabe ler? [ ] Não [ ] Sim

Com quem mora?

Tem cuidador? [ ] Não [ ] Sim

Nome:

Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Armazenamento de medicamentos:

## HISTÓRIA SOCIAL

Bebidas alcoólicas: [ ] Não [ ] Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_

Quantidade ingerida: \_\_\_\_\_ Frequência de uso: \_\_\_\_\_ Tempo de uso: \_\_\_\_\_

Tabaco (cigarro, charuto, narguile): [ ] Não [ ] Fumava, mas parou há \_\_\_\_\_ [ ] Sim

Quantidade / dia \_\_\_\_\_ Anos de uso \_\_\_\_\_

Exercício físico: [ ] Não [ ] Sim. Tipo de atividade: \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_ Sente algum incômodo? \_\_\_\_\_

Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):

## HISTÓRICO DE CONSULTAS

ATENDIMENTO			Motivo de não comparecimento
DATA	ATENDIDO(A) POR:	COMPARECIMENTO	
1.		( ) Sim ( ) Não:	

2.		( )Sim ( )Nãõ:	
3.		( )Sim ( )Nãõ:	
4.		( )Sim ( )Nãõ:	
5.		( )Sim ( )Nãõ:	
6.		( )Sim ( )Nãõ:	
7.		( )Sim ( )Nãõ:	
8.		( )Sim ( )Nãõ:	
9.		( )Sim ( )Nãõ:	
10.		( )Sim ( )Nãõ:	

## FORMULÁRIO N.º 02 - REGISTRO DE CONSULTA

PACIENTE:

DATA:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora início:

### PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS

Problemas de saúde e queixas do paciente	Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada problema de saúde Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	Estado Clínico Atual*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		

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

## FORMULÁRIO N.º 03 - FARMACOTERAPIA ATUAL

Informações obtidas da prescrição e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente	Informações obtidas da prescrição	Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador												
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Sabe para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Este medicamento funciona bem para o (a) Senhor (a)		
			Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
			A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														
11.														
12.														
13.														
14.														
15.														
16.														
17.														
18.														
19.														
20.														

### TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)

### ALERGIAS

Alergias conhecidas [ ] Não [ ] Sim:



ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [ ] Não [ ] Sim				
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	De que forma incomoda?
ESTÁ SENTINDO OU SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES? [ ] Não [ ] Sim				
[ ] Dor de cabeça	[ ] Problema gastrointestinal	[ ] Problema sexual	1. [ ] Fadiga / Cansaço	
[ ] Coceira / Urticária	[ ] Tontura / Desequilíbrio	[ ] Dor muscular	[ ] Mudança no humor	
[ ] Problemas de sono	[ ] Incontinência / Problema urinário			
ACESSO AOS MEDICAMENTOS				
Dificuldades de acesso: [ ] Não [ ] Sim:				

FORMULÁRIO N.º 04 - PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	
PROBLEMAS RELACIONADOS AO PROCESSO DE USO DE MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS ENVOLVIDOS / OBS
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO [ ] Não [ ] Sim	

<input type="checkbox"/>	Condição clínica sem tratamento	PS01	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de medicamento adicional	PS02	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de tratamento preventivo	PS03	
<input type="checkbox"/>	Prescrição em subdose	PS04	
<input type="checkbox"/>	Prescrição em sobredose	PS05	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica, apresentação ou via de adm. incorreta	PS06	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de adm. incorreto sem alteração da dose diária	PS07	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento incorreta	PS08	
<input type="checkbox"/>	Medicamento inapropriado / contraindicado	PS09	
<input type="checkbox"/>	Medicamento ineficaz	PS10	
<input type="checkbox"/>	Medicamento sem indicação clínica	PS11	
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica na mesma prescrição	PS12	
<input type="checkbox"/>	Interação medicamento-medicamento	PS13	
<input type="checkbox"/>	Interação medicamento-alimento	PS14	
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais efetiva	PS15	
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais segura	PS16	
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais custo-efetiva	PS17	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de seleção e prescrição	PS99	

**ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO [ ] Não [ ] Sim**

<input type="checkbox"/>	Administração do medicamento incorreto	PA01	
<input type="checkbox"/>	Técnica de administração incorreta	PA02	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica, apresentação ou via de administração incorreta	PA03	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de adm. incorreto sem alteração da dose diária	PA04	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta	PA05	
<input type="checkbox"/>	Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	PA06	
<input type="checkbox"/>	Continuação indevida do medicamento pelo paciente	PA07	
<input type="checkbox"/>	Redução abrupta de dose pelo paciente	PA08	
<input type="checkbox"/>	Paciente não iniciou o tratamento	PA09	
<input type="checkbox"/>	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	PA10	
<input type="checkbox"/>	Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	PA11	
<input type="checkbox"/>	Uso abusivo do medicamento	PA12	
<input type="checkbox"/>	Automedicação indevida	PA13	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à adm. e adesão não especificados	PA99	

**PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO [ ] Não [ ] Sim**

<input type="checkbox"/>	Desvio de qualidade aparente	PQ01	
<input type="checkbox"/>	Medicamento vencido	PQ02	
<input type="checkbox"/>	Armazenamento incorreto	PQ03	
<input type="checkbox"/>	Suspeita de medicamento falsificado	PQ04	
<input type="checkbox"/>	Medicamento sem registro	PQ05	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à qualidade	PQ99	

**ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO [ ] Não [ ] Sim**

<input type="checkbox"/>	Erro de rotulagem	PE01	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de medicamento incorreto	PE02	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de dose incorreta	PE03	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de forma farmacêutica incorreta	PE04	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de quantidade incorreta	PE05	
<input type="checkbox"/>	Paciente incorreto	PE06	

<input type="checkbox"/>	Omissão de dispensação de medicamento	PE07	
<input type="checkbox"/>	Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	PE99	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b> [ <input type="checkbox"/> Não [ <input type="checkbox"/> Sim			
<input type="checkbox"/>	Omissão de medicamento prescrito	PD01	
<input type="checkbox"/>	Medicamento discrepante	PD02	
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica entre prescrições	PD03	
<input type="checkbox"/>	Dose discrepante	PD04	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica, apresentação ou via de adm. discrepante	PD05	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de adm. discrepante sem alterar a dose diária	PD06	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento discrepante	PD07	
<input type="checkbox"/>	Outras discrepâncias não especificadas	PD99	
<b>MONITORAMENTO</b> [ <input type="checkbox"/> Não [ <input type="checkbox"/> Sim			
<input type="checkbox"/>	Necessidade de exame laboratorial	PM01	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento não laboratorial	PM02	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de automonitoramento	PM03	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de monitoramento não especificados	PM99	
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS AO RESULTADO TERAPÊUTICO</b>		<b>MEDICAMENTOS ENVOLVIDOS / OBS</b>	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b> [ <input type="checkbox"/> Não [ <input type="checkbox"/> Sim			
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo devido a problema no processo de uso	RE01	
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo sem causa definida	RE02	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b> [ <input type="checkbox"/> Não [ <input type="checkbox"/> Sim			
<input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A)	RR01	
<input type="checkbox"/>	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)	RR02	
<input type="checkbox"/>	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)	RR03	
<input type="checkbox"/>	Reação retardada / Teratogênese (tipo D)	RR04	
<input type="checkbox"/>	Efeitos de descontinuação do medicamento (tipo E)	RR05	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa não especificada	RR06	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b> [ <input type="checkbox"/> Não [ <input type="checkbox"/> Sim			
<input type="checkbox"/>	Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental	RI01	
<input type="checkbox"/>	Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	RI02	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento			
<b>INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS</b>		<b>OBSERVAÇÕES</b>	
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b> [ <input type="checkbox"/> Não [ <input type="checkbox"/> Sim			
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico	IA01	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral	IA02	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	IA03	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	IA04	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral	IA05	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento sobre automonitoramento	IA06	
<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado	IA99	
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b> [ <input type="checkbox"/> Não [ <input type="checkbox"/> Sim			

<input type="checkbox"/>	Início de novo medicamento	IT01	
<input type="checkbox"/>	Suspensão de medicamento	IT02	
<input type="checkbox"/>	Substituição de medicamento	IT03	
<input type="checkbox"/>	Alteração de forma farmacêutica	IT04	
<input type="checkbox"/>	Alteração de via de administração	IT05	
<input type="checkbox"/>	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	IT06	
<input type="checkbox"/>	Aumento da dose diária	IT07	
<input type="checkbox"/>	Redução de dose diária	IT08	
<input type="checkbox"/>	Outras alterações na terapia não especificadas	IT99	

**RECOMENDAÇÃO DE MONITORAMENTO** [  Não [  Sim

<input type="checkbox"/>	Recomendação de exame laboratorial	IM01	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento não laboratorial	IM02	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de automonitoramento	IM03	
<input type="checkbox"/>	Outras recomendações de monitoramento não especificadas	IM99	

**ENCAMINHAMENTO** [  Não [  Sim

<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a outro serviço farmacêutico	IE01	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao médico	IE02	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao psicólogo	IE03	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao nutricionista	IE04	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a serviço de suporte social	IE05	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a programa de educação estruturada	IE06	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao pronto-atendimento	IE07	
<input type="checkbox"/>	Outros encaminhamentos não especificados	IE99	

**PROVISÃO DE MATERIAIS** [  Não [  Sim

<input type="checkbox"/>	Lista ou Calendário posológico de medicamentos	IP01	
<input type="checkbox"/>	Rótulos / Instruções pictóricas	IP02	
<input type="checkbox"/>	Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais	IP03	
<input type="checkbox"/>	Material educativo impresso / Panfleto	IP04	
<input type="checkbox"/>	Informação científica impressa	IP05	
<input type="checkbox"/>	Diário para automonitoramento	IP06	
<input type="checkbox"/>	Organizador de comp. ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento	IP07	
<input type="checkbox"/>	Dispositivo para automonitoramento	IP08	
<input type="checkbox"/>	Prescrição Farmacêutica	IP09	
<input type="checkbox"/>	Provisão de materiais não especificados	IP99	

Nenhuma intervenção realizada no momento

**AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE**

---



---



---



---



---

**AGENDAMENTO E FINALIZAÇÃO**

<b>Data e horário da próxima consulta:</b>	<b>Farmacêutico:</b>	<b>Tempo da consulta (min):</b>
--	----------------------	---------------------------------

**FORMULÁRIO N.º 05 - AVALIAÇÃO E PLANO DE CUIDADO**

---



