



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

REPRESENTAÇÃO NO BRASIL

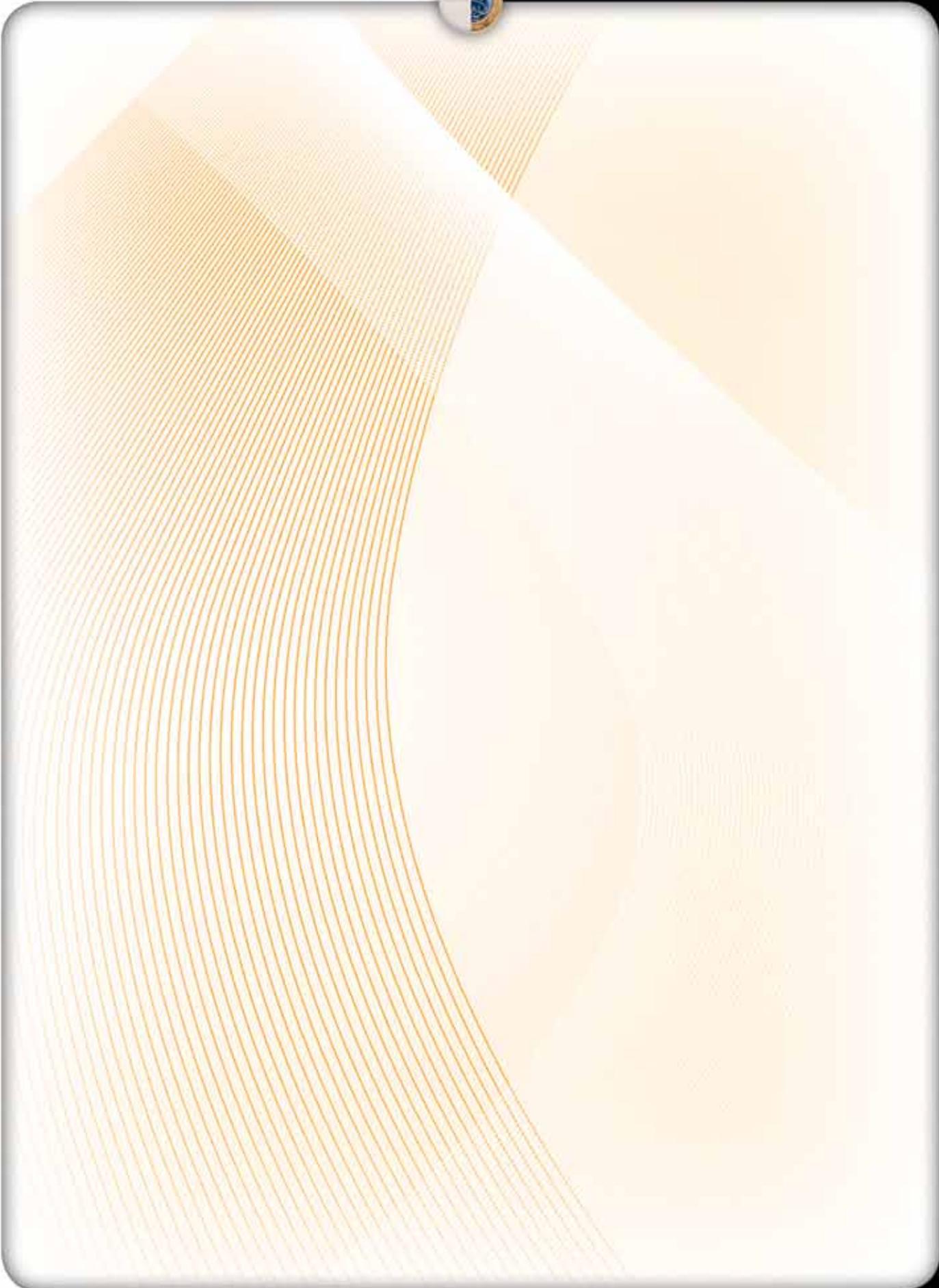
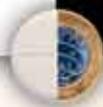
Fascículo III

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS



Projeto: Farmácia
Estabelecimento
de Saúde

Farmácia não é um simples comércio





CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

REPRESENTAÇÃO NO BRASIL

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde

Fascículo III

2010

Marcelo Polacow, Pedro Eduardo Menegasso, Raquel Cristina Delfini Rizzi

Organização: Margarete Akemi Kishi_R



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

© 2010 Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 3ª edição, 2010 - 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações (idioma português)

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Rua Capote Valente, 487 - Jardim América

CEP: 05409-001 São Paulo/SP - Brasil

<http://www.crfsp.org.br>

Diretoria

Presidente | Raquel Cristina Delfini Rizzi

Vice-presidente | Marcelo Polacow Bisson

Diretor-tesoureiro | Pedro Eduardo Menegasso

Secretária-geral | Margarete Akemi Kishi

Conselheiros

Álvaro Fávoro Jr., Israel Murakami, Laise Ponce Leon Simões, Marcelo Polacow Bisson, Margarete Akemi Kishi, Maria Fernanda Carvalho, Maria Luiza Rodrigues, Pedro Eduardo Menegasso, Priscila Noqueira C. Dejuste, Raquel Cristina Delfini Rizzi, Rodinei Vieira Veloso, Rogério G. Frota Cordeiro, Paulo José Teixeira (suplente), Paulo Pais dos Santos (suplente) e Rosângela Borges Reina (suplente).

Conselheiros Federais

Ely Eduardo Saranz Camargo, Ademir Valério da Silva (suplente)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - REPRESENTAÇÃO NO BRASIL

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19

CEP: 70800-400 Brasília/DF - Brasil

<http://www.paho.org/bra>

Autores

Marcelo Polacow Bisson, Pedro Eduardo Menegasso e Raquel Cristina Delfini Rizzi

Organizadora

Margarete Akemi Kishi

Revisores técnicos

Adriano Falvo, Amouni M. Mourad, Beatriz M. C. Campos de Oliveira, Carlos Robson da Silva, Christophe Rerat, Daniel C. Bazoli, Fabiane Salvarani dos Santos, Fernanda Bettarello, Laise P. Leon Simões, Luiz Henrique Costa, Marcelo Ferreira Carlos Cunha, Marcos Machado Ferreira, Maria Luiza Rodrigues, Marleide Lourenço Silva, Monique Marxen, Nathália C. Diniz Silva, Paula Signorini Pessoa, Priscila N. Camacho Dejuste, Reggiani L. S. Wolfenberg, Robson A. Brochetti, Rodinei Vieira Veloso, Simone Fatima Lisot e Vanessa Boeira Farigo.

Revisão ortográfica

Allan Araújo

Capa

Ana Laura Azevedo

Projeto Gráfico

Robinson Onias

Diagramação

Ana Laura Azevedo e Paula Vieira

Impressão e acabamento

Rettec Gráfica Ltda.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Organização Pan-Americana da Saúde

Fascículo III - Serviços Farmacêuticos / Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde / CRF-SP: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo; Organização Pan-Americana de Saúde - Brasília, 2010.

Vários colaboradores

Bibliografia

ISBN: 978-85-63931-08-5

1. Educação Continuada em Farmácia 2. Atenção à saúde 3. Assistência à Saúde 4. Assistência Farmacêutica 5. Serviços Comunitários de Farmácia 6. Comercialização de medicamentos 7. Atenção Farmacêutica 8. Medicamentos de Venda Assistida



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apresentação

Serviços Farmacêuticos: este é o tema do terceiro fascículo do projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde.

A RDC nº 44/2009 da Anvisa estabelece os critérios e condições mínimas para o cumprimento das Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. Também destaca a missão da farmácia como estabelecimento de saúde, do farmacêutico como profissional de saúde e o direito da população à assistência, à Atenção Farmacêutica e à orientação sobre o uso correto, seguro e racional de medicamentos.

O farmacêutico deve garantir a qualidade da dispensação de medicamentos e dos serviços prestados, além de ter um papel imprescindível na adesão à terapêutica, na prevenção das interações e de outros problemas relacionados a medicamentos e nas ações de farmacovigilância.

A promoção do uso racional de medicamentos, a monitorização e cuidado ao paciente através dos serviços farmacêuticos, a orientação sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis e a identificação de sinais de alerta sobre riscos de doenças crônicas ou complicações delas decorrentes são atividades que têm impacto direto na qualidade de vida do paciente e no sistema de saúde.

Este fascículo versa sobre os assuntos supracitados e está dividido em duas partes:

- A primeira parte apresenta, de forma sucinta, a situação em que se encontram a atenção e os serviços farmacêuticos em alguns países.*
- A segunda parte aborda, de forma prática, os serviços farmacêuticos regulamentados pela RDC nº 44/2009 da Anvisa.*

O segmento farmacoterapêutico, também tratado na RDC, será objeto de um fascículo específico.

O CRF-SP, por meio deste documento, espera auxiliar o farmacêutico na implementação dos serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias, contribuindo com seu desempenho como profissional de saúde e para que as farmácias sejam verdadeiramente estabelecimentos de saúde.





CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Índice

1. Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos

1.1 Introdução	9
1.2 Objetivo	10
1.3 Panorama da Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos	10
União Europeia	10
Austrália	14
Estados Unidos	14
Canadá	15
Peru	15
Brasil	15

2. Orientações e procedimentos para os serviços farmacêuticos regulamentados pela RDC nº 44/2009 da Anvisa

2.1 Introdução	18
2.2 Higienização das mãos	20
2.3 Aferição de glicemia capilar	26
2.4 Aferição de pressão arterial	30
2.5 Aferição de temperatura corporal	36
2.6 Administração de medicamentos	38
Injetáveis	38
Inaloterapia	41
2.7 Perfuração do lóbulo auricular para colocação de brincos	44
2.8 Declaração de serviços farmacêuticos	46
2.9 Manual de Boas Prática Farmacêuticas e Procedimentos Operacionais Padrão	52
2.10 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	53





CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

1. Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos

1.1 Introdução

Hepler & Strand, no artigo “Opportunities and responsibilities in the Pharmaceutical Care”, publicado no American Journal of Hospital Pharmacy, 1990, analisaram os três períodos que consideram mais importantes da atividade farmacêutica no século XX, definindo-os da seguinte forma: o *tradicional*, o *de transição* e o *de desenvolvimento da atenção ao paciente*¹.

No *período tradicional*, o farmacêutico, também chamado de boticário, manipulava, vendia, fornecia orientações e, muitas vezes, também era o responsável por prescrever medicamentos.

Com o desenvolvimento da indústria farmacêutica, este papel foi se transformando, dando início ao chamado *período de transição*, caracterizado pela execução de atividades centradas na produção de medicamentos e num perfil técnico-industrial. Neste período, os países do Primeiro Mundo concentraram-se no desenvolvimento de novos fármacos e o Brasil se concentrou em adaptar a tecnologia farmacêutica às condições climáticas do país^{1,2}.

O desastre provocado em 1962 pelo uso da talidomida por gestantes ocasionou uma epidemia de focomelia, o que determinou a evolução da farmacovigilância e o início do *período de desenvolvimento da atenção ao paciente*².

Na década de 60, com o início da prática da farmácia clínica, o farmacêutico começa a se conscientizar de seu papel perante a saúde pública, voltando-se para a atenção ao paciente e com a preocupação em minimizar os riscos relacionados ao medicamento. O medicamento passa a ser visto como instrumento para se atingir um resultado, seja ele paliativo, curativo ou preventivo².

A preocupação com a promoção do uso racional de medicamentos foi impulsionada pela publicação de documentos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a primeira Lista Modelo de Medicamentos Essenciais, em 1977².

No artigo de 1990, Hepler & Strand definiram pela primeira vez o conceito de Atenção Farmacêutica

como “a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes” e identificaram oito categorias de problemas relacionados a medicamentos (PRM). Este foi o marco histórico do surgimento de uma nova prática, a Atenção Farmacêutica. O conceito proposto difundiu-se mundialmente.

Posteriormente, em 1993, a OMS estendeu o benefício da Atenção Farmacêutica para toda a comunidade e reconheceu o farmacêutico como um dispensador de atenção à saúde, que deve participar ativamente na prevenção de doenças e na promoção da saúde, juntamente com outros membros da equipe de saúde. Abre-se, com a publicação deste documento, um espaço sem precedentes para a ampliação da prática farmacêutica³.

Desde então, têm-se produzido, no âmbito internacional, discussões em busca do entendimento do significado desta prática, sua adaptação e integração aos modelos de saúde de cada país².

Dentro deste novo contexto da prática farmacêutica, o ponto central das ações passa ser o bem-estar e a qualidade de vida do paciente e o farmacêutico passa a assumir papel fundamental, somando esforços aos dos demais profissionais de saúde e aos da própria comunidade para a promoção da saúde².

Entre as iniciativas que podem ser implantadas pelos farmacêuticos para a melhoria da saúde da comunidade, podemos citar:

- ◆ Acompanhamento e educação do paciente;
- ◆ Avaliação de fatores de risco;
- ◆ Prevenção e promoção da saúde e vigilância das doenças;
- ◆ Promoção do uso racional de medicamentos.

Em todo o mundo, o farmacêutico está voltando a cumprir o seu papel perante a sociedade, corresponsabilizando-se pelo bem-estar do paciente e trabalhando para que este não tenha sua qualidade de vida comprometida por um problema evitável, decorrente de uma terapia farmacológica. Este é um compromisso de extrema relevância, uma vez



que os eventos adversos a medicamentos atualmente são considerados uma patologia emergente e são responsáveis por grandes perdas de ordem humana e financeira²

Vários trabalhos publicados em diversos países demonstram que os serviços farmacêuticos de atenção primária contribuem para a diminuição da internação ou do tempo de permanência no hospital, para a assistência aos portadores de doenças crônicas, para a prática de educação em saúde e para uma intervenção terapêutica com melhor relação custo-benefício.

É fundamental que a farmácia e a drogaria assumam papel complementar ao serviço médico na atenção primária à saúde. O paciente que sai do consultório com uma receita terá maior resolatividade de seus problemas se tiver acesso ao tratamento prescrito e se a prescrição atender à racionalidade terapêutica. Também é necessário avaliar os fatores que podem interferir em seu tratamento, como: hábitos alimentares, tabagismo, histórico de reações alérgicas, uso de outros medicamentos ou drogas, outras doenças e até mesmo a falta de adesão. Esta avaliação, com a possibilidade de intervenção visando à efetividade terapêutica, pode ser alcançada com a implantação da atenção e serviços farmacêuticos⁴.

O farmacêutico que atua na dispensação realiza o último contato direto com o paciente depois da decisão médica pela terapia farmacológica; sendo assim, é corresponsável por sua qualidade de vida. Neste papel, o profissional deve lembrar que a condição essencial para o sucesso de qualquer tratamento é a qualidade da orientação que fornece ao usuário do medicamento.

Por esta razão, o farmacêutico deve estar atento, bem como buscar qualidade no seu dia-a-dia e em seu local de trabalho, pois para obter a qualidade em prestação de serviços, é necessário construir um ambiente adequado nesse espaço, onde a excelência do serviço seja a missão de todos. A humanização do serviço de farmácia também passa por questões relativas ao ambiente de atendimento. É necessário que haja instalações adequadas o suficiente para causar bem-estar e confiança ao usuário e que o farmacêutico possa atendê-lo em sala reservada para este fim, garantindo privacidade⁴.

1.2 Objetivo

Fornecer subsídios ao profissional farmacêutico para que ele realize os serviços farmacêuticos regulamentados pela RDC nº 44/2009 da Anvisa com qualidade, segurança e eficácia, colaborando para a melhoria da qualidade de vida da população.

1.3 Panorama da Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos

1.3.1 União Europeia

A prática farmacêutica nos países europeus é bastante diversificada devido aos diferentes usos e costumes, sistemas de governo, legislações e serviços de saúde.

Os diferentes termos utilizados na Europa, tais como: cuidados farmacêuticos (maioria dos países de língua escandinava), assistência farmacêutica (Bélgica/Holanda), gestão de Medicamentos (em partes do Reino Unido), Gestão de Doenças e Acompanhamento Farmacoterapêutico (países de língua francesa e Portugal), referem-se basicamente à Atenção Farmacêutica nos termos e definição de Hepler & Strand⁵.

Nos países europeus, assim como nos Estados Unidos, a farmácia clínica foi a base do desenvolvimento de cuidados farmacêuticos. A farmácia clínica começou a ter um papel importante em farmácias comunitárias na Escandinávia e na Holanda com a fundação da Sociedade Europeia de Farmácia Clínica.

Em 1991, Hepler, logo após a publicação de seu livro com Strand, foi convidado pela Associação Dinamarquesa de Farmacêuticos a participar de um evento que desencadeou uma série de discussões em outros países da Europa, difundindo lentamente o conceito e a prática da Atenção Farmacêutica⁵.

A Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP), em 1993, discutiu a importância da farmácia comunitária e, em 1998, editou a Declaração de Normas Profissionais, com o objetivo de auxiliar as associações profissionais a desenvolverem suas normas sobre esta prática.

A Associação Europeia das Faculdades de Farmácia publicou vários relatórios sobre a forma como



os cursos de Farmácia na Europa deveriam ser reestruturados para permitirem a provisão de cuidados farmacêuticos nas farmácias. Na maioria dos países europeus, atualmente, a farmácia clínica é parte da grade curricular (a Alemanha, por exemplo, introduziu o tema em 2001).

Em 2001, Enlund *et al.*, em artigo elaborado na Finlândia, destacou que há espaço para melhorias na gestão de hipertensão e que muitos agravos foram causados pelo comportamento dos pacientes com medicamentos.

No início do século XXI, diferentes governos europeus, reconhecendo que os custos dos serviços de saúde passaram a crescer de forma incontrolável, incluíram as farmácias no sistema de saúde.

Os itens seguintes descrevem a evolução da prática da Atenção Farmacêutica e da prestação de serviços farmacêuticos em diferentes países da Europa.

1.3.1.1 Suécia ⁵

Na Suécia, a primeira publicação sobre programas de Atenção Farmacêutica ocorreu em 1993, através da Organização Nacional de Farmácias, a Apoteket. Esta publicação abordou inicialmente a promoção da saúde e o aconselhamento sobre a utilização de medicamentos isentos de prescrição (MIP).

Nos últimos anos, tem havido ênfase na identificação, resolução e documentação dos PRM. Um sistema de classificação para documentar PRM e intervenções farmacêuticas foi desenvolvido em 1995 e incorporado ao software de todas as farmácias comunitárias, em 2001.

Um banco de dados nacional de PRM (SWE-DRP) foi criado em 2004 para coletar e analisar PRM e intervenções em âmbito nacional.

Recentemente, uma nova técnica de aconselhamento composta de questões-chave para facilitar a detecção de PRM foi testada com sucesso.

Perfis dos medicamentos em uso pelos pacientes são mantidos em 160 farmácias, e um novo registro nacional de medicamentos dispensados aos pacientes tornou-se disponível em 2006. Estes registros se mostram importantes para o crescimento da Atenção Farmacêutica no país, pois facilita formas mais integradas de Atenção Farmacêutica, nas quais a

identificação e resolução de PRM desempenham um papel fundamental.

Atualmente, a farmácia sueca presta vários tipos de serviços, como acompanhamento farmacoterapêutico e gestão de doenças, entre outros. A Apoteket negociou um sistema de remuneração baseado em pagamento de taxas por serviços prestados. Algumas atividades têm sido direcionadas para grupos específicos de pacientes durante campanhas com tema anual, entre as quais destacam-se atividades de orientação e acompanhamento para pacientes com insuficiência cardíaca, depressão, problemas vasculares, etc.

1.3.1.2 Holanda ⁵

Na Holanda, onde as farmácias são relativamente grandes, 95% dos pacientes sempre visitam a mesma farmácia e a farmacovigilância é realizada por farmacêuticos desde 1980.

A organização profissional dos farmacêuticos do país, no final da década de 90, escolheu a Atenção Farmacêutica como foco para o desenvolvimento profissional.

Hoje, a farmacoterapia é discutida quase que mensalmente por clínicos gerais e farmacêuticos e a prática da Atenção Farmacêutica é frequentemente incluída nos contratos de serviços de farmácias com seguros de saúde.

1.3.1.3 Reino Unido ^{6,7}

No Reino Unido, a Sociedade Farmacêutica da Grã-Bretanha tem trabalhado ativamente junto ao Ministério da Saúde (Inglaterra), devido à expansão dos cuidados e serviços farmacêuticos nas farmácias.

Nesses países, a Atenção Farmacêutica e os serviços farmacêuticos estão relacionados ao desenvolvimento profissional e ao controle do uso de medicamentos desde 1991, uma vez que há interesse do Serviço Nacional de Saúde em estabelecer novos papéis para os farmacêuticos, como contribuir efetivamente com a saúde pública, desenvolvendo programas de gestão de cuidados ao paciente que necessita de acompanhamento a longo prazo, como por exemplo, em situações de comorbidade.

A Inglaterra conta com serviços farmacêuticos básicos de verificação de parâmetros bioquímicos,



como níveis de colesterol; orientação sobre saúde pública e estilo de vida; orientação e informação sobre doenças; gestão de doenças, principalmente crônicas e serviços avançados, como serviço de acompanhamento e planos de saúde para pessoas que necessitem de acompanhamento a longo prazo; acompanhamento de cessação do tabagismo e acompanhamento no tratamento de dependentes químicos através do serviço de aplicação de metadona e troca de seringas, sendo os serviços remunerados por meio do Serviço Nacional de Saúde.

Muitos estudos têm sido realizados sobre as opiniões e necessidades dos farmacêuticos e pacientes. Práticas diferentes têm sido implementadas e, além do hospital e da farmácia comunitária, o profissional, conhecido como farmacêutico de cuidados primários, atualmente faz parte do Serviço Nacional de Saúde.

Em 1º de maio de 2006, a Inglaterra normatizou a prescrição farmacêutica, permitindo ao profissional prescrever todos os tipos de medicamentos, excetuando-se os medicamentos sob controle especial, para qualquer condição clínica, desde que dentro de seu próprio nível de experiência e de competência e de acordo com a ética e as normas estabelecidas. Apesar dessa normatização ser extensiva também aos demais países do Reino Unido, cabe a cada país decidir como e quando será implementada. A prescrição farmacêutica está condicionada à participação do profissional em programas de qualificação credenciados pela Sociedade Farmacêutica da Grã-Bretanha (que são financiados pelo Serviço Nacional de Saúde), bem como o profissional ter no mínimo dois anos de experiência como farmacêutico clínico, em hospital ou farmácia comunitária.

1.3.1.4 Alemanha ⁵

Na Alemanha, os serviços farmacêuticos são desenvolvidos desde a década de 1990, principalmente pela União Federal das Associações dos Farmacêuticos Alemães. O primeiro trabalho sobre o tema foi publicado em 1993 e a primeira conferência sobre Atenção Farmacêutica foi realizada em 1994.

Em 2003, um contrato foi estabelecido entre representantes dos proprietários de farmácia comunitária e o maior fundo de seguro de saúde alemão.

Este contrato, chamado “Família Farmácia”, tem como característica essencial a remuneração dos farmacêuticos para a prestação dos serviços e Atenção Farmacêutica. Em 2004, um contrato de cuidados integrados trilateral foi assinado e acrescentou médicos clínicos, combinando assim a “Família Farmácia” com o médico de família. Em alguns meses, a grande maioria das farmácias (mais de 80%) se inscreveu para participar do projeto.

Diversos estudos e programas têm demonstrado que a Atenção Farmacêutica e outros serviços farmacêuticos são viáveis nas farmácias comunitárias alemãs e que os pacientes se beneficiam destes serviços.

1.3.1.5 Irlanda ^{8,9}

Na Irlanda, a farmácia oferece vários serviços, tais como monitoramento de pressão arterial, testes de colesterol e glicose, entre outros, além de efetuar gestão de doenças crônicas e acompanhar, juntamente com o médico clínico, pacientes asmáticos e em tratamento de cessação tabágica. A farmácia também apoia recuperandos de dependência de drogas, oferecendo programas de metadona essencial.

A União dos Farmacêuticos Irlandeses atua junto com o governo para que o papel do farmacêutico nos estabelecimentos se amplie ainda mais, com a normatização da prescrição farmacêutica.

Para apoiar a prestação de serviços de alta qualidade na farmácia comunitária, a União dos Farmacêuticos Irlandeses, juntamente com o Ministério da Saúde e da Infância, criou, em 1998, o Centro Irlandês de Educação Farmacêutica Continuada. Esta iniciativa visou a cumprir parte do acordo estabelecido entre os dois órgãos que estipula aos farmacêuticos que garantam que os medicamentos estejam devidamente indicados ou prescritos e que sejam eficazes, seguros e adequados aos pacientes.

1.3.1.6 Espanha

Na Espanha, a obrigação de prestação de serviços e Atenção Farmacêutica nas farmácias comunitárias foi instituída através de legislação específica. Esta situação resulta da atividade de fundações/associações e do Consenso de Granada, que estabelece os cuidados farmacêuticos. Este consenso também levou a



uma revisão do sistema de medicação e classificação dos problemas associados a medicamentos, de acordo com a metodologia que ficou mundialmente conhecida como Método Dáder.

A perspectiva espanhola de Atenção Farmacêutica é diferente da perspectiva americana, do grupo de Minnesota, representado por Hepler & Strand. Enquanto os americanos consideram a Atenção Farmacêutica uma prática única e diferente das demais atividades realizadas pelo farmacêutico e com um processo racional de tomada de decisão, os espanhóis reconhecem as atividades farmacêuticas tradicionais, como a dispensação, sendo parte deste novo modelo de prática, pois em todas elas o farmacêutico assume a responsabilidade pela redução da morbimortalidade relacionada aos medicamentos. No entanto, os mesmos pilares filosóficos sustentam as duas perspectivas¹⁰.

De acordo com o Ministério da Saúde e Consumo Espanhol, a Atenção Farmacêutica apresenta três componentes¹¹:

Dispensação - pressupõe uma atitude proativa do farmacêutico na provisão de medicamentos ao paciente;

Indicação Farmacêutica - implica no auxílio ao paciente, visando ao uso correto de medicamentos e a orientação para exercer o autocuidado de sua saúde;

Seguimento Farmacoterapêutico - baseia-se num maior envolvimento dos Farmacêuticos na monitorização e no registro sistemático do tratamento que o paciente recebe.

O Consenso do “Foro de Atención Farmacéutica”¹², realizado em janeiro de 2008, que contou com a participação do Ministério da Saúde e Consumo, Real Academia Nacional de Farmácia, Conselho Geral de Colégios Oficiais de Farmacêuticos, Sociedade Espanhola de Atenção Primária, Sociedade Espanhola de Farmácia Comunitária, Sociedade Espanhola de Farmácia Hospitalar, Fundação Pharmaceutical Care - Espanha e Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, indica que atualmente a atitude proativa do farmacêutico no tocante à dispensação e indicação farmacêutica encontra-se introduzida na prática; no entanto, há a necessidade de se estabelecer documentos e protocolos desses serviços.

Porém, a prática do seguimento farmacoterapêutico como novo serviço ainda requer um compromisso maior e contínuo do profissional com os resultados do tratamento do paciente.

Atualmente, os farmacêuticos espanhóis executam determinados serviços visando à dispensação responsável, informam os pacientes sobre os tratamentos dispensados, atuam ativamente no controle do uso de medicamentos e fazem acompanhamento do tratamento buscando detectar, prevenir e resolver problemas relacionados a medicamentos. No entanto, ainda há um grande caminho a percorrer quanto à universalização destes serviços, uma vez que estima-se que apenas 10 a 15% dos farmacêuticos espanhóis executam atividades pontuais relacionadas à Atenção Farmacêutica (desde a dispensação ao seguimento farmacoterapêutico) de forma homogênea, sistematizada e com inclusão do conseqüente registro.

1.3.1.7 Portugal ⁵

Portugal é um exemplo de sistema integrado a se aproximar. Desde 1999, a Associação de Farmácia Portuguesa desenvolveu estratégias, métodos e ferramentas de documentação (aplicações de software, protocolos farmacêuticos, etc.) para prestação de serviços em farmácia baseados nos programas de gestão da doença. A chamada “gestão da doença” refere-se a programas de cuidados farmacêuticos que incluem aconselhamento orientado.

Atualmente, os programas têm sido estabelecidos para pacientes com asma, diabetes e hipertensão. A remuneração do programa de diabetes foi negociada com sucesso com o governo em 2004.

Todos os desenvolvimentos mais recentes foram guiados pelos esforços de uma extensa pesquisa e muitos dos resultados foram publicados em 2004 e 2005.

As farmácias prestam uma ampla gama de serviços farmacêuticos associados à dispensação e ao aconselhamento do uso de medicamentos e outros produtos, à promoção da saúde e prevenção de doenças, tais como o monitoramento da pressão arterial, acompanhamento ao paciente com asma, tabagismo, dislipidemia; determinação de parâmetros bioquímicos.



cos como glicemia, colesterol total, hemoglobina, ácido úrico e triglicérides; efetuam administração de vacinas, entre outros serviços.

1.3.1.8 França ⁵

Na França, o farmacêutico efetua serviços de atenção básica e, através de entrevistas com o paciente, indica, se necessário, medicamentos isentos de prescrição ou orientam sobre cuidados à saúde. É comum que a população procure seu farmacêutico local para orientação e aconselhamento.

Atualmente, na França, estão em desenvolvimento dois grandes projetos relacionados aos serviços farmacêuticos. Um deles é a criação de prontuário eletrônico que permitirá aos farmacêuticos, mediante aprovação dos pacientes, verificar todos os medicamentos consumidos pelo paciente durante os últimos quatro meses, seja ele prescrito por um médico ou não. A ideia é impedir a utilização de combinações de medicamentos que possam resultar em reações adversas e evitar tratamentos desnecessários.

O outro importante projeto é a implantação do “Parecer Farmacêutico”, que é uma decisão fundamentada, elaborada sob a autoridade de um farmacêutico, sobre a relevância de uma prescrição, de uma intervenção farmacêutica ou ainda sobre o pedido de um paciente apresentado na farmácia que deva ser comunicado ao médico. O parecer é emitido através de um documento normatizado, principalmente quando o farmacêutico pede que se reconsidere uma prescrição ou quando justifica a recusa ou alteração da receita. O objetivo desse parecer é assegurar que os medicamentos/produtos sejam compatíveis entre si e adequados ao paciente, além de ser um instrumento para fornecer orientações pertinentes ao paciente e ao prescritor.

Este parecer consiste na análise do pedido ou prescrição, questionamento junto ao paciente e/ou seu representante e, se for necessário, junto ao médico; num processo bastante criterioso que pode terminar em uma das seguintes possibilidades: dispensação do medicamento/produto; dispensação, após esclarecimento de dúvidas terapêuticas ou de regulamentação; dispensação em situação de emergência; alteração do tratamento; recusa da dispensação.

1.3.1.9 Itália ⁵

Na Itália, onde a farmácia clínica tem sido preponderante desde a década de 1990, os cuidados farmacêuticos são o domínio do farmacêutico. A farmácia presta diversos serviços, incluindo gestão de doenças, exames de sangue, controle de colesterol, monitoramento de pressão arterial e locação de equipamentos médicos, como muletas e cilindros de oxigênio.

1.3.1.10 Suíça ⁵

Nos últimos 10 anos, a Associação Suíça dos Farmacêuticos dirigiu uma reforma profunda na profissão, com adoção de medidas como a implantação de um sistema de remuneração baseado em serviços farmacêuticos, um programa de qualidade de cuidados farmacêuticos - QMS-Farmácia, formação contínua obrigatória, programas de relações públicas e promoção da saúde, serviços inovadores de atenção gerenciada, entre outros.

Em 2008 deu-se início a programas de vacinação da população em estabelecimentos farmacêuticos, acompanhamento de pacientes com fatores de risco para ataques cardíacos e programas de cooperação entre médico e farmacêutico em benefício da saúde dos pacientes.

1.3.2 Austrália ¹³

O farmacêutico na farmácia comunitária efetua serviços como detecção e acompanhamento de doenças crônicas, Programa de Substituição de Opioides, auxiliando em tratamentos de dependência química, administração e acompanhamento do uso de medicamentos para tratamento de AIDS, programas de cessação do tabagismo, serviços de promoção à saúde e acompanhamento domiciliar, dentre outros.

1.3.3 Estados Unidos ¹⁴

Nos Estados Unidos, um dos países precursores na discussão do “Pharmaceutical Care”, 80% das prescrições são subsidiadas por entidades sociais ou pelo sistema nacional de cobertura de saúde (Managed Care). O farmacêutico está sempre presente na farmácia, realizando a dispensação e o acompanhamento farmacoterapêutico.



O farmacêutico norte-americano recebe um valor fixo, pago pelo sistema de saúde, para realizar a dispensação dos medicamentos, pois o Managed Care não remunera, ainda, a prática da Atenção Farmacêutica.

As farmácias norte-americanas têm permissão para realizar exames automatizados de colesterol total, triglicérides, HDL, LDL e glicemia.

Nos Estados Unidos, em 40 (quarenta) estados, os farmacêuticos estão autorizados a fazer ajustes na farmacoterapia, de acordo com protocolos; em 44 (quarenta e quatro) estados executam imunização; e em 09 (nove) estados têm autorização para prescrever e dispensar certas classes de fármacos que exigem receita, incluindo os anticoncepcionais emergenciais.

1.3.4 Canadá

A discussão sobre Atenção Farmacêutica no Canadá teve início na década de 70, com o que se denominava “Opinião Farmacêutica”. A evolução desta discussão no país permitiu que atualmente, em algumas províncias, os farmacêuticos sejam remunerados pelo serviço de Atenção Farmacêutica.

Segundo Pereira & Freitas¹⁰, em Quebec, província que possui 7,2 milhões de habitantes, por mês, 800 mil utilizam o sistema nacional de seguridade social, sendo que 610 mil destes pacientes possuem cobertura também do “Drug Plan”. São dispensadas com orientação farmacêutica cerca de 34,8 milhões de prescrições por ano, representando um gasto de US\$ 564 milhões com medicamentos, dos quais US\$ 232 milhões se destinam ao pagamento dos serviços de dispensação e Atenção Farmacêutica prestados pelos farmacêuticos. Esta remuneração é efetuada mediante demonstração do êxito do profissional com o acompanhamento do paciente, sendo seu valor fixado pelo serviço de saúde para cada tipo de intervenção.

Ainda segundo os autores, em Quebec, 68% dos estabelecimentos oferecem o serviço de Atenção Farmacêutica e o profissional tem amparo legal para impedir a dispensação de medicamentos prescritos na receita quando detectar algum problema previsto por lei.

1.3.5 Peru¹⁵

A Atenção Farmacêutica tem se desenvolvido lentamente no Peru, pois, até recentemente, a prática clí-

nica não era efetuada na farmácia comunitária ou mesmo em Farmácia Hospitalar. Em 2004, as alterações legislativas no Peru, em matéria de regulamentação dos medicamentos e do sistema de saúde, criaram novas oportunidades para os farmacêuticos se tornarem mais ativos na prestação de cuidados aos pacientes.

No entanto, uma série de atividades ainda deve ser estimulada, tais como o desenvolvimento de protocolos, de educação continuada e de contratos de remuneração da prestação de serviços.

1.3.6 Brasil

A publicação da Lei nº 5.991, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, em 1973, acabou gerando um equívoco de interpretação por parte de muitos comerciantes, que vislumbraram especificamente o lucro em detrimento da saúde pública. A partir dessa visão, as atividades farmacêuticas passaram a ter um perfil mercantilista, aproveitando-se da premissa de que qualquer cidadão pode ser proprietário de farmácia ou drogaria, mediante a contratação de um profissional farmacêutico que se responsabilize tecnicamente pelo estabelecimento².

Essa visão mercantilista de estabelecimentos farmacêuticos levou a sociedade a considerar que o medicamento é um produto de consumo, o que agravou o problema da automedicação.

A partir da década de 90, a presença marcante das ações dos conselhos de farmácia e da vigilância sanitária levou a uma mudança no panorama nacional². A exigência da presença do farmacêutico e da efetiva prestação de assistência em farmácias e drogarias fez com que o mesmo desenvolvesse novamente suas funções de profissional de saúde. Para o fortalecimento dessa realidade é importante não somente a atuação dos órgãos de fiscalização profissional e/ou sanitário, mas também cabe ao farmacêutico a grande tarefa de participar ativamente de toda a cadeia de assistência à saúde.

1.3.6.1 Atenção Farmacêutica

No Brasil, o termo Atenção Farmacêutica foi utilizado pela primeira vez em 1995, durante o XVIII Encontro Nacional de Estudantes de Farmácia (ENEF),



em Natal (RN). Durante este encontro foi realizado o I Concurso de Aconselhamento ao Paciente, introduzindo no país um novo modelo de prática profissional. A partir daí, estudantes e professores envolvidos no processo despertaram para a necessidade de uma mudança de atitude quanto ao cuidado ao usuário de medicamentos¹⁶.

Em 1997, o Movimento Estudantil de Farmácia teve um papel de destaque no aprofundamento do debate sobre Atenção Farmacêutica, com a realização do XX ENEF, no Recife (PE), cujo tema principal foi “A Atenção Farmacêutica: instrumento de saúde”¹⁶.

Em 2001 foi iniciado o processo de discussão sobre as diversidades dos conceitos e das práticas de Atenção Farmacêutica no Brasil, tendo à frente a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde.

No mesmo ano foi organizada pela OPAS uma oficina de trabalho para apresentação de experiências e reflexões sobre o tema, na cidade de Fortaleza (CE). O grupo constituído nesta oficina produziu o documento “Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica”, com o objetivo de uniformizar os conceitos e a prática profissional no país.

Ao longo dos anos, a Atenção Farmacêutica vem sendo discutida e abordada junto às instituições de saúde e de educação como uma das diretrizes principais para redefinição da profissão farmacêutica em nosso país. No entanto, esta tem sido introduzida no Brasil em diferentes vertentes e com diferentes compreensões, muitas vezes sem diretrizes técnicas sistematizadas e sem levar em conta as características do país e do seu sistema de saúde.

A prática da Atenção Farmacêutica é ainda pouco conhecida e difundida no Brasil, apesar de decorridos cerca de vinte anos do início concreto dessa atividade no mundo. Há farmacêuticos que isoladamente buscam desenvolver a Atenção Farmacêutica; porém, na maioria dos casos, essa busca está associada às Universidades e a seus docentes.

A implantação da Atenção Farmacêutica em farmácias e drogarias ainda enfrenta obstáculos que incluem o vínculo empregatício do profissional farmacêutico e a rejeição do programa por alguns gerentes e proprietários, além da falta de metodologia

e de modelos de protocolos testados e validados que atendam à necessidade brasileira.

A atividade de Atenção Farmacêutica ainda é incipiente no Brasil, tanto no setor público quanto no privado. Para a implementação efetiva da Atenção Farmacêutica, deve-se conscientizar os gestores, a sociedade e os empresários de que esta atividade reduz custos para o sistema de saúde, melhora a qualidade de vida, além de representar um diferencial de atendimento que contribui para a fidelização do paciente².

Qualquer mudança na atuação farmacêutica deve partir de uma reflexão de cada profissional sobre sua realidade prática. Somente a partir desta reflexão o farmacêutico poderá definir o que espera de si e de sua profissão e se está disposto a desempenhar o papel de responsável pelo uso correto de medicamentos e implantar a Atenção Farmacêutica.

Referências Bibliográficas

- 1 - HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. *Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care*. American Journal of Hospital Pharmacy, Bethesda, v. 47, p. 533-43. Mar. 1990.
- 2 - SÚLPINO, V.F. *Possibilidades de Contribuição do Farmacêutico para a Promoção da Saúde Coletiva & Saúde Coletiva*, 12(1):213-220, 2007.
- 3 - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Proposta: Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. Atenção Farmacêutica no Brasil: “trilhando caminhos”*. Brasília: OPAS; 2002.
- 4 - FERRAES, A.M.B.; CORDONI, JR. L. *Medicamento, farmácia, farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas*. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade/v4n1/doc/farmacacia.doc>>. Acesso em: 05/11/2009.
- 5 - VAN MIL, F.; SCHULZ, M. *A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe*. Health highlights. Harvard Health Policy Review. Spring 2006. Vol. 7, No. 1: 155-68.
- 6 - ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *Practice based commissioning*. Disponível em: <<http://www.rpsgb.org.uk/worldofpharmacy/currentdevelopmentsinphar>



- macy/practicebasedcommissioning/> Acesso em: 05/11/2009.
- 7 - ROYAL PHAMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *Pharmacist Prescribing*. Disponível em: <<http://www.rpsgb.org.uk/worldofpharmacy/currentdevelopmentsinpharmacy/pharmacistprescribing/index.html>>. Acesso em: 05/11/2009.
- 8 - *The Pharmaceutical Society of Ireland (PSI) was established under the Pharmacy Act 2007 as the pharmacy regulator*. Disponível em: <<http://www.pharmaceuticalsociety.ie/Standards/Standards/Navigation.html>>. Acesso em: 06/11/2009.
- 9 - IRISH PHARMACY UNION. *Community Pharmacy in Ireland*. Disponível em: <http://www.ipu.ie/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=60>. Acesso em: 06/11/2009.
- 10 - PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. *A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil*. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences vol. 44, n. 4, p. 601-12. Out./dez., 2008.
- 11 - RODRIGUES, D.C.; BARATA, P. *Universalização da Atenção Farmacêutica. Dispensa Activa. A Experiência do COF de Madri*. Disponível em: <<https://bdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/1101>>. Acesso em: 06/11/2009.
- 12 - FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA. *Documento de Consenso*. Disponível em: <http://www.redfarmaceutica.com/almacen/Atencion/archivos/205/FORO_At_farma.pdf>. Acesso em: 06/11/2009.
- 13 - THE PHARMACY GUILD OF AUSTRALIA. *Fourth Community Pharmacy Agreement*. Disponível em: <http://www.guild.org.au/uploadedfiles/National/Public/Community_Pharmacy_Agreement/4CPA%20Compilation%20Agreement_FINAL.pdf>. Acesso em 07/11/2009.
- 14 - ROZENFELD, Suely. *Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2008, vol. 13, suppl., pp. 561-568. ISSN 1413-8123. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a02v13s0.pdf>>. Acesso em 12/11/2009.
- 15 - ALVAREZ-RISCO, Aldo. *Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Peru*. The Annals of Pharmacotherapy: Vol. 41, nº 12, pp. 2032-2037 - Out 2007.
- 16 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relatório do 1º Seminário Internacional para Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2009.



2. Orientações e procedimentos para os serviços farmacêuticos regulamentados pela RDC nº 44/2009 da Anvisa

“... quero deixar esta frase de Federico Mayor Zaragoza: “Nenhum pragmático mudou o mundo”, e dizer que temos de abandonar o discurso e nos dedicar mais à prática, pois assim teremos muito mais a contribuir com os nossos pacientes.”

Manuel Machuca González (Universidad de Sevilla – Espanha)

2.1 Introdução

A RDC nº 44/2009 da Anvisa, que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas de dispensação, comercialização de produtos e prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias trouxe para debate da categoria e da sociedade questões que estão inseridas em um cenário de complexos interesses políticos e econômicos. Esses obstáculos devem ser contornados pelos profissionais da saúde que, com idealismo e responsabilidade social, querem servir à sociedade como um todo.

Ao longo dos anos, o CRF-SP vem trabalhando para que o farmacêutico tenha o paciente – e não o medicamento – como foco da atuação profissional. Esta visão é preconizada pela OMS e pela FIP. Além disso, é parte das normas (como a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica) que, quando implementadas de fato, terão reflexos positivos na utilização de medicamentos e na saúde e qualidade de vida do usuário.

Ao estabelecer critérios para prestação de Atenção Farmacêutica e de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias, a RDC nº 44/2009 da Anvisa torna-se um grande incentivo para o desenvolvimento desta prática no país, além de ser um importante instrumento para a garantia da assistência farmacêutica, do uso racional do medicamento e também do direito do profissional farmacêutico de exercer o papel que lhe cabe na sociedade.

De acordo com esta RDC, além da dispensação, as farmácias e drogarias poderão efetuar a prestação dos seguintes serviços farmacêuticos:

- Atenção Farmacêutica:
 - ◆ Atenção Farmacêutica domiciliar
 - ◆ Aferição de parâmetros fisiológicos: pressão arterial e temperatura corporal
 - ◆ Aferição de parâmetro bioquímico: glicemia capilar
 - ◆ Administração de medicamentos: injetáveis e inalantes
- Perfuração do lóbulo auricular para colocação de brinco

A Atenção Farmacêutica deve ter como objetivos a prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos, promover o uso racional de medicamentos, a fim de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

O serviço de Atenção Farmacêutica domiciliar consiste na avaliação da eficácia do tratamento prescrito, na promoção do uso racional de medicamentos, na aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímico e, ainda, na administração de medicamentos (inaloterapia, aplicação de injetáveis) na residência do paciente. Para prestação desse serviço, o estabelecimento deverá contar com dois ou mais farmacêuticos de modo a assegurar a assistência farmacêutica no local, inclusive no período em que um deles se ausentar para prestar assistência domiciliar, pois, nos termos do artigo 15 da Lei 5.991/73 e artigo 3º da RDC nº 44/2009 da Anvisa, as farmácias e drogarias deverão dispor da assistência de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento.



A aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímico tem como finalidade fornecer subsídio para Atenção Farmacêutica e o monitoramento da terapia medicamentosa, visando à melhoria da qualidade de vida, não possuindo, em nenhuma hipótese, o objetivo de diagnóstico.

Verificada discrepância entre os valores encontrados e os valores de referência constantes em literatura técnico-científica idônea, o paciente deve ser orientado a procurar o médico. Jamais poderão ser indicados medicamentos ou alterados os medicamentos em uso pelo paciente quando estes possuírem restrição de “venda sob prescrição médica”.

A realização de qualquer serviço farmacêutico independente do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) requer a *antisepsia das mãos*.

Todos os aparelhos e materiais utilizados para medição de parâmetros fisiológicos e bioquímico e para administração de medicamentos deverão possuir registro, notificação, cadastro ou serem legalmente dispensados de tais requisitos junto a Anvisa. Os aparelhos devem ser calibrados regularmente, com a devida manutenção dos registros de calibração.

Devem ser elaborados protocolos para as atividades relacionadas à Atenção Farmacêutica que serão praticadas no estabelecimento, incluídas referências bibliográficas e indicadores para avaliação dos resultados. As atividades devem ser documentadas de forma sistemática e contínua, com o consentimento expresso do usuário. Os registros devem conter, no mínimo, informações referentes ao usuário (nome, endereço e telefone), as orientações e intervenções farmacêuticas realizadas e os resultados delas decorrentes, bem como informações do profissional responsável pela execução do serviço (nome e número de inscrição no conselho regional de farmácia).

As ações relacionadas à Atenção Farmacêutica devem ser registradas de modo a permitir a avaliação dos seus resultados. O Procedimento Operacional Padrão (POP) deverá dispor sobre a metodologia de avaliação dos resultados.

A RDC estabelece que as atribuições e responsabilidades individuais devem estar descritas no Manual de Boas Práticas Farmacêuticas do estabelecimento e serem compreensíveis para todos os funcionários.

De acordo com a norma em comento, a prestação de serviço farmacêutico deve ser realizada por profissional devidamente capacitado, respeitando-se as determinações estabelecidas pelos conselhos federal e regional de farmácia.

O Art. 1º da Resolução nº 499/2008 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) estabelece que somente o farmacêutico inscrito no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição poderá prestar serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias.

A exceção a esta determinação é verificada no Art. 21 da Resolução nº 499/2008 do CFF, o qual estabelece que as aplicações de medicamentos injetáveis em farmácias e drogarias só poderão ser feitas pelo farmacêutico ou por profissional habilitado, com autorização expressa do farmacêutico diretor ou responsável técnico. No entanto, o parágrafo único do referido artigo deixa claro que a presença e/ou supervisão do farmacêutico é condição e requisito essencial para aplicação de medicamentos injetáveis.

Saliente-se que, conforme estabelece a RDC, o ambiente destinado aos serviços farmacêuticos deve ser diverso daquele destinado à dispensação e à circulação de pessoas em geral, devendo o estabelecimento dispor de espaço específico para esse fim. O ambiente deve garantir a privacidade e o conforto dos usuários.

A sala de serviços farmacêuticos deve possuir:

- ◆ dimensões, mobiliário e infraestrutura compatíveis com as atividades e serviços a serem oferecidos;
- ◆ lavatório contendo água corrente;
- ◆ toalha de uso individual e descartável;
- ◆ sabonete líquido;
- ◆ gel bactericida;
- ◆ lixeira com pedal e tampa;
- ◆ conjunto de materiais para primeiros socorros com identificação e de fácil acesso.

O estabelecimento deve manter lista atualizada dos estabelecimentos públicos de saúde mais próximos contendo nome, endereço e telefone.

Deve existir um procedimento de limpeza do espaço destinado à prestação de serviços farmacêuticos, o qual deve ser realizado diariamente no início e ao término do horário de funcionamento, e devidamente



registrado. O ambiente deve estar limpo antes da realização de qualquer atendimento e após a prestação de cada serviço deve ser verificada a necessidade de realizar novo procedimento de limpeza.

O acesso ao sanitário (caso exista) não deve se dar através do ambiente destinado aos serviços farmacêuticos.

Cabe lembrar que somente serão considerados regulares os serviços farmacêuticos devidamente indicados no licenciamento de cada estabelecimento. A autoridade sanitária permitirá a prestação de serviços farmacêuticos após prévia inspeção para verificação do atendimento aos requisitos mínimos dispostos na RDC nº 44/2009 da Anvisa, sem prejuízo das disposições contidas em normas sanitárias complementares estaduais e municipais.

É expressamente vedado utilizar qualquer dependência da farmácia ou da drogaria como consultório ou outro fim diverso do licenciamento.

Não se tem a intenção de transcrever nesse fascículo todas as regras estabelecidas pela RDC nº 44/2009 da Anvisa ou pela Resolução nº 499/2008 do CFF; porém, é fundamental que o profissional farmacêutico as conheça, assim como é fundamental o conhecimento de todas as normas referentes ao seu exercício profissional, pois como profissional de saúde assume a corresponsabilidade pela saúde e qualidade de vida do usuário do medicamento que, num pacto de confiança, se coloca sob seus cuidados.

Acerca desta questão, cabe transcrever opinião proferida pela Dra. Linda Strand, durante o Seminário Internacional para Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS – 24 a 27 de maio de 2006:

“... quando cuidamos dos pacientes com essa responsabilidade existem regras que precisam ser seguidas. Não temos que gostar dessas regras e elas não precisam estar de acordo com as nossas opiniões pessoais, pois o sistema de saúde já estabeleceu um conjunto de regras que não podemos mudar. Vocês não precisam se sentir confortáveis seguindo essas regras, isso não é um requisito, nem é negociável. Enquanto nós nos recusarmos a obedecer a essas regras, não seremos reconhecidos ou pagos como prestadores de cuidado ao paciente”. (Linda Strand, 2006)

2.2 Higienização das mãos

A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos”, englobando a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antissepsia cirúrgica das mãos.

A higienização das mãos apresenta as seguintes finalidades: remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato; prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

Apesar de as evidências mostrarem a importância das mãos na cadeia de transmissão das infecções relacionadas à assistência à saúde e a importância dos efeitos dos procedimentos de higienização das mãos na diminuição das taxas de infecções, os profissionais de saúde ainda adotam uma atitude passiva diante deste problema de saúde pública mundial.

A OMS, por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tem dedicado esforços à elaboração de diretrizes e estratégias de implantação de medidas visando à adesão de profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos. A iniciativa direcionada a serviços de saúde envolve profissionais, pacientes e comunidade, objetivando a redução de riscos inerentes a infecções relacionadas à assistência à saúde.

Produtos utilizados na higienização das mãos

Sabonete comum (sem associação de antisséptico) - O sabonete comum não contém agentes antimicrobianos ou os contém em baixas concentrações, funcionando apenas como conservantes. Os sabonetes para uso em serviços de saúde podem ser apresentados sob várias formas: em barra, em preparações líquidas (as mais comuns) e em espuma. Em geral, a higienização com sabonete líquido remove a microbiota transitória, tornando as mãos limpas. A eficácia da higienização simples das mãos, com água e sabo-



nete, depende da técnica e do tempo gasto durante o procedimento que normalmente dura em média 8 a 20 segundos, sem contar o tempo necessário para se deslocar e para retornar da pia. O processo completo leva muito mais tempo – estimado em 40 a 60 segundos.

Agentes antissépticos - Os agentes antissépticos utilizados para higienização das mãos devem ter ação antimicrobiana imediata e efeito residual ou persistente. Não devem ser tóxicos, alergênicos ou irritantes para a pele. Recomenda-se que sejam agradáveis de utilizar, suaves e, ainda, ofereçam boa relação custo-benefício.

Álcool - A atividade antimicrobiana em geral dos álcoois se eleva com o aumento da cadeia de carbono, porém a solubilidade em água diminui. Somente os álcoois alifáticos, completamente miscíveis em água, preferencialmente o etanol, o isopropanol e o n-propanol, são usados como produto para higienização das mãos.

De modo geral, os álcoois apresentam rápida ação e excelente atividade bactericida e fungicida entre todos agentes utilizados na higienização das mãos. Soluções alcoólicas entre 60 a 80% são mais efetivas e concentrações mais altas são menos potentes, pois as proteínas não se desnaturam com facilidade na ausência de água.

Devido à eficácia e facilidade de uso, as preparações alcoólicas têm sido recomendadas para uso rotineiro quando não houver sujidade visível nas mãos.

Clorexidina - A atividade antimicrobiana imediata ocorre mais lentamente que a dos álcoois, sendo considerada de nível intermediário; porém, seu efeito residual, pela forte afinidade com os tecidos, torna-o o melhor entre os antissépticos disponíveis.

Não devem ser aplicados nas mãos os sabões e detergentes registrados na Anvisa/MS como saneantes, de acordo com a Lei nº 6.360 de 23 de setembro de 1976 e a RDC nº 13, de 28 de fevereiro de 2007 da Anvisa, uma vez que seu uso é destinado a objetos e superfícies inanimados.

Na aquisição de produtos destinados à higienização das mãos, deve-se verificar se estes estão registrados na Anvisa/MS, atendendo às exigências específicas

para cada produto. A compra de sabonete e de agentes antissépticos para a higienização das mãos deve ser realizada segundo os parâmetros técnicos definidos para o produto. A comprovação da legalidade do produto também pode ser realizada solicitando-se ao fornecedor a comprovação do seu registro/notificação.

As informações sobre os produtos registrados/notificados na Anvisa/MS e utilizados para a higienização das mãos estão disponíveis no endereço eletrônico: <http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/index.htm>. Ainda, as legislações que regulam esta prática podem ser encontradas no endereço eletrônico: <http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>.

Equipamentos e insumos necessários para higienização das mãos

Dentre os equipamentos necessários para a higienização das mãos estão incluídos os lavatórios/pias, lavabo cirúrgico, os dispensadores de sabonetes e antissépticos, o porta-papel toalha e a lixeira para descarte do papel toalha.

Os lavatórios/pias devem estar sempre limpos e livres de objetos que possam dificultar o ato de lavar as mãos. Desta forma, é recomendável que as áreas próximas aos lavatórios/pias não estejam repletas de equipamentos, pois isto pode dificultar o acesso e conseqüentemente, inibir a prática da higienização das mãos pelos profissionais de saúde.

Lavatório - Exclusivo para a higienização das mãos. Possui formatos e dimensões variadas, devendo ter profundidade suficiente para que o profissional de saúde lave as mãos sem encostá-las nas paredes laterais ou bordas da peça e tampouco na torneira. Ainda, que evite respingos nas laterais do lavatório, no piso e no profissional. Deve estar sempre limpo e operante. Pode estar inserido em bancadas ou não.

Pia de lavagem - Destinada preferencialmente à lavagem de utensílios podendo ser também usada para a higienização das mãos. Possui profundidade variada, formato retangular ou quadrado e dimensões variadas. Deve sempre estar inserida em bancadas.

Dispensadores de sabonete e antissépticos - Antes da compra de produtos para higienização das mãos, os dispensadores devem ser avaliados para assegurar seu correto funcionamento, facilidade de



limpeza, liberação de volume suficiente do produto e existência de dispositivos que não favoreçam a contaminação do produto.

Para evitar a contaminação do sabão líquido e do produto antisséptico, seguir as recomendações abaixo:

- ◆ Os dispensadores devem possuir dispositivos que facilitem seu esvaziamento e preenchimento. No caso dos recipientes de sabão líquido e antisséptico não serem descartáveis, deve-se efetuar sua limpeza com água e sabão, desprezando o produto residual e secagem, seguida de desinfecção com álcool etílico a 70%, no mínimo uma vez por semana;
- ◆ O conteúdo do recipiente não deve ser completado antes do término do produto, devido ao risco de contaminação;
- ◆ Para os produtos não utilizados em recipientes descartáveis, deve-se manter os registros dos responsáveis pela execução e a data de manipulação, envase e de validade da solução fracionada. A validade do produto, quando mantida na embalagem original, é definida pelo fabricante e deve constar no rótulo;
- ◆ A validade do produto fora da embalagem do fabricante ou fracionado deve ser validada, ou seja, deve ser menor que aquela definida pelo fabricante, pois o produto já foi manipulado; essa validade pode ser monitorada, por exemplo, por testes de pH, concentração da solução e presença de matéria orgânica;
- ◆ Deve-se optar por dispensadores de fácil limpeza e que evitem o contato direto das mãos. Escolher, preferencialmente, os do tipo refil. Neste caso, a limpeza interna deve ser feita no momento da troca do refil. No mercado são encontrados vários tipos de dispensadores que atendem aos requisitos básicos para evitar-se a contaminação da solução e que são de fácil manuseio;
- ◆ O acionamento destes dispensadores pode ser manual ou automático. Preferencialmente devem ser usados os modelos descartáveis, acionados por cotovelos, pés ou fotocélula.

Porta-papel toalha - O porta-papel toalha deve ser fabricado, preferencialmente, com material que não

favoreça a oxidação, sendo de fácil limpeza. A instalação deve ser de tal forma que ele não receba respingos de água e sabonete. É necessário estabelecer rotinas de limpeza e de protocolos de reposição do papel.

Lixeira para descarte do papel toalha - Junto aos lavatórios e às pias, deve sempre existir recipiente para o acondicionamento do material utilizado na secagem das mãos. Este recipiente deve ser de fácil limpeza, possuindo tampa articulada com acionamento de abertura sem utilização das mãos.

Insumos e suprimentos necessários - A água e o papel toalha constituem, respectivamente, insumo e suprimento imprescindíveis para a prática da higienização das mãos nos serviços de saúde.

Água - A qualidade da água utilizada em serviços de saúde é de fundamental importância para as práticas de higienização das mãos. Deve ser livre de contaminantes químicos e biológicos, obedecendo aos dispositivos da Portaria GM/MS nº 518, de 25 de março de 2004, que estabelece os procedimentos relativos ao controle e à vigilância da qualidade deste insumo. Os reservatórios devem ser construídos conforme normas vigentes. Devem possuir tampa, ser limpos e desinfetados, com realização de controle microbiológico semestral.

Papel toalha - O papel toalha utilizado para a secagem das mãos deve ser suave, composto 100% de fibras celulósicas, sem fragrância, impureza ou furos, não liberar partículas e possuir boa propriedade de secagem. A rotina de reposição do papel toalha deve ser estabelecida pelo serviço de saúde, permitindo sempre a sua disponibilização próxima aos lavatórios/pias. Na utilização do papel toalha, deve-se dar preferência aos papéis em bloco e rolo, que possibilitam o uso individual, folha a folha. O uso coletivo de toalhas de tecido é contraindicado, pois estas podem permanecer úmidas, favorecendo a proliferação bacteriana.

O secador elétrico não é indicado nos serviços de saúde para a higienização das mãos, pois raramente o tempo necessário para a secagem é obedecido, além de haver dificuldade no seu acionamento. Eles podem, ainda, carrear microrganismos. O acionamento manual de certos modelos de aparelho também pode permitir a recontaminação das mãos.



Técnica de higienização das mãos

O procedimento da técnica de higienização das mãos se torna inadequado na prática diária pelo esquecimento de algumas etapas deste procedimento, havendo preocupação, por parte dos profissionais de saúde, com a quantidade e não com a qualidade deste ato. As principais falhas na técnica ocorrem, principalmente, pela não utilização de sabonete e não observação das superfícies das mãos a serem friccionadas, dentre outros.

As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se: água e sabonete, preparação alcoólica e antisséptico degermante.

As técnicas de higienização das mãos podem variar, dependendo do objetivo ao qual se destinam.

A eficácia da higienização das mãos depende da duração e da técnica empregada. Antes de se iniciar qualquer técnica, é necessário retirar joias (anéis, pulseiras, relógio), pois sob tais objetos podem se acumular microrganismos.

1 - Higienização simples das mãos

Tem como finalidade remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos.

Duração do procedimento: 40 a 60 segundos.

Veja a ilustração do procedimento na página 21.

2 - Higienização antisséptica das mãos

Tem como finalidade promover a remoção de sujidades e de microrganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico. Duração do procedimento: 40 a 60 segundos.

Técnica - A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete comum por um associado a antisséptico (e.g., antisséptico degermante).

3 - Fricção antisséptica das mãos (com preparações alcoólicas)

Tem por finalidade reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). A utilização de gel alcoólico preferencialmente a 70% ou de solução

alcoólica a 70% com 1-3% de glicerina pode substituir a higienização com água e sabonete quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.

Duração do Procedimento: 20 a 30 segundos.

Veja a ilustração do procedimento na página 22.

Outros Aspectos da Higienização das mãos

Na higienização das mãos, observar ainda as seguintes recomendações:

- ◆ Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;
- ◆ Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com os pacientes;
- ◆ Evite o uso de esmaltes nas unhas;
- ◆ Evite utilizar anéis, pulseiras e outros adornos quando assistir o paciente;
- ◆ Aplique creme hidratante nas mãos (uso individual), diariamente, para evitar ressecamento da pele.

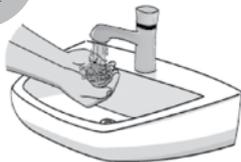
Referência Bibliográfica

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE / ANVISA.
Higienização das Mãos em Serviços de Saúde.
Brasília, 2008



HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1



Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia.

7



Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.

2

Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



8

Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.



3



Ensaboar as palmas das mãos, friccionandoas entre si.

9



Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.

4

Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



10

Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



5



Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.

11



Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.

6

Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa



FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS (COM PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS)

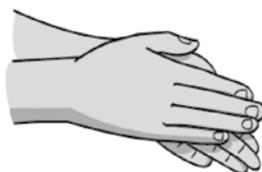
1



Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).

2

Friccionar as palmas das mãos entre si.



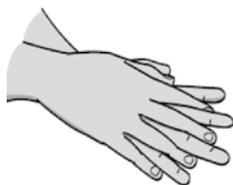
3



Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.

4

Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



5



Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa.

6



Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.

7

Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8



Friccionar os punhos com movimentos circulares.

9

Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha.



2.3 Aferição de glicemia capilar

O diabetes *mellitus* não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos.

O diabetes pode ser classificado em:

- ◆ Diabetes tipo 1 – é o resultado de uma destruição das células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina. Na maioria dos casos essa destruição das células beta é mediada por autoimunidade, porém existem casos em que não há evidências de processo auto-imune, sendo, portanto, referida como forma idiopática.
- ◆ Diabetes tipo 2 – caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina. Em geral ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles.
- ◆ Diabetes gestacional – é qualquer intolerância a glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação.

Outro problema relacionado à taxa de glicose sanguínea é a hipoglicemia, que significa baixo nível de glicose no sangue. Quando a glicemia está abaixo de 60 mg/dL, com grandes variações de pessoa a pessoa, podem ocorrer sintomas de uma reação hipoglicêmica: sensação de fome aguda, dificuldade de raciocinar, sensação de fraqueza associada a um cansaço muito grande, sudorese exagerada, tremores finos ou grosseiros de extremidades, bocejamento, sonolência, visão dupla, estado confusional que pode progredir para a perda total da consciência, ou seja, coma.

Para conseguir um bom controle da glicemia é preciso que o paciente, o médico e todos os profissionais envolvidos no tratamento trabalhem em conjunto. Os medicamentos, a dieta e os exercícios físicos são importantes neste controle.

A principal forma de verificar o controle do diabetes é o monitoramento da glicemia no sangue. Todos os pacientes diabéticos são beneficiados com o monitoramento da glicemia, mas em alguns casos ela é ainda mais importante, como por exemplo:

- ◆ pacientes em uso de medicamentos via oral para diabetes;
- ◆ pacientes em tratamento com insulina;
- ◆ gestantes diabéticas;
- ◆ diabetes de difícil controle;
- ◆ pacientes que têm hipoglicemia.

O teste de glicemia capilar possibilita conhecer os níveis de glicemia, em momentos relevantes para acompanhar e avaliar a eficiência do plano alimentar, da medicação oral e, principalmente, da administração de insulina, assim como orientar as mudanças no tratamento.

Existem alguns fatores que ajudam na manutenção da glicemia a taxas próximas de valores normais, tais como:

1. controle no consumo de alimentos (qualidade, quantidade e regularidade de horários das refeições);
2. ajustes nas dosagens dos medicamentos;
3. exercícios físicos regulares;
4. uso correto dos medicamentos (insulina ou anti-diabéticos orais);
5. realizações de testes de glicemia capilar em horários adequados para ajuste no tratamento.

A frequência do perfil glicêmico – conjunto de glicemias capilares realizadas num dia – dependerá do objetivo a ser atingido, do grau de controle emocional para realizar vários testes, da condição socioeconômica, além dos medicamentos utilizados. Portanto, as metas devem ser individualizadas e determinadas pelo médico de acordo com o nível apropriado de glicemia para o portador de diabetes.

O acompanhamento da glicemia é extremamente importante na prevenção de complicações do diabetes, como, por exemplo, perda de função renal, amputação de membros, infarto, derrame.

Estudos têm mostrado que, com um cuidado adequado, muitas das complicações podem ser evitadas ou retardadas. Cuidado e atenção efetiva incluem orientações sobre mudanças no estilo de vida, como dieta saudável, atividade física, manutenção de peso apropriado e não fumar.

Orientar os portadores de diabetes quanto ao autocuidado de sua condição é imprescindível para que os mesmos possam alcançar uma vida plena e saudável.



Valores de glicose plasmática (mg/dL) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Jejum*	2h após 75g de glicose	Casual**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

* O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas

** Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição

*** Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda não-explicada de peso

Nota: Deve-se sempre confirmar o diagnóstico de DM pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hipoglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009

Medicamentos que influenciam os resultados nas dosagens de Glicemia

Medicamentos que podem aumentar a glicemia

Princípio Ativo	Classe terapêutica	Efeito
Nifedipina	Anti-Hipertensivo	Hiperglicemia no início do tratamento e em superdosagem
Verapamil	Anti-Hipertensivo	Hiperglicemia no início do tratamento e em superdosagem
Clortalidona	Anti-Hipertensivo	Hiperglicemia; Intolerância a Glicose
Piroxican	Anti-inflamatório	Hiperglicemia
Terbutalina Comprimidos	Broncodilatador	Hiperglicemia no início do tratamento e em superdosagem
Terbutalina Xaropes	Broncodilatador	Hiperglicemia - contém Açúcar
Ciprofloxacino	Antibiótico	Hiperglicemia
Carbamazepina	Antiepilético	Hiperglicemia
Leuprolide	Anti-Neoplásico LH/RH	Hiperglicemia; Intolerância a Glicose
Megestrol	Antineoplásico	Hiperglicemia; Intolerância a Glicose
Prednisolona	Corticoide	Hiperglicemia; Ação Gliconeogênese; Resistência a Insulina

Lopinavir e Ritonavir	Anti Retrovirais	Hiperglicemia e podem também exacerbar o diabetes
Peginterferon Alfa	Tratamento HCV	Hiperglicemia; Resistência a Insulina e levar a diabetes

Medicamentos que podem diminuir a glicemia

Princípio Ativo	Classe terapêutica	Efeito
Bisoprolol + Hidroclorotiazida	Anti-Hipertensivo	Hipoglicemia; Potencializa efeito da Insulina e retarda a normalização
Propranolol	Anti-Hipertensivo	Hipoglicemia Potencializa efeito da Insulina e retarda a normalização
Lisinopril	Anti-Hipertensivo	Potencializa efeito de medicamentos Hipoglicemiantes Orais e Insulina
Fluoxetina	Antidepressivo	Pode ocorrer durante tratamento; Ajustar insulina (Diabéticos)
Nadolol	Anti-Hipertensivo	Hipoglicemia; Pode mascarar Hipoglicemia em Diabéticos e potencializar medicamentos Hipoglicemiantes
Sulfametoxazol+ Trimetoprima	Quimioterápico	Potencializa efeito de medicamentos Hipoglicemiantes (Sulfonilureia)

Esses são apenas alguns medicamentos que podem influenciar no resultado da glicemia. Salientamos que o profissional deve ficar atento para outros medicamentos, mesmo fitoterápicos, que também podem alterar os resultados.

Informações ao paciente

Para a dosagem de glicemia, é de extrema importância fornecer aos pacientes as seguintes informações:

1. A dosagem de glicemia capilar é um exame de triagem e as alterações devem ser acompanhadas de exame laboratorial;
2. O jejum influencia diretamente na dosagem de glicemia;
3. O jejum deve ser de no mínimo 8 horas. Com menos tempo de jejum, pode-se obter resultados elevados;
4. Jejum maior que 12 horas também influencia no resultado, podendo tanto mostrar resultado baixo (hipoglicemia) como alto (hiperglicemia);



5. A realização desse exame deve ser, preferencialmente, pela manhã;
6. O paciente não deve realizar esforço físico antes da realização do exame; longas caminhadas, por exemplo, podem alterar o resultado;
7. Não se deve realizar o exame após a ingestão de bebidas alcoólicas.

Obs.: Existe também o teste de glicemia pós-prandial, que tem sido solicitado por médicos. Nesse caso é recomendado que a coleta seja realizada duas horas após o início da refeição.

Equipamentos / materiais utilizados para dosagem de glicemia capilar

As medições do parâmetro bioquímico de glicemia capilar devem ser realizadas por meio de equipamentos de autoteste.

Glicosímetro: aparelho manual utilizado para determinar os níveis de glicemia.

Fita Reagente ou Fita-Teste: fita utilizada para inserir uma gota de sangue que, ao ser encaixada no glicosímetro, proporcionará o cálculo da glicemia.

Lanceta: instrumento perfurocortante estéril.

Lancetador: responsável por fazer a retirada da gota de sangue no teste de glicemia.

Outros materiais necessários:

- ◆ Luvas de procedimentos descartáveis;
- ◆ Algodão;
- ◆ Álcool etílico 70%.

Principais orientações sobre os aparelhos de automonitorização de glicemia capilar:

- ◆ Os aparelhos são desenvolvidos para autotestes;
- ◆ Os aparelhos trazem nas embalagens uma fita calibradora;
- ◆ Não trazem soros-controle;
- ◆ Os aparelhos funcionam em determinadas temperaturas +/- 20°C a 40°C;
- ◆ Em dias frios ou caso as mãos do paciente estejam geladas, os resultados serão alterados;
- ◆ Pacientes com hipotensão poderão ter seus resultados com valores falsamente mais baixos;
- ◆ Gota de sangue deve preencher toda a fita;
- ◆ Em pacientes com Anemia (hematócrito – HT – abaixo de 30%), os resultados podem aparecer

falsamente elevados;

- ◆ Em pacientes com HT acima de 50%, os resultados podem aparecer falsamente baixos;
- ◆ A amostra de sangue a ser utilizada deve ser sangue total;
- ◆ Teste realizados em pacientes que utilizam anti-coagulantes (ex: heparina) podem ter seus resultados alterados;
- ◆ Não se pode utilizar com sangue de recém-nascidos;
- ◆ Alguns equipamentos trazem restrições;
- ◆ Interferentes como: Acetaminofeno, Salicilatos, Ácido Úrico e Ácido Ascórbico podem elevar os resultados;
- ◆ Antes de utilizar o equipamento, ligá-lo e deixar pelo menos 20 minutos no local em que será usado;
- ◆ Não use o equipamento perto de um telefone celular em uso.

A determinação da glicemia capilar deve ser sempre realizada em aparelhos validados e calibrados. A calibração dos aparelhos deve seguir as orientações do fabricante.

Antes da aferição da glicemia capilar, deve-se ler atentamente o manual de instruções do aparelho a ser utilizado; do contrário, poderão ser obtidos resultados errôneos.

Os equipamentos de autoteste para dosagem de glicemia capilar devem ser usados para monitoramento, nunca para diagnóstico.

Procedimentos

1. Separar o material necessário;
2. Preparar o glicosímetro e o lancetador;
3. Lavar e fazer antisepsia das mãos utilizando técnica apropriada;
4. Colocar as luvas de procedimentos descartáveis;
5. Retirar a Fita Teste da embalagem;
6. Ligar o aparelho medidor de glicemia;
7. Introduzir a Fita Teste no aparelho, evitando tocar na parte reagente;
8. Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão e secá-las bem;
9. Fazer a antisepsia do local com álcool 70%, lembrando que o dedo deve estar totalmente seco;



10. Escolher o local para a punção (o melhor é a ponta dos dedos, evitando a polpa digital);
11. Fazer a punção utilizando o lancetador para colher uma gota de sangue;
12. Esperar a formação da gota, segurando o dedo do paciente;
13. Encostar a gota de sangue na área indicada;
14. Manter a gota de sangue em contato com a ponta da Fita-Teste até o glicosímetro começar a realizar o teste;
15. Descartar imediatamente a lanceta em recipiente apropriado para descarte de material perfurocortante;
16. Limpar o dedo do paciente com algodão e álcool 70% e fazer pressão no local da punção por alguns instantes com algodão embebido em álcool;
17. Fazer a leitura do resultado;
18. O glicosímetro desligará automaticamente após o término do exame;
19. Retirar as luvas de procedimentos descartáveis e lavar as mãos;
20. Descartar o material usado no contentor de descarte de material biológico: fita, luvas de procedimentos descartáveis e algodão usados;
21. Anotar o resultado obtido;
22. Orientar o paciente sobre o resultado do exame. Se apresentar repetidamente valores fora da normalidade, deve ser orientado a consultar um médico, seguir a prescrição médica, fazer dieta adequada e/ou fazer atividade física moderada.

Observação: A antissepsia efetuada no paciente com algodão embebido em álcool 70% pode também ser realizada com compressa não-tecido impregnada com álcool isopropílico 70% (Álcool Swab).

Anotação dos Resultados

É de extrema importância que os resultados dos testes de glicemia sejam registrados de forma clara para fácil visualização e interpretação, pois serão fundamentais na atitude a ser adotada pelo médico. Deverão também ser anotados os acontecimentos importantes relacionados à glicemia obtida, como: complementação de insulina, sintomas de hipoglicemia, diminuição ou excessos alimentares, presença de infecção, quadros de vômitos e diarreia, atividade física não programada e uso de outros medicamentos.

Com o registro destas informações, o médico poderá fazer ajustes nos medicamentos e terá condições para acompanhar, avaliar e propor mudança para um bom controle glicêmico.

Referências Bibliográficas

- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. *Projeto Diretrizes - Diabetes Mellitus: Classificação e Diagnóstico*. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/06-Diabetes-c.pdf>. Acesso em: 12/11/2009.
- FERRAZ, I. *Exames de rotina para diagnosticar o diabetes*. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/exames/531-exames-de-rotina-para-diagnosticar-o-diabetes>>. Acesso em 10/01/2010
- GRUPO LUSÓFONA. *Procedimento Operacional Normalizado – Determinação de Glicemia Capilar*. Disponível em: <<http://www.grupolusofona.pt/pls/portal/docs/PAGE/GICUF/P%20FARM/PON/70-002-01.PDF>>. Acesso em: 12/11/2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. *Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes*
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes - Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus*. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/programas/0007/diretrizes_SBD_2007.pdf>. Acesso em: 07/01/2010.
- SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2009*.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Hipoglicemia*. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sintomas-de-diabetes/137-hipoglicemia>>. Acesso em: 05/01/2010.
- VECCHIATTI, S.M.P. *O Retrato do Diabetes nos Testes de Glicemia Capilar*. Disponível em: <<http://www.diabete.com.br/biblio/capilar.html>>. Acesso em: 12/11/2009.



2.4 Aferição da pressão arterial

A pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias depende da força da contração do coração, da quantidade de sangue e da resistência das paredes dos vasos, e é chamada Pressão Arterial.

Hipertensão arterial é a elevação da pressão arterial para números acima dos valores considerados normais. Esta elevação anormal pode causar lesões em diferentes órgãos do corpo humano, tais como: cérebro, coração, rins e olhos.

A hipotensão arterial é a pressão arterial baixa o suficiente para produzir sintomas, como tontura e desmaio. A pressão deve ser suficientemente alta para que oxigênio e nutrientes sejam fornecidos a todas as células do corpo e para que sejam removidos os produtos metabólicos.

A Pressão Arterial varia de acordo com vários fatores tais como a idade, o estado emocional, a temperatura ambiente, a posição postural (em pé, deitado, sentado), estado de vigília ou sono e com uso de drogas (fumo, álcool, dentre outros).

O ponto mais alto da pressão nas artérias é chamado de pressão sistólica. O ponto mais baixo, ou a pressão que está sempre presente sobre as paredes arteriais, é chamado de pressão diastólica.

A aferição da pressão arterial é simples e o método é fácil, mas certos cuidados e recomendações devem ser levados em consideração para que se evitem erros. A aferição incorreta da pressão arterial pode trazer consequências graves, tanto por levar pessoas normotensas a serem tratadas sem necessidade ou, ao contrário, deixar pessoas hipertensas sem tratamento.

Registro da pressão arterial

O registro da pressão arterial pode ser realizado por método direto ou intra-arterial e métodos indiretos, sendo os mais empregados:

- a) **Método Auscultatório:** identifica pela ausculta o aparecimento e desaparecimento dos ruídos de Korotkoff que correspondem, respectivamente, à pressão arterial sistólica e diastólica;
- b) **Método Oscilométrico:** identifica por oscilometria o ponto de oscilação máxima que corresponde à pressão arterial média e determina, por meio de algoritmos, a pressão arterial sistólica e diastólica.

O método mais utilizado para medição da pressão arterial é o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide, ambos calibrados.

Sons de Korotkoff

A série de sons que o operador ouve, ao verificar a pressão sanguínea, é chamada de sons de Korotkoff.

O primeiro som claro, quando o sangue flui através da artéria comprimida, é a pressão sistólica. A pressão diastólica ocorre no ponto em que o som muda ou desaparece.

Veja na página 31 a tabela com as fases, características e significados dos sons de Korotkoff.

Posições para medida da pressão arterial

1- Sentado: com o tronco elevado, recostado e relaxado no encosto da cadeira, as pernas relaxadas e

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)*



Fases, características e significados dos sons de Korotkoff

Fases dos sons de Korotkoff	Características e significados
Fase 1	Primeira aparição de ruídos rítmicos, de forma clara e repetitiva, coincidindo aproximadamente com a identificação do pulso palpável. Corresponde ao valor da pressão sistólica.
Fase 2	Os ruídos são mais leves e longos, com a qualidade de um <i>murmúrio intremitente</i> .
Fase 3	Os ruídos tornam-se novamente firmes e altos.
Fase 4	Ruídos abafados, pouco distintos e leves. Corresponde ao valor da pressão diastólica
Fase 5	O som desaparece completamente

Fonte: *Considerações sobre a medida da pressão arterial em exercícios contra-resistência.*

não cruzadas, com o braço ao nível do coração. A escala do manômetro deve estar visível aos olhos. Luz adequada.

- 2 - Deitado:** relaxado, em decúbito dorsal, braço ao nível do coração, com abertura de 45 graus. A escala do manômetro deve estar visível aos olhos. Luz adequada.
- 3 - Em Pé:** procurar manter-se relaxado, braço ao nível do coração. Abertura de 45 graus, manter a escala do manômetro visível aos olhos. Luz adequada.

A posição recomendada para a medida da pressão arterial é a sentada. A medida nas posições ortostática e supina deve ser feita pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoólistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva.

Situações especiais de medida da pressão arterial

1 - Crianças

A aferição da pressão arterial em crianças é recomendada após os três anos de idade ou em circunstâncias especiais de risco antes desta idade, identificando-se a pressão diastólica na fase V de Korotkoff e empregando-se manguito com bolsa de borracha de tamanho adequado à circunferência do braço.

2 - Idosos

Na aferição da pressão arterial do idoso, existem três aspectos importantes: **a)** maior frequência de hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito, geralmente entre o final da fase I e o início da fase II

dos sons de Korotkoff. Tal achado pode subestimar a verdadeira pressão sistólica ou superestimar a pressão diastólica; **b)** pseudo-hipertensão, caracterizada por nível de pressão arterial superestimado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria. Pode ser detectada por meio da manobra de Osler, que consiste na inflação do manguito no braço até o desaparecimento do pulso radial. Se a artéria for palpável após esse procedimento, sugerindo enrijecimento, o paciente é considerado Osler positivo; **c)** a hipertensão do avental branco é mais frequente no idoso.

3 - Gestantes

Recomenda-se que a medida da pressão arterial seja feita na posição sentada, identificando-se a pressão diastólica na fase V de Korotkoff.

Equipamentos / materiais utilizados para aferição da pressão arterial

Esfigmomanômetro - os tipos mais usados são os de coluna de mercúrio e o ponteiro (aneroide), possuindo, ambos, um manguito inflável que é colocado em torno do braço do paciente.

Estetoscópio - é o instrumento que amplifica os sons e os transmite até os ouvidos do operador.

Fita métrica - para medição da circunferência do braço do paciente e escolha do manguito adequado.

Procedimentos

1. Prepare o material separando o estetoscópio, o esfigmomanômetro, caneta e papel para registro, fita métrica;
2. Certifique-se de que o estetoscópio e o esfigmomanômetro estejam íntegros e calibrados;



3. Certifique-se de que o manguito esteja desinsuflado antes de ser ajustado ao membro do paciente;
4. Lavar e fazer antisepsia das mãos utilizando técnica apropriada;
5. Posicione o paciente em local calmo e confortável, com o braço apoiado ao nível do coração, permitindo 5 minutos de repouso;
6. Esclareça o paciente sobre os procedimentos aos quais será submetido, a fim de diminuir a ansiedade; certifique-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos 60 a 90 minutos antes da medida, não ingeriu bebidas alcoólicas, café e não fumou nos 30 minutos que antecedem a tomada da pressão arterial;
7. Descubra o membro a ser aferido e meça a circunferência do braço para assegurar-se do tamanho do manguito;
8. Selecione o tamanho ideal da bolsa inflável a ser utilizada - deve corresponder a 40% da circunferência braquial, para a largura; e 80% para o comprimento;
9. Meça a distância entre o acrômio (ombro) e o olecrano (cotovelo) colocando o manguito no ponto médio;
10. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente flexionado;
11. Solicitar que o paciente não fale durante a medição;
12. Palpe a artéria braquial e centralize a bolsa inflável ajustando o meio da bolsa sobre a artéria, mantendo-a de 2 a 3 cm de distância da sua margem inferior à fossa antecubital, permitindo que tubos e conectores estejam livres e o manômetro em posição visível, sem deixar folgas. Para identificar o centro da bolsa inflável basta dobrá-la ao meio e colocar esta marcação sobre a artéria palpada;
13. Com a mão “não dominante”, palpe a artéria radial e simultaneamente, com a mão dominante, feche a saída de ar (válvula da pêra do esfigmomanômetro), inflando rapidamente a bolsa até 70 mmHg e gradualmente aumente a pressão aplicada até que perceba o desaparecimento do pulso, inflando 10 mmHg acima deste nível;
14. Desinsufle o manguito lentamente, identificando pelo método palpatório a pressão arterial sistólica;
15. Aguarde 1 minuto para inflar novamente o manguito;
16. Posicione corretamente as olivas do estetoscópio no canal auricular, certificando-se da ausculta adequada na campânula (a posição correta das olivas do estetoscópio é para frente em relação ao diafragma, pois permite maior adequação ao conduto auricular, diminuindo a interferência de ruídos ambientais externos);
17. Posicione a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial, palpada abaixo do manguito na fossa antecubital, sem compressão excessiva, e simultaneamente, com a mão dominante, feche a saída de ar (válvula da pêra do esfigmomanômetro), com a mão “não dominante” palpe a artéria braquial e em seguida, novamente com a mão dominante, insufla o manguito gradualmente até o valor da pressão arterial sistólica estimada pelo método palpatório e continue insuflando rapidamente até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica;
18. Desinsufle o manguito lentamente, de modo que a pressão caia de 2 a 4 mmHg por segundo, identificando pelo método auscultatório a pressão sistólica (máxima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente ao primeiro ruído regular audível - 1ª fase dos sons de Korotkoff, que é um som fraco seguido de batidas regulares;
19. Aumentar ligeiramente a velocidade de deflação, com atenção voltada ao completo desaparecimento dos sons e identificar a pressão diastólica (mínima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente à cessação dos ruídos (5ª fase dos sons de Korotkoff, no adulto);
20. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa até que o manguito desinsufle por completo;
21. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero;
22. Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medições;
23. Informe ao paciente o valor da pressão aferida;



24. Retire o aparelho do membro do paciente, deixando-o confortável;
25. Registre a posição em que o paciente se encontrava no momento da verificação da pressão arterial, o tamanho do manguito utilizado, o membro utilizado e os valores da pressão arterial (em mmHg);
26. Guarde os aparelhos em local adequado e lave as mãos após terminar qualquer procedimento;

Observações importantes

1. É fundamental que os aparelhos estejam calibrados – um aparelho mal calibrado pode levar a medições erradas – e causar risco à saúde dos pacientes. A Sociedade Brasileira de Hipertensão recomenda que a calibração seja efetuada a cada 6 (seis) meses;
2. Portaria nº24, de 22/02/96 - Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial

– Inmetro . Publicada no D. O . Seção I, nº39, p. 3207, 27/02/96, em seu artigo Art. 5º estabelece que: Todos os esfigmomanômetros mecânicos do tipo aneróide, fabricados ou importados a partir de 01/07/96, deverão estar de acordo com o Regulamento Técnico Metrológico Inmetro;

3. A Portaria nº24, de 22/02/96 - Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial – Inmetro, estabelece ainda que todos os aparelhos, novos ou em uso, deverão passar, a cada ano, por uma verificação periódica e prevê a possibilidade de verificações eventuais a pedido do detentor do instrumento, após o conserto e/ou manutenção do mesmo ou quando o Inmetro julgar necessário;
4. Um cuidado especial deve ser tomado quanto à escolha adequada do manguito quando as pessoas são muito gordas ou muito magras.
5. É de extrema relevância efetuar o cálculo da circunferência do membro e utilizar o manguito de tamanho correto, de acordo com a tabela abaixo:

Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11 - 15	6	12
Infantil	16 - 22	9	18
Adulto pequeno	20-26	10	17
Adulto	27 - 34	12	23
Adulto grande	35 - 45	16	32

Fonte: *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)*



Fotos: *Medida de Pressão Arterial - Oficina de Projetos em Esfigmomanometria*

Causas de engano na medida da pressão arterial

ENGANOS DEVIDO AO EQUIPAMENTO:

1. Sistemas inadequadamente calibrados ou testados;
2. Defeitos do esfigmomanômetro aneróide ou de coluna de mercúrio: orifício de ar obstruído, calibração alterada, manguito incompletamente vazio, tubulação defeituosa, sistema de flação ou válvula de escape, mercúrio insuficiente no reservatório ou indicador “zero” errado;
3. Tamanho da braçadeira em desacordo com o do braço;
4. Circunferência do membro em relação à variação da largura da braçadeira maior ou menor que 2,5

produz leituras de pressão indireta falsamente altas ou baixas, respectivamente.

ENGANOS DEVIDO À TÉCNICA DE EXAMINAR:

1. Braços sem apoio resultam em pressões falsamente altas;
2. Examinador posiciona o instrumento a um nível acima ou abaixo do coração ou comprime o estetoscópio demasiado firme sobre o vaso;
3. Examinador apresenta preferência por números pares;
4. Mãos do examinador e equipamento frios provocam aumento da pressão sanguínea;
5. Sistema acústico danificado;
6. Interação entre examinado e examinador pode afetar a leitura da pressão arterial.

Cuidados e Recomendações

APARELHO DE PRESSÃO:

	OBSERVAR	CORRETO	DESVIOS
MANÔMETRO	de mercúrio ou ponteiro (aneróide)	estar em zero e ter movimentos livres	mais ou menos lento, oscilação
MANGUITO	borracha, tubos e conexões braçadeira fixadores	íntegros íntegra íntegros	com vazamento, colabados, frouxos estragada soltos, ausentes ou desgastados
PÊRA E VÁLVULA	pêra de borracha válvula de metal	íntegra íntegra, abre e fecha livremente	com vazamento, colabada ou frouxa com vazamento, dura, solta

ESTETOSCÓPIO:

	OBSERVAR	CORRETO	DESVIOS
OLIVAS		presentes e íntegras	ausentes, trincadas, soltas ou sujas
TUBOS E CONEXÕES		íntegros	trincados, furados ou desiguais
CABEÇOTE	conexão e diafragma	íntegros	soltos ou furados

PACIENTE:

	OBSERVAR	CORRETO	DESVIOS
POSIÇÃO	deitado, sentado ou em pé	conforto e repouso	desconforto e estresse
MEMBRO	superior ou inferior diâmetro posição do membro	despido e apoiado manguito apropriado nível do coração e afastado 45° do corpo	com roupas, sem apoio manguito inadequado abaixo ou acima do coração
COLOCAÇÃO DA BRAÇADEIRA	distância da prega do cotovelo parte inflável (manguito) ajuste da braçadeira tubos	2,5 cm acima cobrir a face interna do braço estar bem ajustada deixar livres	maior ou menor cobrir a apenas a face externa frouxa ou apertada presos, entrelaçados ou retorcidos
MANÔMETRO	visibilidade posição	bem visível coluna de mercúrio ao nível dos olhos	má iluminação posição inadequada

Fonte: Campanha medida correta de pressão arterial. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP



Referências Bibliográficas

- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. *Projeto Diretrizes - Hipertensão Arterial – Abordagem Geral*. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/059.pdf>. Acesso em: 05/01/2009.
- FARINATT, P. T. V.; POLITO, M. D. *Considerações sobre a medida da pressão arterial em exercícios contra-resistência*. Rev. Bras. Med. Esporte - vol. 9 - nº 1. Jan/Fev.2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v9n1/v9n1a05.pdf>>. Acesso em: 11/01/2010.
- LIGA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO. *Campanha Medida Correta da Pressão Arterial*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP O.P.E./ D.E.G.E; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP; Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/ope/manual.htm>>. Acesso em: 12/11/2009.
- MERCK SHARP DOHME. *Manual Merck - Distúrbios do Coração e dos Vasos Sangüíneos*. Disponível em: <http://www.msd-brazil.com/msdbrazil/patients/manual_Merck/mm_sec3_23.html#section_4>. Acesso em: 05/01/2010.
- NÚCLEO INTEGRADO DE PESQUISA EM ESFIGMOMANOMETRIA. *Técnica da Medida da Pressão Arterial*. Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://www.unb.br/fs/enf/nipe/tecnicapa.html#início>>. Acesso em: 12/11/2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC), SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH) E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006)*. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>>. Acesso em: 11/01/2010.
- VEIGA, E.V. *Medida de Pressão Arterial - Oficina de Projetos em Esfigmomanometria*. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Uni-

versidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/ope/eugenia.ppt>>. Acesso em: 11/01/2010.



2.5 Aferição de temperatura corporal

A temperatura corporal é a diferença entre a quantidade de calor produzida pelos processos corporais e a quantidade de calor perdida para o ambiente externo, e depende do local do corpo em que a temperatura é medida, hora do dia e nível de atividade do corpo.

Variações na temperatura corporal

O controle da temperatura (termorregulação) é o mecanismo que mantém o organismo na temperatura operacional ótima, a qual afeta a taxa das reações químicas. Em humanos, a temperatura corporal média é de 36,8 °C, embora ela varie entre indivíduos e durante o dia.

Em geral, a temperatura mínima ocorre entre duas e seis horas, e a máxima, entre 17 e 19 horas, não sendo incomum que uma criança sadia e ativa apresente temperatura retal de até 38°C no fim da tarde (CILIO, 1982).

Febre

A febre é um aumento da temperatura corpórea acima do padrão considerado normal – entre 36°C e 37,4°C – faixa que compreende 95% da população sadia (ATTA, 2002).

A temperatura corporal normal é regulada por um centro situado no hipotálamo, que assegura um equilíbrio entre a perda e a produção de calor. Na febre, há uma elevação do ponto de ajuste da temperatura corporal, decorrente da ação de prostaglandinas do tipo E no hipotálamo. A síntese aumentada de prostaglandinas do tipo E é estimulada pela interleucina-1 (IL-1), citocina liberada em diversas situações, como, por exemplo, em infecções e lesões teciduais. Portanto, a febre é o sintoma de um processo patológico, sendo parte do mecanismo de defesa do corpo e não uma condição médica (GILMAN, 1991; RANG, 2001; FINKEL, 2007).

A idade também influencia não só a temperatura basal como a resposta febril: lactentes apresentam grandes variações de temperatura com fatores ambientais e recém-nascidos, especialmente prematuros, podem não desenvolver febre, ou mesmo apresentarem hipotermia, na vigência de infecções

graves. Este padrão de irresponsividade térmica também é observado em indivíduos idosos, o que pode ser atribuído a várias causas: distúrbios da termogênese (diminuição do metabolismo basal, da eficiência dos tremores musculares e da vasoconstricção periférica), redução da produção de e da sensibilidade à IL-1, excesso de lipocortina-1 (um intermediário intracelular da ação dos corticosteroides) e alterações comportamentais (incapacidade de se aquecer) (VOLTARELLI, 1994).

A febre parece ter surgido durante o processo evolutivo da vida e poderia ter um papel na destruição de bactérias incapazes de sobreviver em um meio ambiente mais quente (ATTA, 2002). A febre, porém, também pode acarretar prejuízos em circunstâncias em que há aumento do consumo de oxigênio e do trabalho cardíaco em pacientes com doenças cardíacas, assim como quando ocorre a indução de crises convulsivas em crianças.

Temperatura corporal baixa ou hipotermia

Na hipotermia, a temperatura corporal baixa para menos do que a necessária para o metabolismo e funções corporais normais. Os sintomas podem ser: movimento lento, tempo de reação mais longo, mente confusa, alucinações.

Temperatura corporal basal

A temperatura corporal basal é a menor temperatura que ocorre em descanso (geralmente durante o sono). Ela geralmente é medida imediatamente depois de acordar e antes de fazer qualquer atividade. Nas mulheres, a temperatura basal difere nos vários pontos do ciclo menstrual e pode ser usada para planejamento familiar.

Métodos de aferição da temperatura corporal

A temperatura corporal depende da parte do corpo onde ela é medida. A aferição geralmente é feita na boca, ouvido, testa, ânus ou axilas. Nas mulheres, também pode ser realizada pela vagina.

O termômetro deve ser colocado em local onde exista rede vascular intensa ou grandes vasos sanguí-



neos, e mantido por tempo suficiente para a correta leitura da temperatura.

Obs.: A medição retal de temperatura não deve ser realizada em recém-nascidos e adultos com problemas retais.

Parâmetros da temperatura axilar do corpo

Normal: 36,3°C – 37°C

Febre baixa: 37,5°C – 38°C

Febre moderada: 38,1°C – 39°C

Febre alta: acima de 39,1°C

Materiais necessários para aferição da temperatura axilar do corpo

- ◆ Termômetro clínico (mercúrio ou digital)
- ◆ Algodão;
- ◆ Álcool a 70%;
- ◆ Sabonete líquido;
- ◆ Papel toalha;
- ◆ Gel com ação germicida;
- ◆ Recipiente apropriado para descarte do material.

Procedimentos

1. Preparar o material necessário;
2. Lavar e fazer antisepsia das mãos utilizando técnica apropriada;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Fazer assepsia do termômetro com algodão e álcool 70%;
5. Esperar secar;
6. Posicioná-lo abaixo da axila do paciente;
7. Esperar o tempo necessário (média de 3 minutos – ou sinal sonoro);
8. Promover a assepsia do termômetro (antes de recolocá-lo na embalagem);
9. Anotar o valor;
10. Informar o paciente.

Referências Bibliográficas

ATTA, M.A.; BENSENOR, I.M.; ARRUDA, M. *Semiologia Clínica*. 1ª edição. Editora Sarvier. São Paulo, 2002.

CILIO A. E.; MARQUES H. H.; YAMAMOTO M.

Febre – Fisiopatologia e tratamento. Pediat. vol 4. 183-201, São Paulo, 1982.

FINKEL, R.; PRAY, W. S. *Guia de Dispensação de Produtos Terapêuticos que Não Exigem Prescrição*. 1ª edição. Ed. Artmed. Porto Alegre, 2007.

GILMAN, A. G.; RALL, T. W.; NIES, A. S.; TAYLOR, P. *Goodman & Gilman. As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. 8ª edição. Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1991.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. *Farmacologia*. 4ª edição. Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2001.

VOLTARELLI, J. C. *Fever and inflammation*. Medicina, Ribeirão Preto, v. 27, n. 1/2, p. 7-48, jan./june 1994.



2.6 Administração de medicamentos

A administração de medicamentos em farmácias e drogarias foi normatizada pela RDC nº 44/09 da Anvisa. A resolução é clara ao preconizar que:

- ◆ É proibida a administração de medicamentos de uso hospitalar;

RDC nº 44/2009 da Anvisa

Art. 74. Fica permitida a administração de medicamentos nas farmácias e drogarias no contexto do acompanhamento farmacoterapêutico. Parágrafo único. É vedada a administração de medicamentos de uso exclusivo hospitalar.

- ◆ Para a administração, será exigida a receita médica para avaliação do farmacêutico;
- ◆ Em caso de qualquer problema ou dúvidas com relação à prescrição, o farmacêutico deverá entrar em contato com o médico;
- ◆ A data de validade do medicamento deve ser verificada antes da administração.

RDC nº 44/2009 da Anvisa

Art. 75. Os medicamentos para os quais é exigida a prescrição médica devem ser administrados mediante apresentação de receita e após sua avaliação pelo farmacêutico.

§1º O farmacêutico deve entrar em contato com o profissional prescritor para esclarecer eventuais problemas ou dúvidas que tenha detectado no momento da avaliação da receita.

§2º A data de validade do medicamento deve ser verificada antes da administração.

Destaca-se ainda que:

- ◆ Os medicamentos de múltiplas doses devem ser entregues ao usuário em caso de sobra;
- ◆ O usuário deve ser orientado quanto o armazenamento para a preservação do produto;
- ◆ É proibido o armazenamento na farmácia de medicamentos cuja embalagem primária tenha sido violada.

RDC nº 44/2009 da Anvisa

Art. 76. Os medicamentos adquiridos no estabelecimento, a serem utilizados na prestação de serviços de que trata esta seção, cujas embalagens permitam múltiplas doses, devem ser entregues ao usuário após a administração, no caso de sobra.

§1º O usuário deve ser orientado quanto às condições de armazenamento necessárias à preservação da qualidade do produto.

§2º É vedado o armazenamento em farmácias e drogarias de medicamentos cuja embalagem primária tenha sido violada.

2.6.1 Aplicação de medicamentos injetáveis

A aplicação de medicamentos injetáveis é um serviço rotineiramente prestado em farmácias e drogarias. No entanto, conforme previsto na RDC nº 44/09 da Anvisa, deverá estar expresso na licença de funcionamento nos moldes dos demais serviços previstos na norma.

Informações importantes:

- ◆ Observar a técnica adequada de aplicação de acordo com o medicamento a ser administrado e via de administração. As técnicas mais utilizadas serão abordadas nos itens seguintes deste fascículo;
- ◆ Sempre que possível, principalmente se o medicamento for anticoncepcional/hormônios ou a base de ferro, utilizar a “Técnica em Z”, a fim de evitar refluxo do líquido injetado;
- ◆ Caso o paciente tenha histórico de variação de pressão arterial, esta deverá ser aferida antes de qualquer procedimento;
- ◆ Tratando-se de pessoas idosas, a pressão arterial deve ser sempre aferida;
- ◆ Se constatado que os níveis de pressão arterial encontram-se fora da normalidade, o paciente deve ser orientado e encaminhado ao médico. Todas as orientações devem constar na Declaração de Serviços Farmacêuticos. Em casos graves, recomenda-se que seja acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) através do telefone 192;
- ◆ Os resíduos devem ser descartados de forma adequada, a fim de que seja recolhido pelas autoridades responsáveis, para fim apropriado;
- ◆ Para insulina, a pele não é friccionada justamente a fim de evitar a absorção rápida;
- ◆ Usar somente seringas descartáveis, de uso único, mantidas invioladas;
- ◆ A antissepsia efetuada no paciente com algodão embebido em álcool 70% pode também ser realizada com compressa não-tecido impregnada com álcool isopropílico 70% (Álcool Swab).



Procedimentos

Antes de efetuar a aplicação de medicamentos injetáveis, o farmacêutico deverá realizar o seguinte procedimento:

1. Ler, interpretar e avaliar a prescrição médica, principalmente quanto à dosagem e via de administração;
2. Buscar junto ao paciente e/ou seu responsável informações referentes ao seu histórico fisiopatológico e possíveis reações alérgicas;
3. Anotar no livro específico e na declaração de serviços farmacêuticos todos os dados da prescrição e aplicação;
4. Separar e retirar da embalagem primária o medicamento a ser aplicado;
5. Lavar e fazer antisepsia das mãos utilizando técnica apropriada;
6. Colocar as luvas de procedimentos descartáveis;
7. Em se tratando de frasco ampola, realizar a assepsia do anel de abertura com álcool 70%;
8. Em se tratando de frasco com rolha de borracha, retirar cuidadosamente o lacre, promover assepsia da borracha com álcool 70% e secar com algodão e gaze;
9. Explicar o procedimento ao paciente;
10. Abrir a embalagem da seringa utilizando o sistema de descolamento, separando a pétala do berço, evitando rasgar o papel da embalagem;
11. Aspirar o medicamento na seringa utilizando a primeira agulha;
12. Realizar a troca da agulha quando houver contaminação da mesma ou quando o medicamento for aspirado de frasco ampola, escolhendo o modelo adequado à aplicação. Em caso de necessidade de troca da agulha, descartá-la em recipiente específico para perfurocortantes;
13. Prosseguir com a técnica adequada de aplicação de acordo com o medicamento a ser administrado e via de administração.

Técnicas de aplicação

VIA INTRAMUSCULAR

Atualmente utiliza-se o músculo glúteo para essa técnica de aplicação, pois o mesmo é amplo e ade-

quado para aplicação em adultos e crianças acima de 2 anos de idade.

Agulhas utilizadas:

- adultos
 - ◆ Substâncias aquosas: 0,70x30
 - ◆ Substâncias oleosas e suspensões: 0,80x30
 - crianças
 - ◆ Substâncias aquosas: 0,70x25
 - ◆ Substâncias oleosas e suspensões: 0,80x25
1. Escolher a área de aplicação e realizar a antisepsia com algodão embebido em álcool 70%;
 2. Esperar secar;
 3. Distender a pele do local da aplicação com o dedo indicador e o polegar, mantendo a mão firme;
 4. Verificar se o bível da agulha está no sentido das fibras musculares, a fim de evitar o corte das mesmas;
 5. Introduzir a agulha em um ângulo de 90° no local da aplicação;
 6. Antes de injetar o medicamento, puxar o êmbolo da seringa para trás para verificar se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo. Se, por acaso, houver vestígio de sangue na seringa, a agulha deve ser retirada e trocada e deve-se repetir os itens 1,2, 3, 4, 5 e 6;
 7. Injetar o medicamento;
 8. Após a aplicação do medicamento, retirar o conjunto e descartá-lo em recipiente específico para perfurocortantes;
 9. Fazer pressão por alguns instantes no local, com algodão seco;
 10. Pressionar com algodão ou colocar o *Pad* no local da aplicação.

Orientar o paciente a jamais massagear o local após a aplicação.

VIA INTRADÉRMICA

Utilizar seringa tipo insulina ou tuberculina, e agulhas pequenas e finas (0,33x12,7; 0,38x13; 0,45x13).

O volume máximo é de 0,5mL de medicamento em soluções cristalinas e isotônicas.



1. Escolher a área de aplicação e realizar a antisepsia com soro fisiológico (0,9%) ou lavar com água e sabão, pois a presença de álcool pode comprometer o resultado de teste alérgico ou efeito da vacina administrada;
2. Secar com algodão ou gaze;
3. Distender a pele do local de aplicação e introduzir a agulha com o bife para cima, paralelamente à pele, numa extensão de 2 mm;
4. Injetar o medicamento;
5. Observar a formação de pápula – Importante: não se deve apertar ou massagear a mesma.
6. Após a aplicação do medicamento, retirar o conjunto e descartá-lo em recipiente específico para perfurocortantes;
7. Colocar o *Pad* no local da aplicação sem pressionar.

VIA SUBCUTÂNEA

São utilizadas agulhas 0,30x8; 0,33x12,7; 0,38x13; 0,45x13. Esta via é indicada para medicamentos de absorção lenta e contínua.

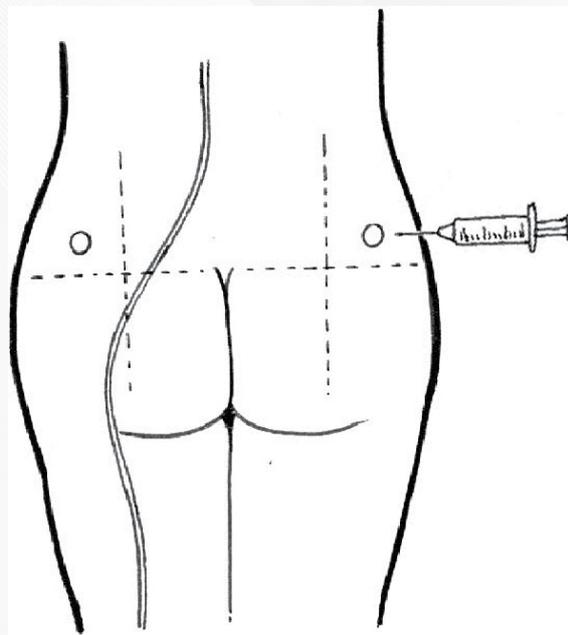
1. Fazer antisepsia do local com álcool 70%;
2. Esperar secar;
3. Promover uma prega subcutânea e mantê-la até o final da aplicação;
4. Introduzir a agulha com rapidez e firmeza, em ângulo de 90°;
5. Antes de injetar o medicamento, soltar a pele e puxar o êmbolo da seringa para trás, para verificar se algum vaso foi atingido. Se, por acaso houver vestígio de sangue na seringa, a agulha deve ser retirada e trocada e repetir os itens 1,2, 3, 4 e 5;
6. Injetar lentamente o medicamento;
7. Após a aplicação do medicamento, retirar o conjunto e descartá-lo em recipiente específico para perfurocortantes;
8. Fazer pressão por alguns instantes no local, com algodão seco;
9. Pressionar com algodão ou colocar o *Pad* no local da aplicação.

TÉCNICA EM Z

Agulhas utilizadas:

- adultos
 - ♦ Substâncias a base de ferro: 0,70x50
 - ♦ Anticoncepcionais: 0,80x30

Locais corretos para a aplicação: quadrantes súpero-externos da região glútea, em direção perpendicular à asa ilíaca, evitando o trajeto do nervo.



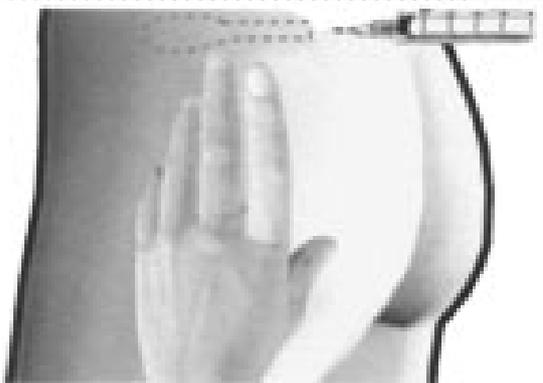
Observar visualmente e por palpação se não há sinais de endurecimento, marcas de outras aplicações, presença de nódulos, hematomas ou inflamações. Se observar a presença de qualquer um desses sinais, procurar outra região;

1. Escolher a área de aplicação e realizar a antisepsia com algodão embebido em álcool 70%;
2. Esperar secar;
3. Com os dedos da mão espalmada, repuxar firmemente a pele, mantendo-se assim durante todo o tempo de administração. Somente soltar a pele após a retirada da agulha;
4. Introduzir a agulha profundamente em ângulo de 90°;
5. Antes de injetar o medicamento, verificar se a ponta da agulha não atingiu algum vaso sanguíneo. Se, por acaso houver vestígio de sangue na

seringa, a agulha deve ser retirada e trocada, e deve-se repetir os itens 1,2, 3, 4 e 5;

6. Injetar lentamente todo o líquido, esperar 10 segundos e retirar rapidamente a agulha. Somente então soltar a pele, que estava sendo repuxada pelos dedos da outra mão do aplicador;
7. Após a aplicação do medicamento, retirar o conjunto e descartá-lo em recipiente específico para perfurocortantes;
8. Fazer pressão por alguns instantes no local, com algodão seco;
9. Pressionar com algodão ou colocar o *Pad* no local da aplicação.

Observação: com estas manobras, os planos superficiais (pele e tecido subcutâneo) voltam à posição original e o canal formado pela agulha assume um trajeto irregular (em Z), que impede o refluxo do produto.



Fonte: <http://www.vivamed.com.br/imagens/injetaveis3.jpg>

2.6.2 Inaloterapia

Inaloterapia é o método utilizado para administração de medicamentos diretamente no trato respiratório.

Vários tipos de medicamentos são atualmente utilizados via inalação no tratamento das doenças respiratórias como, por exemplo, broncodilatadores e mucolíticos.

Os aparelhos usados para inalação podem ser de dois tipos: aparelhos de ar comprimido e os modelos ultrassônicos.

A técnica de uso, bem como a limpeza e desinfecção corretas, são fundamentais para se obter bons resultados.

Informações importantes:

- ◆ O paciente deve estar sentado corretamente: mantendo as costas eretas e com a boca bem aberta;
- ◆ Nunca realize a inalação com a criança deitada, dormindo, usando chupetas e com a boca fechada;
- ◆ Não deixe a criança sozinha durante a inalação, pois assim não será possível avaliar se a inalação está sendo feita de forma correta;
- ◆ Não se deve conversar durante a inalação;
- ◆ Não coloque dentro do recipiente de medicamento do inalador nenhum tipo de produto pastoso, pois não será possível realizar a inalação, além de danificar o inalador;
- ◆ Utilizar o medicamento e a dosagem sempre com orientação médica;
- ◆ O estabelecimento deverá manter em número suficiente de conjuntos de máscara e copos devidamente desinfetados para atender à demanda;
- ◆ Ler atentamente o manual de instruções do aparelho.

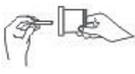
Materiais Necessários

1. Aparelho inalador;
2. Copo para colocação de medicamento (descartável, no caso de inalador ultrassônico);
3. Luvas de procedimentos descartáveis;
4. Máscara (adequada ao paciente – infantil ou adulto);
5. Sabonete líquido;
6. Papel toalha;
7. Gel com ação germicida;
8. Recipiente apropriado para descarte do material.

Procedimentos

1. Preparar o material necessário;
2. Lavar e fazer antisepsia das mãos utilizando técnica apropriada;
3. Colocar as luvas de procedimentos descartáveis;
4. Explicar o procedimento ao paciente ou responsável (se for criança, procure tranquilizá-la);
5. Colocar o medicamento no copo apropriado (segundo orientação do receituário médico);

6. Conectar a máscara e colocá-la adequadamente no paciente;
7. Ligar o aparelho;
8. Esperar o tempo necessário (verificar no manual de instruções do aparelho);
9. Retirar a máscara do paciente ao final do procedimento;
10. Orientar o paciente ou responsável quanto ao armazenamento do medicamento, quando cabível (nos casos em que houver sobra);
11. Registrar o procedimento;
12. Fazer a higienização do aparelho.

1		Puxe a máscara
2		Desrosqueie o Cabeçote do Recipiente
3		Puxe o anteparo do Recipiente
4		Lave as peças com detergente neutro
5		Coloque as peças em um recipiente com solução germicida (encontrado em Farmácias)
6		Enxágue todas as peças em água corrente
7		Seque-as com um pano limpo, macio e isento de fiapos

Ao efetuar a higienização, atentar que geralmente o tempo mínimo de imersão na solução germicida é de 1 hora e **antes da imersão deve-se lavar as partes com detergente neutro.**

Exemplos de solução germicida: hipoclorito de sódio 0,5 a 1%, ácido peracético (seguir a norma de diluição do fabricante).

As soluções desinfetantes devem ser **trocadas diariamente**, devendo ser **registrado o horário de sua diluição e validade** da mesma.

Após secagem manter cada kit de máscaras e copos embalados em sacos plásticos vedados.

O CRF-SP sugere que o farmacêutico efetue por escrito a orientação para o paciente e/ou representante legal sobre a guarda e conservação do medicamento adquirido no estabelecimento sob sua responsabilidade técnica, nos casos em que houver a violação da embalagem primária para administração do mesmo no local e o paciente levar a sobra para sua residência, conforme determina o artigo 76 da RDC nº 44/2009 da Anvisa.

Para tanto, na página 43, apresenta-se uma sugestão de Termo de Orientação e Responsabilidade sobre Armazenamento de Medicamentos com Embalagem Primária Violada e de Administração de Medicamentos.

Referências Bibliográficas

BRASIL, Resolução da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná nº 69 de 01 de abril de 1997 – *Aprova Norma Técnica Complementar para orientar quanto ao funcionamento e condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos e guarda de medicamentos biológicos.*

RODRIGUES, J.C. *Qual dispositivo utilizar no tratamento da crise de sibilância em crianças? Nebulizador ou inalador dosimetrado?* Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n5/v79n5a02.pdf>>. Acesso em: 06/01/2009.

Termo de orientação e responsabilidade sobre armazenamento de medicamento com embalagem primária violada

Dados do Estabelecimento

Estabelecimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ CNPJ: _____

Responsável Técnico: _____ CRF-SP: _____

Data Atendimento: ____ / ____ / ____

Eu, Dr (a). _____, registrado no Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo sob nº _____, estou neste ato orientando o paciente ou seu representante legal - Sr (a). _____, documento de identificação - RG nº _____, sobre os requisitos necessários para armazenamento e conservação, para promoção da integridade e segurança do medicamento _____, data de fabricação ____ / ____ / ____, lote _____, adquirido neste ato, neste estabelecimento, conforme nota fiscal nº _____.

Orientações fornecidas: _____

_____.

Carimbo e assinatura do Farmacêutico

Nome e assinatura do orientado

Documento não obrigatório, não tem previsão legal. Trata-se de sugestão do CRF-SP.



2.7 Perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos

A perfuração do lóbulo auricular deve ser feita com aparelho específico, conforme determina a legislação, bem como os brincos e o aparelho devem ser regularizados junto a Anvisa.

É proibido efetuar perfuração com agulhas de injeção, sutura ou outros objetos.

No local destinado à colocação de brinco (sala específica), deve-se proceder à lavagem das mãos e colocados EPIs, realizar assepsia do aparelho, antisepsia do lóbulo auricular, abertura da embalagem na presença do usuário, devendo todos os procedimentos serem descritos em POPs com indicação da bibliografia utilizada.

RDC nº 44/2009 da Anvisa

Art. 78. A perfuração do lóbulo auricular deverá ser feita com aparelho específico para esse fim e que utilize o brinco como material perfurante.

Parágrafo único. É vedada a utilização de agulhas de aplicação de injeção, agulhas de suturas e outros objetos para a realização da perfuração.

Art. 79. Os brincos e a pistola a serem oferecidos aos usuários devem estar regularizados junto à Anvisa, conforme legislação vigente.

§2º Sua embalagem deve ser aberta apenas no ambiente destinado à perfuração, sob a observação do usuário e após todos os procedimentos de assepsia e antisepsia necessários para evitar a contaminação do brinco e uma possível infecção do usuário.

Art. 80. Os procedimentos relacionados à antisepsia do lóbulo auricular do usuário e das mãos do aplicador, bem como ao uso e assepsia do aparelho utilizado para a perfuração deverão estar descritos em Procedimentos Operacionais Padrão (POPs).

§1º Deve estar descrita a referência bibliográfica utilizada para o estabelecimento dos procedimentos e materiais de antisepsia e assepsia.

§2º Procedimento Operacional Padrão (POP) deverá especificar os equipamentos de proteção

individual a serem utilizados, assim como apresentar instruções para seu uso e descarte.

Informações importantes:

- ◆ Nunca perfure o lóbulo auricular quando este apresentar cisto, pois o rompimento do mesmo poderá ocasionar infecção;
- ◆ Orientar o usuário que os brincos não poderão ser retirados por um período de 4 a 6 semanas;
- ◆ Orientar que o usuário deverá utilizar solução antisséptica duas vezes ao dia durante o período de 6 semanas;
- ◆ Caso ocorra algum processo infeccioso, deverá ser retirado o brinco e procurar um médico para tratamento;
- ◆ Alguns pacientes sentem-se mal após a perfuração. Neste caso, mantê-lo sentado até o total restabelecimento.

Materiais necessários

1. Aparelho para colocação (pistola) regularizado na Anvisa/MS;
2. Brincos estéreis regularizado na Anvisa/MS;
3. Luvas de procedimentos descartáveis;
4. Sabonete líquido;
5. Gel com ação germicida;
6. Papel toalha;
7. Álcool 70%;
8. Algodão;
9. Caneta marcadora;
10. Recipiente apropriado para descarte do material.

Procedimentos

1. Preparar o material necessário;
2. Lavar e fazer antisepsia das mãos utilizando técnica apropriada;
3. Colocar as luvas de procedimentos descartáveis;
4. Explicar o procedimento ao paciente ou responsável (se for criança, procure tranquilizá-la);
5. Fazer a antisepsia do lóbulo auricular com algodão embebido em álcool 70%;
6. Fazer a demarcação com a caneta;
7. Pedir que o usuário verifique se concorda com o local demarcado;
8. Armar o aparelho (adaptação do brinco e tarraxa);



9. Posicioná-lo no local demarcado (colocar a orelha entre o encaixe de tarraxa e o brinco, alinhando a ponta do pino do brinco com a marca na orelha);
10. Disparar o aparelho;
11. Orientar procedimentos pós-perfuração;
12. Registrar o procedimento.

Observação: A antissepsia efetuada no paciente com algodão embebido em álcool 70% pode também ser realizada com compressa não-tecido impregnada com álcool isopropílico 70% (Álcool Swab).

O CRF-SP sugere que o farmacêutico somente perfure o lóbulo auricular de menores de idade quando acompanhados de seu responsável legal, mediante a assinatura de um termo de consentimento. Não existe a obrigatoriedade desse termo na RDC nº 44/2009 da Anvisa.

Termo de consentimento de perfuração de lóbulo auricular para colocação de brinco em menor de idade

Dados do Estabelecimento

Estabelecimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ CNPJ: _____

Responsável Técnico: _____ CRF-SP: _____

Data Atendimento: ____ / ____ / ____

Eu, _____,
documento de identificação - RG nº _____, AUTORIZO o Farmacêutico Dr (a).
_____, CRF-SP nº _____,
a efetuar o serviço de perfuração de lóbulo auricular no menor _____,
que se encontra sob minha responsabilidade legal.

Na ausência dos pais, comprovar a guarda do menor através de documentos.

Local e data

Nome e assinatura do responsável legal

Documento não obrigatório, não tem previsão legal. Trata-se de sugestão do CRF-SP.



2.8 Declaração de serviços farmacêuticos

Após a prestação do serviço farmacêutico, deve ser entregue ao paciente a Declaração de Serviços Farmacêuticos, a qual deverá possuir identificação do estabelecimento (nome, endereço, telefone e CNPJ) e do usuário ou responsável legal, quando for o caso.

RDC nº 44/2009 da Anvisa

Art. 81. Após a prestação do serviço farmacêutico deve ser entregue ao usuário a Declaração de Serviço Farmacêutico.

§1º A Declaração de Serviço Farmacêutico deve ser elaborada em papel com identificação do estabelecimento, contendo nome, endereço, telefone e CNPJ, assim como a identificação do usuário ou de seu responsável legal, quando for o caso.

A Declaração de Serviços Farmacêuticos deve conter, conforme o serviço farmacêutico prestado, no mínimo, as seguintes informações:

I - Atenção Farmacêutica:

- a) Medicamento prescrito e dados do prescritor (nome e inscrição no conselho profissional), quando houver;
- b) Indicação de medicamento isento de prescrição e a respectiva posologia, quando houver;
- c) Valores dos parâmetros fisiológicos e bioquímico, quando houver, seguidos dos respectivos valores considerados normais;
- d) Frase de alerta, quando houver medição de parâmetros fisiológicos e bioquímico: “ESTE PROCEDIMENTO NÃO TEM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO E NÃO SUBSTITUI A CONSULTA MÉDICA OU A REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS”;
- e) Dados dos medicamentos administrados, quando houver:
 - ◆ Nome comercial, exceto para genéricos;
 - ◆ Denominação comum brasileira (DCB);
 - ◆ Concentração e forma farmacêutica (apresentação);
 - ◆ Via de administração;
 - ◆ Número do lote;
 - ◆ Número do registro da Anvisa.
- f) Orientação farmacêutica

- g) Plano de intervenção, quando houver;
- h) Data, assinatura e carimbo com inscrição no CRF do farmacêutico responsável pelo serviço.

Quando se tratar de procedimento de perfuração do lóbulo auricular para colocação de brinco:

- ◆ Dados do brinco (nome e CNPJ do fabricante e número do lote);
- ◆ Dados da Pistola (nome e CNPJ do fabricante e número do lote);
- ◆ Data, assinatura e carimbo do farmacêutico com inscrição no CRF do farmacêutico responsável pelo serviço.

É proibido utilizar esta Declaração com finalidades de Propaganda e Marketing e para indicar o uso de medicamentos sujeitos a prescrição.

RDC nº 44/2009 da Anvisa

Artigo 81

...

§3º É proibido utilizar a Declaração de Serviço Farmacêutico com finalidade de propaganda ou publicidade ou para indicar o uso de medicamentos para os quais é exigida prescrição médica ou de outro profissional legalmente habilitado.

A Declaração deve ser emitida em 2 vias, sendo uma entregue ao paciente e a outra arquivada no estabelecimento. Os dados constantes no formulário são sigilosos, sendo somente utilizados para realização dos serviços.

RDC nº 44/2009 da Anvisa

Art 81

...

§4º A Declaração de Serviço Farmacêutico deve ser emitida em duas vias, sendo que a primeira deve ser entregue ao usuário e a segunda permanecer arquivada no estabelecimento.

Art. 82. Os dados e informações obtidos em decorrência da prestação de serviços farmacêuticos devem receber tratamento sigiloso, sendo vedada sua utilização para finalidade diversa à prestação dos referidos serviços.

A seguir, apresentam-se sugestões de modelos de Declaração de Serviços Farmacêuticos.



Modelo – Declaração de Serviços Farmacêuticos – Aferição de Glicemia Capilar

Dados do Estabelecimento

Estabelecimento: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ CNPJ: _____
Responsável Técnico: _____ CRF-SP: _____
Data Atendimento: ____/____/____

Dados do Usuário

Nome: _____
Responsável Legal: _____ () Não se aplica
Endereço: _____
Tel.: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
CPFouRG: _____ Idade: ____ Sexo: _____ Peso: _____
Gestante: () Sim () Não
Diabetes : () Sim () Tipo 1 () Tipo 2
() Não
() Não sabe informar

Médico Responsável: _____ CRM: _____
Endereço: _____
Tel.: _____ E-mail: _____

Faz uso de medicamentos? Quais? _____

Faz uso de Insulina? () Sim () Não
Qual? _____ Frequência: _____

Resultado Glicemia Capilar: _____ mg/dl () Em Jejum () Pós Prandial

Valores de Referência de Glicemia (fonte - diretrizes SBD 2009):

Valores de glicose plasmática (mg/dL) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Jejum*	2h após 75g de glicose	Casual**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

* O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas

** Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição

*** Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda não-explicada de peso

Nota: Deve-se sempre confirmar o diagnóstico de DM pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hipoglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

Orientação e interferência realizada: _____

Resultado decorrente da interferência: _____

Responsável pelo Atendimento:
Farm.: _____ CRF-SP: _____

Assinatura

Este procedimento não tem finalidade de diagnóstico e não substitui a consulta médica ou realização de exames laboratoriais.



Modelo - Declaração de Serviços Farmacêuticos - Aferição de Pressão Arterial

Dados do Estabelecimento

Razão Social: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ CNPJ: _____
Responsável Técnico: _____ CRF-SP: _____
Data Atendimento: ____/____/____

Dados do Usuário

Nome: _____
Responsável Legal: _____ () Não se aplica
Endereço: _____
Tel.: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
CPFouRG: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____
Gestante: () Sim () Não Fumante: () Sim () Não

Médico Responsável: _____ CRM: _____
Endereço: _____
Tel.: _____ E-mail: _____

Faz uso de medicamentos? Quais? _____

Resultado da Aferição da Pressão Arterial:

Sistólica: _____ Diastólica: _____ Posição: _____ Membro: _____ Largura do Manguito: _____
Obs.: _____

Valores de referência (fonte - V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC, Sociedade Brasileira de Hipertensão - SBH, Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN):

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Orientação e interferência realizada: _____

Resultado decorrente da interferência: _____

Responsável pelo Atendimento:
Farm.: _____ CRF-SP: _____

Assinatura

Este procedimento não tem finalidade de diagnóstico e não substitui a consulta médica ou realização de exames laboratoriais.



Modelo – Declaração de Serviços Farmacêuticos – Aferição de Temperatura Corporal

Dados do Estabelecimento

Estabelecimento: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ CNPJ: _____
Responsável Técnico: _____ CRF-SP: _____
Data Atendimento: ____ / ____ / ____

Dados do Usuário

Nome: _____
Responsável Legal: _____ () Não se aplica
Endereço: _____
Tel.: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
CPF ou RG: _____ Idade: ____ Sexo: _____ Peso: _____

Médico Responsável: _____ CRM: _____
Endereço: _____
Tel.: _____ E-mail: _____

Faz uso de medicamentos? Quais? _____

Valor da Temperatura: _____ °C Horário de Aferição: _____

Temperatura (axilar) do corpo:

Normal	36,3 °C a 37,0 °C
Febre Baixa	37,5 °C a 38,0 °C
Febre Moderada	38,1 °C a 39,0 °C
Febre Alta	Acima de 39,1 °C

Orientação e interferência realizada: _____

Resultado decorrente da interferência: _____

Responsável pelo Atendimento:
Farm.: _____ CRF-SP: _____

Assinatura

Este procedimento não tem finalidade de diagnóstico e não substitui a consulta médica ou realização de exames laboratoriais.



Modelo – Declaração de Serviços Farmacêuticos – Administração de Medicamentos

Dados do Estabelecimento

Estabelecimento: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ CNPJ: _____
Responsável Técnico: _____ CRF-SP: _____
Data Atendimento: ____/____/____

Dados do Usuário

Nome: _____
Responsável Legal: _____ () Não se aplica
Endereço: _____
Tel.: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
CPF ou RG: _____ Idade: ____ Sexo: _____ Peso: _____
Médico Responsável: _____ CRM: _____
Endereço: _____
Tel.: _____ E-mail: _____

Faz uso de medicamentos? Quais? _____

Dados do medicamento administrado:

Nome do medicamento e DCB: _____	Nome do medicamento e DCB: _____
Conc. e forma farmacêutica: _____	Conc. e forma farmacêutica: _____
Via de administração: _____	Via de administração: _____
Lote: _____	Lote: _____
Número de Registro: _____	Número de Registro: _____
Posologia: _____	Posologia: _____
Orientação farmacêutica: _____	Orientação farmacêutica: _____
_____	_____
Plano de Intervenção quando houver: _____	Plano de Intervenção quando houver: _____
_____	_____
Local administrado e lado () Não se aplica: _____	Local administrado e lado () Não se aplica: _____
_____	_____
Material Utilizado: _____	Material Utilizado: _____
_____	_____
_____	_____

Responsável pelo Atendimento:
Farm.: _____ CRF-SP: _____

Assinatura



Modelo – Declaração de Serviços Farmacêuticos – Perfuração do Lóbulo Auricular para Colocação de Brinco

Dados do Estabelecimento

Estabelecimento: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ CNPJ: _____
Responsável Técnico: _____ CRF-SP: _____
Data Atendimento: ____ / ____ / ____

Dados do Usuário

Nome: _____
Responsável Legal: _____ () Não se aplica
Endereço: _____
Tel.: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
CPF ou RG: _____ Idade: ____ Sexo: _____ Peso: _____

Perfuração do Lóbulo Auricular para Colocação de Brinco:

Dados do Brinco:

Nome do Fabricante: _____
CNPJ: _____
Número do Lote: _____

Dados da Pistola:

Nome do Fabricante: _____
CNPJ: _____
Número do Lote: _____

Orientação farmacêutica: _____

Responsável pelo Atendimento:
Farm.: _____ CRF-SP: _____

Assinatura



2.9 Manual de Boas Práticas Farmacêuticas e Procedimentos Operacionais Padrão

O farmacêutico deverá elaborar/atualizar o Manual de Boas Práticas Farmacêuticas e manter, no mínimo os POPs referentes às atividades abaixo relacionadas:

1. Manutenção e higiene de ambientes
2. Limpeza da sala de serviços farmacêuticos (início e final do expediente e durante o dia – dependendo da necessidade);
3. Aquisição, recebimento e armazenamento dos produtos;
4. Exposição e organização dos produtos;
5. Dispensação de medicamentos;
6. Destino dos produtos com prazo de validade vencido;
7. Destinação dos produtos próximos ao vencimento;
8. Prestação de serviços farmacêuticos permitidos, quando houver;
9. Utilização de materiais descartáveis e sua destinação após uso;
10. Outros previstos na RDC nº 44/2009 da Anvisa.

Os POPs relacionados aos procedimentos de aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímico devem indicar claramente os equipamentos e as técnicas ou metodologias utilizadas, parâmetros de interpretação de resultados e as referências bibliográficas utilizadas.

O POP deve prever ainda os EPIs a serem utilizados para a medição de parâmetros fisiológicos e bioquímico, assim como trazer orientações sobre seu uso e descarte.

Os resíduos gerados com os serviços farmacêuticos, como materiais perfurocortantes, gaze ou algodão sujos com sangue, deverão ser descartados conforme as exigências de legislação específica para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Todos os POPs devem ser aprovados, assinados e datados pelo farmacêutico. Qualquer alteração efetuada deve permitir o conhecimento de seu conteúdo original e conforme o caso, o motivo da alteração deve ser justificado. Devem estar previstas formas de divulgação aos funcionários envolvidos com as atividades realizadas.

RDC nº 44/2009 da Anvisa

Art. 87. Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) devem ser aprovados, assinados e datados pelo farmacêutico responsável técnico.

§1º Qualquer alteração introduzida deve permitir o conhecimento de seu conteúdo original e, conforme o caso, ser justificado o motivo da alteração.

§2º Devem estar previstas as formas de divulgação aos funcionários envolvidos com as atividades por eles realizadas.

§3º Deve estar prevista revisão periódica dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para fins de atualização ou correções que se façam necessárias.

O estabelecimento deve manter os registros de treinamento do pessoal, dos serviços farmacêuticos prestados (quando houver), da divulgação dos conteúdos dos POPs aos funcionários, da execução de programas de combate a insetos e roedores, da manutenção e calibração dos aparelhos ou equipamentos (quando exigido) e outros registros exigidos pela RDC nº 44/2009 da Anvisa.

Todos os documentos devem ser mantidos durante 5 anos à disposição da autoridade sanitária.



2.10 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

A elaboração do Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) é de responsabilidade de todos os geradores de resíduos dos serviços de saúde (RSS), atribuindo o conceito de poluidor/pagador, mesmo quando o processo de gerenciamento for terceirizado, conforme preconizado nas legislações federais (Resolução nº 358/2005 do CONAMA e RDC nº 306/2004 da Anvisa).

Definem-se como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico *in vitro*; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, entre outros similares.

Deve-se ter em mente que todas as unidades de um Serviço de Saúde são geradoras de resíduos perigosos em potencial. Sendo assim, o primeiro passo para a implantação do PGRSS é o reconhecimento dos resíduos gerados.

Para a elaboração do PGRSS é necessário um diagnóstico inicial, ou seja, conhecer as características do estabelecimento de saúde, tais como: atividades desenvolvidas, estrutura física, resíduos gerados, avaliação de risco, etc. Cada PGRSS é único, mesmo em estabelecimentos com as mesmas atividades. Grande parte das informações necessárias ao roteiro de elaboração do PGRSS vem, portanto, das análises da situação existente, obtidas no diagnóstico. Devemos salientar também que o PGRSS deve ser um documento dinâmico, podendo sofrer mudanças ou até mesmo substituição do plano inicial, no decorrer da pesquisa, diagnóstico e implantação, adaptando-se às mudanças de tecnologias, alteração de estrutura física, administrativa, atividades desenvolvidas no estabelecimento e alterações de legislações.

A. Identificação e classificação

Grupo A: resíduos biológicos

Grupo B: resíduos químicos

Grupo C: rejeitos radioativos

Grupo D: resíduos comuns

Grupo E: resíduos perfurocortantes

Grupo A: resíduos biológicos	Branco leitoso NBR 9191/93
Grupo B: resíduos químicos	Laranja com identificação da norma 10004
Grupo C: rejeitos radioativos	Após decaimento segundo a norma CNEM 6905, acondicionar conforme seu tipo de periculosidade (Grupo A, B ou D)
Grupo D: resíduos comuns	Caso o resíduo seja classificado como Grupo D reciclável, acondicioná-lo em: I - azul - PAPÉIS II - amarelo - METAIS III - verde - VIDROS IV - vermelho - PLÁSTICOS V - marrom - RESÍDUOS ORGÂNICOS Os demais resíduos classificados como Grupo D podem ser acondicionados em saco preto
Grupo E: resíduos perfurocortantes	Coletor para perfurocortante segundo a NBR 13853/97

B. Manejo

Entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, compreendendo as seguintes etapas:

B1 Segregação - Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com a classificação adotada.

B2 Tratamento interno - Obrigatório para culturas e estoque de microrganismos, meios de cultura, resíduos de laboratórios de manipulação genética devem ser submetidos ao tratamento que garanta o nível III de inativação microbiana.

B3 Acondicionamento - Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. É necessário estar atento às regras de identificação e classificação.

B4 Coleta e transporte internos - Consistem na coleta e traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local des-



tinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

B5 Armazenamento interno - Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa.

Não poderá ser feito armazenamento interno com disposição direta dos sacos sobre o piso.

O armazenamento interno poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifique.

B6 Armazenamento externo - Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

B7 Coleta e transporte externos - Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento e/ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

B8 Tratamento - Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. O tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento. Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objetos de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução nº 237/1997 do CONAMA, ou suas atualizações, e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente. Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido na Resolução nº 316/2002 do CONAMA, ou suas atualizações.

B9 Disposição final - Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução nº 237/97 do CONAMA, ou suas atualizações.

B10 Relatório - Recomenda-se o acompanhamento do gerenciamento de resíduos através de índices mensuráveis, tais como:

- Taxa de acidentes com resíduo perfurocortante;
- Variação da geração de resíduos;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E;
- Variação do percentual de reciclagem.

B11 Treinamento

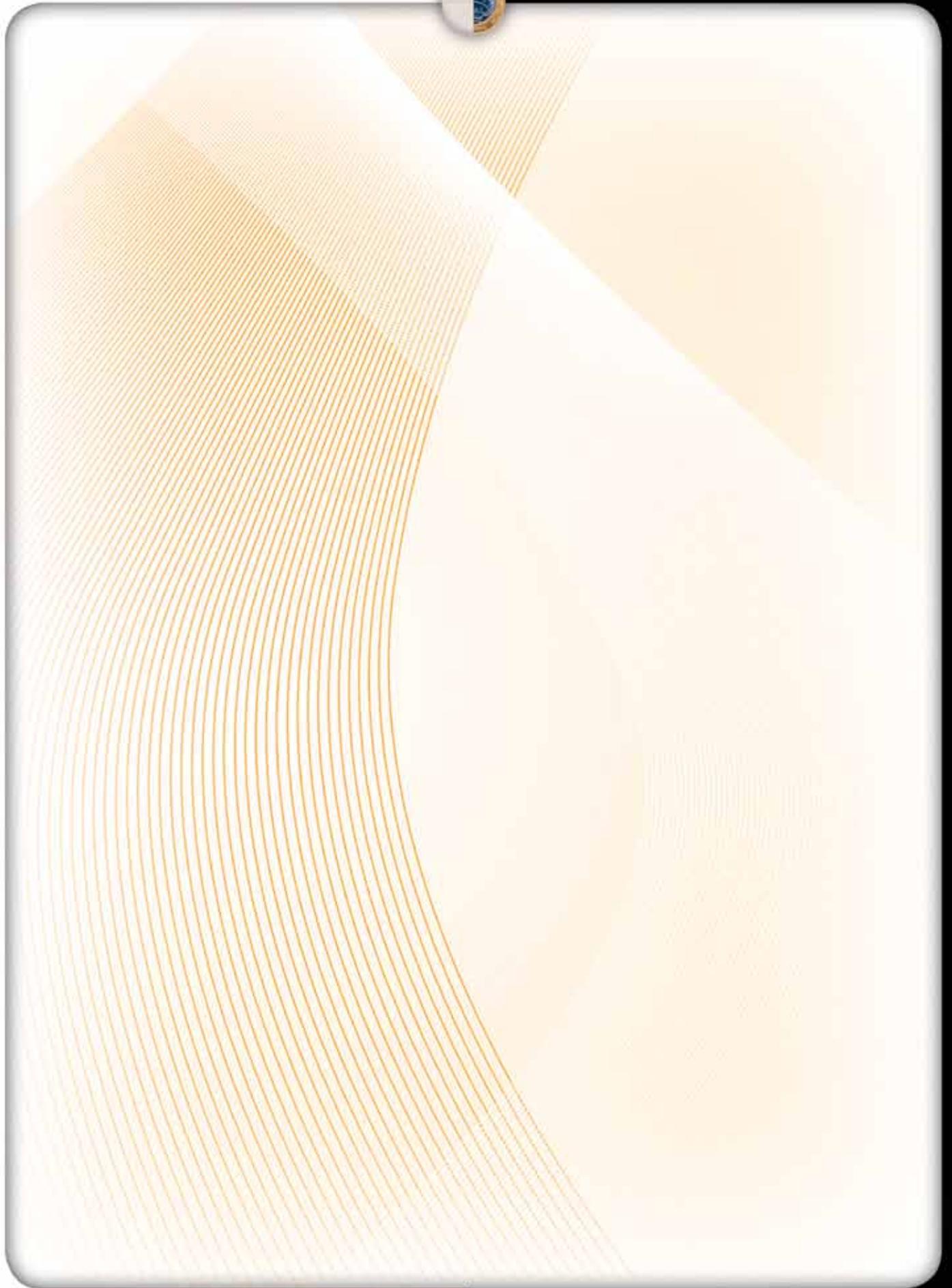
- Origem dos resíduos e os respectivos riscos operacionais;
- Importância da segregação dos resíduos na origem;
- Padronização de acondicionadores por tipo de lixo gerado e forma de apresentação para a coleta;
- Identificação dos acondicionadores, veículo de coleta e armazenamento de resíduos;
- Importância e uso de EPI;
- Providências a serem tomadas em caso de acidente e situação de emergência;
- Importância e procedimentos para a adequada higienização: das pessoas e dos instrumentos
- A importância do trabalho em equipe e das parcerias, para a qualidade do PGRSS;
- Segurança química e biológica.

É obrigatório que exista um programa de treinamento na área de Resíduos e educação continuada em Biossegurança e Meio Ambiente estendido a todos os profissionais que trabalham no serviço, envolvidos direta ou indiretamente nas atividades de gerenciamento de resíduos.

Referência Bibliográfica

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Cartilha da Comissão Assessora de Resíduos e Gestão Ambiental*. Abril/2007.





**Farmácia não
é um simples
comércio.**



**Sua vida
não tem
preço.**

Fazer da farmácia estabelecimento de saúde é de interesse público.



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde
REPRESENTAÇÃO NO BRASIL