

## Material suplementar 1.

Questionário guia do estudo de implementação do serviço de Telecuidado Farmacêutico.

### SEÇÃO 01 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E INFORMAÇÕES SOBRE O CONTATO TELEFÔNICO

1.1 Nome completo do Paciente

1.2 CPF do paciente

1.3 Telefone da tentativa

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

1.4 Contato telefônico foi estabelecido? ( ) sim ( ) não

Tentativa de contato telefônico: Caso o contato telefônico com o usuário não tenha sido possível, devem ser realizadas 3 tentativas diárias, em horários distintos. Lembre-se de sempre registrar as tentativas de contato.

1.5 Assinalar o motivo de não realizar o contato:

( ) Telefone inexistente

( ) Chamou e ninguém atendeu

( ) Caixa postal

( ) Telefone incorreto

Após, finalizar o atendimento.

1.6 Se contato estabelecido, verificar se paciente pode e quer realizar a consulta naquele momento

Se sim, ir para Seção 02 – Dados sociodemográficos e controle da asma

Se não, ir para Seção 09 – Consulta em outro horário

### SEÇÃO 02 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CONTROLE DA ASMA

Acolhimento do usuário: Apresentar-se e apresentar o serviço conforme Manual:

“Olá, meu nome é XXX, eu faço parte de um projeto vinculado à Farmácia de Medicamentos do Estado, da SES/RS, e estamos oferecendo consultas via telefone para as pessoas com asma Você gostaria/poderia realizar essa consulta agora? Se possível, podemos fazer uma chamada de vídeo?”.

2.1 O próprio usuário é o declarante das informações? Se não, identificar nome e relação com o usuário.

2.2 Qual a sua escolaridade?

Primeiro grau incompleto

Ensino superior completo

Primeiro grau completo

Ensino superior incompleto

Segundo grau incompleto

Pós-graduação

Segundo grau completo

Não estudou

2.3 Qual a renda familiar da família? (em números de salários mínimos)

( ) Sem renda ( ) De 1-5 salários mínimos ( ) De 5-10 salários mínimos ( ) Mais de 10 salários mínimos

2.4 Como está sua saúde hoje?

2.5 Eu vou falar alguns sintomas e você deve me dizer se está sentindo na última semana. Tudo bem? Na última semana, o(a) senhor(a) apresentou:

( ) Tosse? ( ) Sibilos? ( ) Falta de ar?

2.6 O (a) senhor (a) está com Sibilos (chiado)?

2.7 O (a) senhor (a) está com Falta de ar?

2.8 Profissional responde: Apresentou sintomas de asma durante o dia mais do que duas vezes/semana? (Considerando as últimas 4 semanas e o sintomas descritos nos itens 2.5, 2.6, e 2.7)

2.9 Acordou alguma noite devido à asma? (Considerando as últimas 4 semanas)

2.10 Utilizou medicamento para alívio dos sintomas da asma mais de duas vezes/semana? (Considerando as últimas 4 semanas).

2.11 O (a) senhor (a) apresenta limitação para realizar suas atividades diárias habituais devido à asma? (Considerando as últimas 4 semanas)

2.12. Profissional preenche:

Controle da asma:

Bem controlada (NÃO para todas as questões, 2.8; 2.9; 2.10 e 2.11)

Regularmente controlada (SIM para 1 ou 2 das questões 2.8; 2.9; 2.10 e 2.11)

Não controlada (SIM para 3 ou todas as questões 2.8; 2.9; 2.10 e 2.11)

### SEÇÃO 03 E 04 - ACESSO E ADEÇÃO AO TRATAMENTO (BMQ)

3.1 O (a) senhor (a) retirou o medicamento para asma na FME?

Opções de respostas:

- Sim, eu mesmo retirei (confirmar os medicamentos retirados)
- Sim, foi um representante ou parente que retirou
- Não, verificar o motivo e se o paciente conseguiu ter acesso ao medicamento de outra forma

3.2 Se não à questão anterior, o paciente conseguiu o medicamento de outra forma?

3.3. Se sim na questão 5.2., de que forma conseguiu o medicamento?

3.4 O (a) senhor (a) recebeu alguma orientação sobre o uso do medicamento no momento que recebeu o medicamento?

3.5. Se sim, qual orientação recebeu?

#### 1º Domínio - Domínio Regime

4.1 Quais medicamentos/posologia estão prescritos para asma para o Sr.(a)? E quais doses?

4.2 Quantas vezes por dia tomou esse medicamento:

Profissional sugere: vou falar algumas situações e você confirma se sim ou não

4.3 Quantas cápsulas/doses utilizou cada vez?

4.4 Quantas vezes você deixou de tomar algum comprimido ou dose?

#### 2º Domínio - Domínio Crença

4.5 Como esses medicamentos funcionam para você?

- Bem
- Regular
- Não funciona

4.6 Algum dos medicamentos que utiliza para asma causa problema para você?

4.7 Medicamento que causa problema:

4.8 O quanto esse medicamento incomodou você?

- Muito
- Um pouco
- Muito pouco
- Nunca.

4.9 De que forma é incomodado?

Se barreira de crença, investigar a crença.

#### 3º Domínio - Domínio Recordação

O quanto é difícil para você? (as questões seguintes possuem as opções: muito difícil, um pouco difícil, nada difícil)

4.10 Abrir ou fechar embalagem

4.11 Ler o que está escrito na embalagem

4.12 Lembrar de tomar o medicamento

4.13 Conseguir o medicamento

4.14 Se utiliza mais de um medicamento para asma, como se organiza para administrá-los (juntos? qual a ordem? ex: tiotrópio antes do alenia)

Esquecimento?  Sim, orientar e educar sobre como lembrar  Não  Outro:

#### Classificação das respostas do BMQ

Domínio 1: Se o paciente não consegue responder qual é o medicamento que usa para asma, deixou de usar o medicamento por falta de acesso ou outro motivo, reportou falha no uso, reduziu ou omitiu doses, tomou doses extras, respondeu que não sabia para qualquer questão ou recusou a responder qualquer questão, deve ser classificado com potencial para não-adesão.

Domínio 2: Barreiras de crenças.

Se o paciente responder que o medicamento não está funcionando bem ou não sabe, e se conseguiu responder qual é o medicamento que o incomoda, deve ser classificado com barreira de crença.

Domínio 3: Esquecimento

Se o paciente reportar muita dificuldade ou alguma dificuldade nas questões do 3º domínio, classificar como barreira de esquecimento

## SEÇÃO 05 - REVISÃO DA TÉCNICA DE USO DOS DOS DISPOSITIVOS INALATÓRIOS E REGISTROS CLÍNICOS

5.1 Como você utiliza seus medicamentos (posologia) para asma?

5.2 Solicitar que o paciente relate/descreva como utiliza/administra cada medicamento para asma – Verificar checklist de cada medicamento.

Checklist do Formoterol + Budesonida: marque os itens que a pessoa não relatou. Confirme o que faltou para ver se a pessoa faz. Deixe marcado ao final os itens que a pessoa não faz.

Marque todas que se aplicam.

- Tirar a tampa
- Colocar a cápsula na base
- Perfurar a cápsula
- Solte o ar dos pulmões
- Inalador na boca
- Inclinar a cabeça 45 graus
- Inspire de maneira rápida e o mais profundamente possível. Você deverá ouvir um som de vibração, pois a cápsula gira no compartimento interno liberando o medicamento.
- Segure a respiração contando mentalmente até 10 (aproximadamente 10 segundos)
- Confira se resta pó, repita os procedimentos
- Descarte a cápsula
- Lave bem a boca com água e/ou escove os dentes imediatamente após o uso do medicamento
- Remover resíduos com auxílio de uma escovinha ou pincel macio
- Não lave o inalador, a vida útil estimada de seu inalador é de 3 meses

Checklist do Salbutamol Aerossol: marque os itens que a pessoa não relatou. Confirme o que faltou para ver se a pessoa faz. Deixe marcado ao final os itens que a pessoa não faz.

Marque todas que se aplicam.

- Antes de usá-lo pela primeira vez ou caso você não use o inalador por 5 dias ou mais, remova o protetor do bocal apertando delicadamente suas laterais. Agite bem o inalador e aperte o spray, liberando 2 jatos para o ar (ou para o ambiente), para certificar-se que funciona.
- Retirar a tampa
- Acoplar o espaçador
- Agitar o dispositivo junto com o espaçador 5 vezes no mínimo
- Expire (solte o ar pela boca) lentamente até expelir todo ar dos pulmões
- Coloque o bocal do inalador entre os lábios (ou o espaçador) apertando-os bem, mas sem morder
- Logo em seguida, comece a inspirar (puxar o ar) pela a boca enquanto dispara o jato
- Disparar um jato de cada vez
- Prender a respiração por 10 segundos
- Aguardas 1 min entre os jatos
- Enxaguar a boca

Checklist do Tiotrópio: marque os itens que a pessoa não relatou. Confirme o que faltou para ver se a pessoa faz. Deixe marcado ao final os itens que a pessoa não faz.

Marque todas que se aplicam.

- Mantenha a tampa fechada
- Vire a base transparente na direção das setas do rótulo até ouvir um clique (meia volta)
- Abra a tampa até que fique travada completamente na posição aberta
- Expire (solte o ar) lenta e totalmente
- Coloque os lábios em torno do bocal, sem cobrir as entradas de ar
- Enquanto inspira lenta e profundamente pela boca, pressione o botão de aplicação e continue inspirando
- Prenda a respiração por 10 segundos ou o quanto puder com conforto e, em seguida, volte a respirar normalmente
- Repita os passos, vire, abra e pressione para um total de 2 doses liberadas (2 puffs).

5.4 O(a) senhor(a) recebeu de seu médico alguma orientação (plano de ação) para os momentos de crise?

Sim, poderia relatar.

Não, orientar em relação a como prevenir crises. Diferenciar os medicamentos de resgate e contínuos.

5.5 Você tem alguma dificuldade de utilizar algum desses medicamentos?

Sim, verificar possibilidade de enviar vídeo/PDF sobre o uso

Não

5.6 Quais dificuldades de utilizar algum desses medicamentos?

### REGISTROS CLÍNICOS

5.7 Data da última espirometria:

5.8 Resultado da última espirometria:

5.9 Data prevista para a próxima espirometria:

### SEÇÃO 06 - AVALIAÇÃO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS E TABAGISMO

6.1 O senhor(a) fuma?

6.2. Se sim na 6.1, o(a) senhor(a) deseja parar de fumar? Já procurou ajuda para isto?

6.3. E na sua casa ou trabalho, alguém fuma?

6.4. Se não na questão

6.4.1 O(a) senhor(a) é ex-fumante?

6.4.2 Há quanto tempo deixou de fumar:

6.5 Número médio de cigarros que o(a) senhor(a) fuma(va) por dia:

6.6 Tempo aproximado (em anos) que o(a) senhor(a) fumou:

6.7 Os ambientes que o (a) senhor (a) frequenta apresentam muita umidade, mofo, poeira, animais?

6.8 Você realizou a vacina da gripe este ano?

### SEÇÃO 07 - SINTOMAS E CUIDADOS RELACIONADOS À COVID-19

O profissional sugere: Agora vamos fazer algumas questões sobre sintomas do Novo Coronavírus.

7.1 Você está fazendo o isolamento em casa por causa do Novo Coronavírus?

7.2 Qual o tipo de isolamento a pessoa está realizando?

Fica em casa o tempo todo

Sai apenas para coisas essenciais como comprar comida

Sai de vez em quando para compras e esticar as pernas

Sai todos os dias para alguma atividade

Sai todos os dias, o dia todo, para trabalhar ou outra atividade regular

Se sim, desde que dia está em isolamento?

7.3 Você vive sozinho? (Verificar se tem rede de apoio)

7.4 Se não, com quantas pessoas vive?

7.5 Tem alguma das comorbidades: HAS (pressão alta), HIV, transplantado, quimioterapia, diabetes, doença cardíaca, outra doença crônica...

7.6 Outras condições?

Respondendo SIM para alguma questão de 7.3 e 7.4 o paciente tem fator de risco para COVID-19.

7.7 Paciente com fator de risco para COVID-19?

**SEÇÃO 8 - CONSULTAS SUBSEQUENTES - RETOMAR O QUE FOI ACORDADO COM O PACIENTE NA ÚLTIMA CONSULTA. QUESTIONAR SOBRE AS ORIENTAÇÕES E REFORÇAR A EDUCAÇÃO FORNECIDA.**

8.1 Como está sua saúde hoje?

8.2. Vou citar alguns sintomas e você deve me informar se está sentindo nesse momento:

- Tosse seca
- Tosse com secreção
- Chiado no peito
- Febre
- Cansaço
- Falta de ar
- Sensação de desmaio
- Diarréia
- Perda de olfato
- Falta de apetite

8.3 Se sim para algum dos sintomas da 7.10., piorou nas últimas 48 horas?

- Tosse seca
- Tosse com secreção
- Chiado no peito
- Febre
- Cansaço
- Falta de ar
- Sensação de desmaio
- Diarréia
- Perda de olfato
- Falta de apetite

8.4. Alguém na sua casa também está com sintomas respiratórios?

**SINAIS DE GRAVIDADE**

Sinais de gravidade adulto:

- Falta de ar em repouso ou com pequenos movimentos (dispneia)
- Sensação de desmaio (hipotensão)
- Persistência ou aumento de febre por mais de 3 dias

8.5. O usuário está em estado grave para COVID-19?

**Informações complementares**

8.6 Houve internação no último ano? (Se conseguir essa informação na base de dados não precisa perguntar)

8.7 O motivo da internação foi por causa de problemas respiratórios?

8.8 Você tem alguma dúvida relacionada com seus medicamentos? Qual?

8.9 Você tem alguma dúvida relacionada com o Novo Coronavírus? Qual?

8.10 Você utiliza whatsapp? Gostaria de receber matérias sobre asma pelo Whatsapp?

8.11 Você tem e-mail? Gostaria de receber materiais sobre asma pelo e-mail?

- Aplicar teste de controle da asma.

O que o senhor lembra que tínhamos conversado na última consulta? O paciente lembrou das orientações?

- Lembrou de todas as orientações
- Lembrou parcialmente das orientações
- Não lembra das orientações

Algo foi modificado em relação aos seus medicamentos desde nossa última consulta? Se sim, qual modificação aconteceu?

Em relação aos medicamentos para sua doença respiratória, você está tendo acesso aos medicamentos?

Reaplicar checklist de medicamentos

Profissional sugere: Agora vou fazer algumas perguntas sobre seus medicamentos para asma:

Quais medicamentos você utilizou para asma na última semana?

Nome do medicamento 1:

Quantos dias tomou esse medicamento 1:

Quantas vezes por dia tomou esse medicamento 1:

Quantos comprimidos/doses tomou cada vez:

Quantas vezes você deixou de tomar algum comprimido ou dose?

- Aplicar avaliação do profissional (BMQ).

Profissional sugere: Agora citarei uma lista de problemas que as pessoas às vezes têm com seus medicamentos e você deve me dizer o quanto é difícil para você cada um deles, relacionado aos medicamentos que você usa para asma.

- ( ) Abrir ou fechar embalagem
- ( ) Ler o que está escrito na embalagem
- ( ) Lembrar de tomar o medicamento
- ( ) Conseguir o medicamento
- ( ) Tomar vários medicamentos ao mesmo tempo

Avaliação do profissional:

( ) PRF adesão ( ) PRF segurança ( ) PRF de efetividade ( ) Erro de administração relacionado à técnica

Profissional pergunta: Você tem alguma dúvida? Qual dúvida?

- Reavaliar sintomas de Covid-19.

Finalizar Consulta- Ao finalizar a consulta agradecer e dizer que um resumo será enviado pelo email.

#### REGISTRO

SOAP – Subjetivo, objetivo, avaliação e plano- descrever cada um.

Encaminhamentos realizados:

- ( ) Sim, para serviço relacionado ao Novo coronavírus
- ( ) Sim, ao serviço de Telessaúde
- ( ) Sim, à emergência
- ( ) Sim, atendimento presencial na Farmácia referência
- ( ) Sim, à vacinação

Necessidade de materiais educativos? Quais materiais educativos?

( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_

Retorno previsto para: (se tiver com não adesão e/ou não controle da asma,

retorno em 1 mês/ Se tiver com adesão e asma controlada retorno em 3

meses/ Se for consulta subsequente, retorno em 1 ano).

Em relação à satisfação relacionada a esse atendimento, você poderia dar uma nota de 1-5, entre 1 (nada satisfeito) e 5 (totalmente satisfeito)?

Horário do final da consulta: \_\_\_\_\_

Nome do Teleconsultor: \_\_\_\_\_