



MÉTODO DÁDER

MANUAL DE SEGUIMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO

Terceira Edição

(Versão em português)

2014

Daniel Sabater Hernández
Martha Milena Silva Castro
María José Faus Dáder

Daniel Sabater Hernández
Martha Milena Silva Castro
María José Faus Dáder

MÉTODO DÁDER

MANUAL DE SEGUIMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO

Terceira Edição
(Versão em português)

Alfenas
Editora Universidade Federal de Alfenas
2014

AUTORES

Daniel Sabater Hernández

Licenciado em Farmácia
Master Universitario en Atención Farmacéutica.
Responsável do Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapêutico.
Membro do Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.
Universidade de Granada

Martha Milena Silva Castro

Química Farmacêutica. Universidade Nacional de Colombia
Farmacêutica Hospitalar
Master Universitario en Atención Farmacéutica.
Membro do Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.
Universidade de Granada.

María José Faus Dáder

Doutorada em Farmácia
Professora Titular de Bioquímica e Biología Molecular
Responsável do Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.
Universidade de Granada.

Tradução:

Luciene Alves Moreira Marques
Ricardo Radighieri Rascado

Revisão técnica e adaptação:

Paula Iglésias Ferreira*
Henrique José Santos*
*Instituto Pharmcare®

Agradecimento ao Dr. Tarcísio José Palhano (Conselho Federal de Farmácia - Brasil) pelas valiosas considerações.

Traduzido do original em espanhol:
Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapêutico, 2007

Método Dáder. Manual de Seguimiento Farmacoterapêutico, 2014, versão em português do Brasil (acordo ortográfico)

© dos textos: Dos autores

© da edição: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131), Universidad de Granada.

Desenho e diagramação: José P. García Corpas

Impressão: digital

Primeira edição, Alfenas, MG.

I.S.B.N.: 978-8-63473-14-1

Depósito Legal: Fundação Biblioteca Nacional

Tradução, 2014

AGRADECIMENTOS

A José Pedro García-Corpas, porque sem a sua valiosa colaboração não seria possível finalizar este guia.

A Francisco Martínez-Romero, Fernando Fernández-Llimós e Manuel Machuca, por terem desenvolvido as duas primeiras edições deste Guia sobre o Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico, a partir das quais foi possível esta terceira edição. Obrigado por todo o trabalho que partilhamos, que sem dúvida foi parte fundamental no nosso crescimento e formação neste tema.

A Marta Parras, porque sobre ela recaiu a maior parte do trabalho nos primeiros anos do Programa Dáder.

A Jaime Vargas, Inés Azpilicueta, Mariam Beidas e Gerardo Colorado, por partilharem conosco tantas tardes de discussão ou melhor, de conversas produtivas. Graças a esses momentos, que não foram poucos e nem breves, surgiram e amadureceram muitas ideias, que agora se encontram no texto. Temos a certeza de que continuaremos a partilhar mais vezes estes fantásticos momentos.

A Fernando Martínez, Miguel Ángel Gastelurrutia, Ingrid Ferrer, Pedro Amariles, José María Araujo, Narjis Fikri, Emilio García, Estefanía López e Lorena González, por terem realizado o formidável trabalho de ler o guia (primeiras versões e provas) e por terem realizado as sugestões que consideraram oportunas.

A Ana Ocaña, que contribuiu com o caso que serve de exemplo neste guia.

Aos demais membros atuais do Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica da Universidad de Granada: Sonia Anaya, José Manuel Arias de Saavedra, Isabel Baena, Luis Baró, Neus Caelles, Miguel Ángel Calleja, M^a Ángeles Campos, Beatriz Carreras, Clarice Chemello, José Espejo, Paloma Fajardo, M^a José Ferrer, Macarena Flores, Pilar García-Delgado, Paloma Gastelurrutia, Francisco González, José Ibáñez, Almudena Jiménez, M^a Dolores Llamas, Inês Nunes da Cunha, M^a Rosario Marín, Ángel Martín, José Martínez, Ana Moreno, Antonio Pintor, Ana Rosa Rubio, Loreto Sáez-Benito, Amparo Torres y Laura Tuneu. Porque cada projeto que partilhamos constitui mais uma parte daquilo que somos.

Finalmente, queremos reconhecer o trabalho realizado pelos coordenadores do Programa Dáder nos distintos países e províncias, o que permitiu a evolução do Método Dáder e, sobretudo às centenas de farmacêuticos que realizaram seguimento farmacoterapêutico a milhares de pacientes, porque graças ao seu esforço, conseguiram que a maioria obtivesse melhora em seu estado de saúde.

Os autores.

Índice

1. ABREVIATURAS	7
2. INTRODUÇÃO	9
2.1. Aproximação ao conceito de Seguimento Farmacoterapêutico (SF).....	10
2.2. Documentação do Seguimento Farmacoterapêutico	13
2.3. História farmacoterapêutica do paciente	14
3. RESULTADOS NEGATIVOS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO (RNM)	19
3.1. Problemas relacionados com os medicamentos (PRM) no Segundo Consenso de Granada (2002)	19
3.2. A evolução do termo PRM	21
3.2.1. Resultados negativos associados à medicação.....	21
3.2.2. O termo PRM atualmente	23
3.3. Importância dos resultados negativos associados à medicação.....	25
3.4. Suspeitas de resultados negativos associados à medicação.....	26
3.5. Classificação dos resultados negativos associados à medicação.....	27
4. MÉTODO DÁDER DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	29
4.1. Oferta do serviço	31
4.2. Entrevista farmacêutica: primeira entrevista	34
4.2.1. Estrutura e desenvolvimento da primeira entrevista farmacêutica	35
4.2.2. Aspectos da comunicação a considerar durante a entrevista farmacêutica	42
4.3. Estado da situação	43
4.3.1. Estrutura e preenchimento do estado da situação	44
4.3.2. Normas e recomendações para elaborar o estado da situação.....	48
4.4. Fase de estudo	50
4.4.1. Fase de estudo dos problemas de saúde	51
4.4.2. Fase de estudo dos medicamentos	55
4.4.3. Onde se pode encontrar informação para realizar SF?	59
4.5. Fase de avaliação	61
4.6. Fase de intervenção: plano de atuação.....	66

4.6.1. Características e generalidades do plano de atuação.....	66
4.6.2. Etapas para desenhar o plano de atuação	68
4.6.2.1. Definir objetivos.....	68
4.6.2.2. Hierarquizar as prioridades.....	69
4.6.2.3. Determinar as intervenções farmacêuticas.....	71
4.6.2.4. Planejamento das intervenções farmacêuticas.....	74
4.7. Entrevistas farmacêuticas sucessivas (resultado da intervenção farmacêutica).....	77
4.7.1. Registro das entrevistas sucessivas.....	78
4.7.2. Registro das intervenções farmacêuticas.....	79
4.7.2.1. Folha de intervenção farmacêutica para registrar os RNM 80	
4.7.2.2. Folha de intervenção farmacêutica para registrar... resultados positivos.....	82
5. CASO PRÁTICO ORIENTADO DE ACORDO COM O MÉTODO DÁDER	85
5.1. Oferta do serviço	85
5.2. Entrevista farmacêutica: primeira entrevista	85
5.3. Primeiro estado de situação	91
5.4. Fase de estudo	92
5.5. Fase de avaliação	98
5.6. Fase de intervenção: plano de atuação	100
5.6.1. Definição e hierarquização por prioridade dos objetivos. Intervenções farmacêuticas: planificação.....	100
5.6.2. Relatório ao médico	102
5.7. Entrevistas sucessivas (resultado da intervenção).....	103
5.7.1. Novos estados de situação gerados no SF	107
5.7.2. Nova fase de estudo	108
5.7.3. Novas entrevistas com o paciente e novos estados de situação: avaliação das intervenções	111
5.7.4. Fase de intervenção: novas considerações no plano de atuação	114
5.7.5. Agendamento paciente.....	116
5.7.6. Registro das intervenções farmacêuticas	117
6. BIBLIOGRAFIA	119

1. Abreviaturas

AINE: anti-inflamatório não esteroidal

AMPA: automedicação da pressão arterial

ARAI: antagonistas do receptor tipo 2 da angiotensina

CF: cuidados farmacêuticos

DCV: doença cardiovascular

E: efetividade

EpS: educação para a saúde

ES: estado de situação

FRCV: fator de risco cardiovascular

HBP: hipertrofia benigna da próstata

HTA: hipertensão arterial

IAM: infarto agudo do miocárdio

IECA: inibidores da enzima conversora de angiotensina

IF: intervenção farmacêutica

IMC: índice de massa corporal

Kg: quilograma

m: metro

N: necessidade

PA: pressão arterial

pa: princípio ativo

PRM: problema relacionado com os medicamentos

PS: problema de saúde

RCV: risco cardiovascular

RNM: resultado negativo associado à medicação

S: segurança

SF: seguimento farmacoterapêutico

THS: terapêutica hormonal de substituição

2. Introdução

O objetivo que se pretende alcançar com a utilização de medicamentos **é melhorar a qualidade de vida dos pacientes**, através da cura das doenças ou, quando isto não é possível, controlando as suas consequências e os seus sintomas.

A importância deste objetivo justifica a existência de um grande número de medicamentos, cada vez com mais qualidade, eficazes e seguros, que constituem a “arma terapêutica” mais usada para manter ou melhorar a saúde da população.

Contudo, nem sempre que um paciente utiliza um medicamento o resultado é bom. Em muitas ocasiões a farmacoterapia falha. Isto acontece quando os medicamentos causam dano (não são seguros) e/ou quando não atingem o objetivo para o qual foram prescritos (não são efetivos).

Estes fracassos da farmacoterapia foram publicados em numerosos estudos e atualmente não existem dúvidas de que provocam perdas na saúde dos pacientes e perdas económicas ao conjunto da sociedade¹⁻³. Não obstante, também se demonstrou que os fracassos da farmacoterapia são, em grande percentagem, evitáveis^{4,5}. Este fato justifica o desenvolvimento do conceito de **Atenção Farmacêutica (AF)**, que pretende trazer soluções para este problema de Saúde Pública e constituir uma resposta efetiva para detectar, prevenir e resolver estes fracassos da farmacoterapia.

A Atenção Farmacêutica engloba todas as atividades assistenciais do farmacêutico orientadas para o paciente que utiliza medicamentos. Entre estas atividades, o **seguimento farmacoterapêutico (SF)** apresenta uma efetividade maior para atingir os melhores resultados em saúde possíveis, quando se utilizam medicamentos.

Em traços gerais, o SF é uma prática clínica que pretende monitorar e avaliar, continuamente, a farmacoterapia do paciente com o objetivo de melhorar os resultados em saúde. Atualmente, não há dúvida, de que dentro da equipe de saúde que atende o paciente, o profissional mais qualificado para realizar SF é o farmacêutico, pela sua formação específica em medicamentos, pela sua acessibilidade e pela sua motivação para que o seu trabalho assistencial seja reconhecido.

Em resumo, a existência de um problema de saúde pública (os fracassos da farmacoterapia), que produz diminuição da qualidade de vida e perdas económicas, requer um trabalho do farmacêutico (de modo assistencial), prestando Atenção Far-

macêutica e, especialmente, SF, para tentar diminuir a morbi-mortalidade relacionada com o uso dos medicamentos, assim como aproveitar ao máximo esta oportunidade para realizar um trabalho assistencial.

2.1. APROXIMAÇÃO AO CONCEITO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO (SF)

Na legislação espanhola, o SF tem duas implicações claras: é um serviço essencial que se deve prestar ao paciente e pressupõe uma responsabilidade que o farmacêutico tem de cumprir.

Tudo isto está na “Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios”⁶. Nesta lei está exposto que o trabalho que os farmacêuticos e outros profissionais de saúde realizam nos procedimentos de Atenção Farmacêutica tem uma importância fundamental, uma vez que assegura a acessibilidade ao medicamento, oferecendo, em coordenação com o médico, aconselhamento em saúde, **seguimento farmacoterapêutico** e apoio profissional aos pacientes. Esta lei refere ainda que se deve estabelecer um **sistema para o seguimento dos tratamentos aos pacientes**, que se deve realizar como parte dos procedimentos de Atenção Farmacêutica, contribuindo para assegurar a efetividade e segurança dos medicamentos.

Anteriormente a esta lei, em 2001, o “Ministerio de Sanidad y Consumo de España”, através do “Documento de Consenso en Atención Farmacêutica”⁷, estabeleceu os procedimentos de Atenção Farmacêutica como as atividades assistenciais do farmacêutico orientadas para o paciente e determinou que o SF era uma destas.

Atualmente define-se seguimento farmacoterapêutico (SF) como “o serviço profissional que tem como objetivo detectar problemas relacionados com medicamentos (PRM), para prevenir e resolver os resultados negativos associados à medicação (RNM)”. Este serviço implica compromisso e deve ser disponibilizado de um modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o paciente e com os profissionais do sistema de saúde, com a finalidade de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente⁸.

Seguimento Farmacoterapêutico

- Serviço profissional
- Detectar problemas relacionados com os medicamentos para prevenir e resolver resultados negativos associados à medicação
- Implica compromisso
- De modo contínuo, sistemático e documentado
- Colaborando com o paciente e com a equipe de saúde
- Atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes

Terceiro Consenso de Granada sobre PRM e RNM. 2007

Em relação a esta definição de SF, é necessário fazer as seguintes considerações:

- O SF constitui uma atividade profissional, na qual o farmacêutico tem que assumir a responsabilidade pelas necessidades que os pacientes têm em relação aos seus medicamentos. Portanto, não se trata de uma simples aplicação de conhecimentos técnicos, mas sim de o farmacêutico ser capaz de utilizá-los e aplicá-los para avaliar e intervir em cada situação
- A detecção, prevenção e resolução dos resultados negativos associados à medicação conduzem inevitavelmente à **monitorização e avaliação contínua** (ininterrupta e indefinida no tempo) **dos efeitos dos medicamentos que o paciente utiliza**. Isto transforma o SF numa atividade clínica, na qual o farmacêutico vai detectar alterações no estado de saúde do paciente atribuíveis à medicação. Para realizar este trabalho, deverá utilizar e medir variáveis clínicas (sintomas, sinais, eventos clínicos, medições metabólicas ou fisiológicas) que permitam determinar se a farmacoterapia é necessária, efetiva e/ou segura.
- A realização do SF implica a necessária **colaboração e integração do farmacêutico na equipe multidisciplinar de saúde** que atende o paciente. Dentro desta equipe, o farmacêutico deve conhecer e definir qual é a sua função na gestão e no cuidado dos problemas de saúde do paciente, e fornecer o seu parecer clínico, elaborado na perspectiva do medicamento, sempre que considere conveniente.
- **O SF deve ser disponibilizado de modo contínuo**. Isto significa que o farmacêutico deve cooperar e colaborar com o paciente por tempo indeterminado (compromisso). Para isto, o farmacêutico tem de se envolver, não apenas, na prevenção ou resolução dos RNM quando eles surgem, mas

também no tratamento integral dos problemas de saúde do paciente. E, desenvolver ações educativas, monitorar os tratamentos e os seus efeitos ou, em geral, realizar qualquer atividade que permita otimizar o cuidado dos problemas de saúde e obter o maior benefício possível da farmacoterapia que o paciente utiliza. Para promover a continuidade do SF no tempo, este **engloba o desenvolvimento de um plano de atuação** destinado a preservar ou a melhorar o estado de saúde do paciente, avaliando continuamente **os resultados** das intervenções realizadas para atingir esta finalidade⁹.

- **O SF deve ser realizado de modo sistematizado.** Isto significa que se ajusta às orientações ou normas, ordenadamente relacionadas entre si, que contribuem para atingir o objetivo: melhorar ou manter o estado de saúde do paciente. Como tal, o SF necessita da concepção e do desenvolvimento de procedimentos (métodos) 9-11, facilmente aplicáveis, em qualquer âmbito assistencial, que definam um modo estruturado e ordenado de atuar, e que, por sua vez, ajudem a focar o trabalho do farmacêutico. Deste modo, pretende-se aumentar a eficiência e a probabilidade de êxito do serviço de SF.

Neste sentido, o **Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico**¹² desenvolvido pelo “Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada” apresenta-se como uma ferramenta útil, permitindo ao farmacêutico seguir normas claras e simples para realizar SF de forma sistematizada. Por outro lado, e na sequência do comentado no tópico anterior (*o SF deve ser disponibilizado de modo contínuo*), o Método Dáder propõe, como parte do seu procedimento, a concepção de um plano de atuação com o paciente que promova a continuidade do SF no tempo.

Estas duas características do SF (contínuo e sistematizado) serão abordadas amplamente no capítulo do Método Dáder de SF deste guia.

- **O SF deve ser realizado de modo documentado.** A documentação do SF é um fator determinante para o desenvolvimento desta prática assistencial. Isto pressupõe que o farmacêutico adote um papel ativo na elaboração de sistemas de documentação adequados, que permitam registrar esta

atividade.

2.2. DOCUMENTAÇÃO DO SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

Na Espanha, como qualquer profissional que pratica uma atividade assistencial, o farmacêutico está obrigado a cumprir os deveres de informação e de documentação clínica^a estabelecidos na Ley 41/2002¹³. Esta obrigação está destacada e exposta novamente na “Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios”⁶.

Em relação à documentação clínica, é importante assinalar o seguinte:

- Os profissionais de saúde que desenvolvem a sua atividade de modo individual (privado) são **responsáveis pela gestão e pela guarda da documentação clínica** que produzem durante o processo assistencial.
- No SF, tal como no âmbito da assistência médica, **rege o princípio do paciente em toda a sua extensão**. Entre as suas repercussões, o **consentimento informado**^b é uma das mais importantes, tratando-se de um expoente claro da dignidade pessoal, que reconhece a autonomia do indivíduo para eleger, entre as diversas opções vitais que se lhe apresentem, de acordo com os seus próprios interesses e preferências¹⁴.
- Os profissionais de saúde têm **de cumprir as suas responsabilidades no tratamento dos dados de carácter pessoal do paciente**. Para isto, seria necessário solicitar um **consentimento específico em matéria de proteção de dados de carácter pessoal**, onde se informe o paciente sobre a finalidade, obrigatoriedade e direitos que tem sobre os seus dados de saúde na documentação clínica; tal como se estabelece na “Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal”¹⁵.

^a Documentação clínica: suporte de qualquer tipo ou classe que contém um conjunto de dados e informações de carácter assistencial. “Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002; 274: 40126-40132”.

^b Consentimento Informado: conformidade livre, voluntária e consciente de um paciente, manifestada em pleno uso das suas faculdades, depois de receber a informação adequada, para que ocorra uma atuação que afeta a sua saúde'. “Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002; 274: 40126-40132”.

- Tendo em conta o estabelecido nesta lei, que considera os dados em saúde especialmente protegidos e sensíveis, a gestão e o tratamento destes dados exige a aplicação de certas medidas de segurança, à documentação clínica^{15,16}. Estas medidas estão estabelecidas no regulamento de medidas de segurança dos arquivos informatizados que contenham dados de carácter pessoal.

No que diz respeito especificamente ao SF, a necessidade de documentá-lo está referida no Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica¹⁷, onde está exposto que a realização de SF implica uma série de exigências e requisitos inevitáveis, entre eles a “documentação e registro da atividade, quer das intervenções realizadas, como dos resultados obtidos”.

No contexto europeu, esta responsabilidade do farmacêutico encontra-se na Recomendação do Conselho da Europa de 2001¹⁸, relativamente ao papel do farmacêutico no âmbito da segurança em saúde. Nesta, declara-se que o SF inclui, entre outras afirmações, “a criação de um relatório farmacêutico que inclua o histórico do paciente, os medicamentos prescritos, as informações clínicas, os resultados terapêuticos e biológicos disponíveis, assim como as recomendações feitas ao paciente”.

Toda a necessidade gerada em torno da documentação do SF assume que o farmacêutico deve adotar uma postura pró-ativa na concepção e na implementação dos sistemas de documentação^{19,20}. Apenas registrando e comunicando os resultados obtidos se pode demonstrar o benefício e a efetividade da intervenção do farmacêutico na saúde do paciente. Por outro lado, a informação registrada deve servir para avaliar os procedimentos realizados durante o SF. Este aspecto é determinante para melhorar a prática diária, para conseguir um progresso da atividade e/ou para atingir a sua implementação adequada.

Em resumo, uma boa documentação é um suporte essencial para que tanto a prática, quanto a investigação nesta área se transformem em realidade²¹. Com o objetivo de promover o registro da informação durante o desenvolvimento do SF, o Método Dáder considera que a elaboração da *história farmacoterapêutica* do paciente deve constituir o ponto de partida e a base de trabalho do farmacêutico.

2.3. HISTÓRIA FARMACOTERAPÊUTICA DO Paciente

A *história farmacoterapêutica* é o conjunto de documentos, elaborados e/ou

reunidos pelo farmacêutico durante o processo de assistência ao paciente, que contêm os dados, opiniões (pareceres clínicos) e informações de qualquer índole, destinados a monitorar e a avaliar os efeitos da farmacoterapia utilizada pelo paciente.

Em linhas gerais, na história farmacoterapêutica recolhe-se informação sobre:

- **Motivo da oferta do serviço de SF.**
- **Problemas de saúde e efeitos ou resultados devidos à utilização da farmacoterapia.** A história farmacoterapêutica deve conter a informação clínica^c que permita avaliar o estado de saúde do paciente e as alterações que ocorrem, em consequência do uso dos medicamentos:
 - Medições clínicas (ex.: valores de glicemia, pressão arterial, etc.)
 - Sintomas e sinais
 - Eventos clínicos
 - Outras apreciações que o paciente possa fazer sobre a evolução dos seus problemas de saúde.

A importância desta informação reside no fato de ser necessária para avaliar os efeitos da farmacoterapia.

- **Farmacoterapia do paciente.** Inclui a informação sobre datas de início e fim de uso dos medicamentos, ajustes nas doses e esquemas terapêuticos, alterações da forma farmacêutica e via de administração, médicos prescritores, etc..
- **Apreciações do farmacêutico.** Na história farmacêutica devem estar todos os pareceres elaborados pelo farmacêutico acerca do estado de saúde e da farmacoterapia do paciente. Estas apreciações podem constituir, em muitas ocasiões, o fundamento das decisões tomadas durante o SF.
- **Planejamento, evolução e resultado das intervenções farmacêuticas realizadas para melhorar ou preservar os resultados da farmacoterapia.** Trata-se de toda a informação relacionada com as ações empreendidas pelo

^c *Informação clínica: qualquer dado, em qualquer que seja a sua forma, classe ou tipo, que permite adquirir ou ampliar conhecimentos sobre o estado físico e a saúde de uma pessoa, ou a forma de preservá-la, cuidá-la, melhorá-la ou recuperá-la. "Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002; 274: 40126-40132".*

farmacêutico para atingir os objetivos acordados com o paciente durante o SF. Anotam-se as alterações produzidas na conduta e nos comportamentos do paciente, as decisões médicas tomadas em resposta às intervenções realizadas, assim como a informação que permita determinar a evolução do estado de saúde do paciente, após as intervenções.

- **Consentimento informado, relatórios para o médico e outros profissionais de saúde.**
- **Dados de contato do paciente.**

Para facilitar a elaboração da história farmacoterapêutica, o Método Dáder propõe utilizar uma série de documentos de registro, que permitem recolher a informação gerada durante o SF, de forma ordenada e estruturada. Entre estes documentos de registro, encontram-se:

- 1. A pasta da história farmacoterapêutica**, que serve de capa para todos os documentos que vão se acumulando durante o processo assistencial ao paciente. Além disto, servirá para anotar o motivo da oferta do serviço e do início do SF.
- 2. As folhas da entrevista farmacêutica**, que permitem recolher informação sobre os problemas de saúde, os medicamentos e os parâmetros clínicos (mensuráveis) do paciente.
- 3. O estado de situação**, destinado à análise do caso e à avaliação da farmacoterapia.
- 4. As folhas do plano de atuação**, onde se definem os objetivos a atingir com o paciente e onde se programam as intervenções farmacêuticas compreendidas que devem se concretizar.
- 5. As folhas das entrevistas sucessivas**, onde se anotará a informação proveniente dos encontros reiterados com o paciente.
- 6. As folhas de intervenção**, que resumem as intervenções realizadas para melhorar ou preservar o estado de saúde do paciente e servem como sistema de notificação com o programa Dáder de SF.

História farmacoterapêutica

Paciente: _____

Código Dáder:

Dados de contato

Endereço residencial: _____

e-mail: _____

Telefone: _____



Pasta da história farmacoterapêutica. Fonte: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada.

Todos estes documentos poderão ser arquivados, como parte da história farmacoterapêutica do paciente (dentro da pasta desenhada para tal), juntamente com outros documentos de origens diversas (ex.: relatórios médicos, análises laboratoriais, documentos de registo da dispensação e da indicação farmacêutica, entre outros).

A história farmacoterapêutica pode ser de grande utilidade e contribuir para o trabalho de outros profissionais de saúde que atendem o paciente, pois recolhe informação específica sobre a farmacoterapia e sobre o estado de saúde do paciente, em consequência do uso dos medicamentos. Portanto, a história farmacoterapêutica constitui uma parte específica, e também um valioso complemento da história clínica do paciente.

De acordo com a legislação vigente na Espanha, a gestão e a guarda da história farmacoterapêutica são de responsabilidade do farmacêutico e/ou do serviço de farmácia que atende o paciente. Cada estabelecimento onde se realize o serviço de SF tem que estabelecer normas e uma ordem para o adequado arquivamento e acesso à informação da história farmacoterapêutica ^{13,15}.

É conveniente que a informação contida na história farmacoterapêutica possa ser acessada, de forma eficaz, para sua consulta. Idealmente, deve ser registrada em formato informatizado.²² Com este propósito e o de informatizar a história farmacoterapêutica dos pacientes, o Programa Dáder de SF desenvolveu uma aplicação denominada **DaderWeb**.

O DaderWeb²³ é um sistema web online que incorpora várias utilidades (módulos) concebidas para apoiar, facilitar o trabalho e favorecer a comunicação dos farmacêuticos que realizam SF. Entre estas utilidades, encontra-se uma destinada a elaborar e gerir a história farmacoterapêutica informatizada do paciente (evita-se o registo da informação em papel). Além disto, esta gestão da história farmacoterapêutica foi pensada para poder desenvolver as distintas fases do Método Dáder de SF: elaboração e avaliação dos estados de situação do paciente, desenho do plano de atuação, etc.

O uso do DaderWeb é gratuito e independente. Os únicos requisitos para a utilização desta ferramenta pelos farmacêuticos são um computador com ligação à Internet, um navegador WWW e a inscrição ser aceita pela coordenação do Programa Dáder.(www.daderweb.es)

3. Resultados negativos associados à medicação (RNM)

3.1. PROBLEMAS RELACIONADOS COM OS MEDICAMENTOS (PRM) NO SEGUNDO CONSENSO DE GRANADA (2002).

Em 1990, Strand e col²⁴ publicaram o primeiro artigo no qual se abordou conceitualmente o termo “drug-related problems”, traduzido para o espanhol como Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM). Desde então, e até o ano 2007, o debate acerca da idoneidade e do significado deste termo permaneceu em aberto.

Na Espanha, o termo PRM definiu-se pela primeira vez em 1998, no primeiro Consenso de Granada, sobre Problemas Relacionados com Medicamentos²⁵. Diferentes interpretações da definição original levaram a que o conceito fosse revisto novamente no ano de 2002, no Segundo Consenso de Granada²⁶, no qual finalmente ficou definido como “problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, devidos à farmacoterapia que, provocados por diversas causas, conduzem ao não alcance do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos não desejados”.

É necessário estar atento a certos aspectos desta definição:

- De acordo com a WONCA²⁷, resultado define-se como uma “alteração do estado de saúde anterior, e atribuível à intervenção em saúde”. Outros autores, como Badía e Bigorra²⁸, definem resultado, de forma semelhante à anterior, como o “efeito atribuível a uma intervenção, ou à sua ausência,

^d Estado de saúde: descrição e/ou medida da saúde de um indivíduo ou população num momento concreto, segundo normas identificáveis, habitualmente com referência a indicadores de saúde. Referência: adaptada do Glossário de Termos usados na série Saúde para Todos Nº 9, OMS, Genebra, 1984.

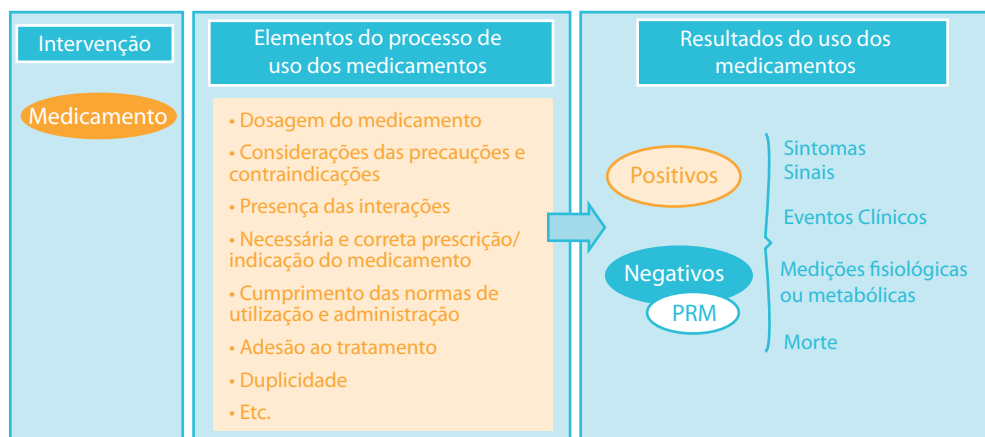
sobre um estado de saúde prévio".

Ao falar-se de PRM como "...resultados..., devidos à farmacoterapia...", entende-se que estes eram uma consequência (mudança no estado de saúde) do uso (ou desuso) dos medicamentos que, neste caso, constituiriam a intervenção em saúde. Por isto, os PRM não deviam ser confundidos com os problemas que podem aparecer ou produzir-se durante o processo de uso dos medicamentos que, em todo o caso, poderiam ser as causas dos PRM (ex.: Sobredose de um medicamento)

- Os PRM consideravam-se "...resultados clínicos negativos...". Em 1993, Kozman y col.²⁹ definiram, no chamado modelo ECHO, os distintos tipos de resultados que devem ser esperados de qualquer atividade em saúde e classificaram-nos em: humanísticos, econômicos e clínicos. Por definição, os PRM pertenciam a este último grupo de resultados em saúde.

Na sequência do comentado anteriormente, a WONCA²⁷ define resultado clínico como "um estado de saúde, num momento determinado, em consequência de uma intervenção/situação clínica prévia (doença, tratamento, experiência, etc.)".

No que diz respeito aos PRM, a palavra "negativos" dá motivo para que o estado de saúde do paciente seja entendido como algo não desejado, como um desvio da normalidade, quer dizer, tal e qual se enunciou na definição do Segundo Consenso de Granada: os PRM como "problemas de saúde"^e.



^e *Problema de saúde: "qualquer queixa, observação ou fato que o paciente e/ou médico percebem como um desvio da normalidade que tenha afetado, possa afetar ou afete a capacidade funcional do paciente".*

- Para medir os resultados clínicos e, em consequência, as mudanças no estado de saúde, existem diferentes tipos de variáveis. Conseqüentemente, estas variáveis também serviriam para medir resultados clínicos negativos devidos à farmacoterapia (PRM).

Os tipos de variáveis clínicas utilizadas para medir resultados clínicos são: os sintomas (ex. dor) e sinais (ex.: tosse), os eventos clínicos (ex.: enfarte agudo do miocárdio), as medidas fisiológicas ou metabólicas (ex.: níveis de glicemia) e a morte²⁸.

Frequentemente, estas variáveis clínicas são utilizadas em investigação como medidas de resultado para avaliar o funcionamento ou a efetividade de uma determinada intervenção ou tratamento (neste caso, os medicamentos).

3.2. A EVOLUÇÃO DO TERMO PRM

3.2.1. Resultados negativos associados à medicação

Como já se viu anteriormente, um dos pontos-chave na definição de PRM dada pelo **Segundo Consenso de Granada** é que os **PRM eram resultados** (clínicos negativos), pelo que **não deviam confundir-se com falhas ou problemas que pudessem aparecer ou produzir-se durante o processo de uso dos medicamentos** que, em todo caso, poderiam ser causas de PRM.

Um exemplo que permitirá entender esta distinção, entre causas e resultados, observa-se com a sobredose (excesso de quantidade do fármaco que se administra de uma vez). Se considerarmos a sobredose, um PRM assumiria, por definição, ser um problema de saúde, ou seja, um resultado clínico negativo. Contudo, isto não é assim. E, não o é porque a sobredose não se mede utilizando uma variável clínica (que, como se comentou anteriormente, medem resultados clínicos); a sobredose mede-se, por exemplo, através da quantidade de fármaco que se administrou. Está errado pensar que se podia medir a sobredose através da monitorização de um determinado parâmetro (ex.: modificações da pressão arterial), uma vez que, o que se estaria fazendo, seria determinar o possível efeito da sobredose numa variável clínica.

Em conclusão e de acordo com o Segundo Consenso de Granada, a sobredose podia ser a causa do aparecimento de um PRM, mas nunca um PRM, pois é um elemento do processo de uso dos medicamentos, e não, um resultado deste processo de uso.

Este mesmo raciocínio poderia aplicar-se à não adesão, à interação farmacológica,

à duplicidade, etc. Todos estes, tal como a sobredose, são problemas que podem aparecer durante o processo de uso dos medicamentos e influir sobre as variáveis clínicas do paciente.

Em 2005, Fernández-Llimós e col³⁰ publicaram um artigo no qual reviram o conceito de problemas relacionados com os medicamentos e de problemas da farmacoterapia e as suas relações com outros conceitos, tal como os resultados negativos da medicação.

Neste trabalho, os autores explicam como o termo PRM é amplamente utilizado na literatura, mas nem sempre significando o mesmo conceito. Devido às diversas definições e classificações de PRM, misturou-se processo (causas) com resultados. Neste sentido, destacam-se as classificações de alguns grupos e sociedades científicas de referência, como por exemplo: a do PI-doc³¹, a da American Society of Health System Pharmacists³², a proposta por Cipolle e col³³ ou, mais recentemente, a da PCNE v.4.0³⁴, e a publicada por Abu Ruz³⁵. Nestas classificações, as interações, o não cumprimento (falta de adesão ao tratamento) ou a subdosagem, entre outros, aparecem como PRM. De acordo com o Segundo Consenso de Granada, estes são problemas ou falhas do processo de uso dos medicamentos e seriam causas do aparecimento de PRM.

Não obstante, este fato não se limita apenas a algumas classificações aceitas ou adotadas por certos grupos ou sociedades científicas, mas também se reflete numa grande quantidade de artigos publicados por muitos outros autores, que misturam elementos do processo de uso dos medicamentos com resultados. Por exemplo, Alegre e col³⁶ consideram os erros na administração ou a duplicidade como PRM.

Outro fato que está exposto no trabalho de Fernández-Llimós e col³⁰ é a diversidade de termos que se chegaram a utilizar, sobretudo na literatura anglo-saxônica, para referir os PRM. Isto pode tornar ainda mais difícil a possibilidade de concretizar de maneira uniforme um conceito. Alguns exemplos são: drug-related problems (DRP), drug therapy problems (DTP), medicine-related problems (MRP), medication-related problems (MTP), pharmacotherapy failures, drug treatment failure e pharmacotherapy problem.

Entre os principais problemas originados pela existência desta diversidade de termos, utilizados para denominar os **“efeitos negativos produzidos pelos medicamentos”** que, além disso, não têm um significado comum, encontra-se a dificuldade, que vai existir, para conhecer a sua **incidência real** e para **comparar os resultados** obtidos

nos diferentes estudos.

Toda esta confusão que o termo PRM gerava tornou mais premente a necessidade de se utilizar termos biomédicos que, sendo comumente aceitos, trazem uma maior especificidade e não são refutáveis. Neste sentido, Fernández-Llimós e col^{30,37} propuseram a utilização de: **resultados clínicos negativos da medicação**.

O uso desta “nova terminologia” para designar os PRM foi posteriormente acordado por consenso num grupo de peritos (Terceiro Consenso de Granada sobre PRM e RNM) que, por fim, adotou o termo **resultados negativos associados ao uso dos medicamentos**; de forma abreviada, **resultados negativos associados à medicação (RNM)**⁸.

Os **RNM** são problemas de saúde, **alterações não desejadas no estado de saúde do paciente atribuíveis ao uso (ou desuso) dos medicamentos. Para medi-los, utiliza-se uma variável clínica (sintoma, sinal, evento clínico, medição metabólica ou fisiológica, morte), que não atinge os objetivos terapêuticos estabelecidos para o paciente**

Recorda-se a definição de PRM do Segundo Consenso de Granada (PRM: ...entendidos como resultados clínicos negativos...), nesta parte do texto, pode-se observar que o conceito de resultado clínico se mantém (prevalece), independentemente do termo empregado para o designar (PRM vs. RNM).

3.2.2. O termo PRM atualmente

Uma vez esclarecida a necessidade de utilizar termos de maior especificidade (RNM), que se prestem a menor confusão possível, é preciso começar a aplicá-los. Não obstante, este passo não é fácil de dar. Isto se deve fundamentalmente ao fato de o termo PRM se encontrar muito enraizado e difundido no âmbito profissional farmacêutico, como se pode deduzir pela quantidade de anos de trabalho na Espanha e em outros países do mundo.

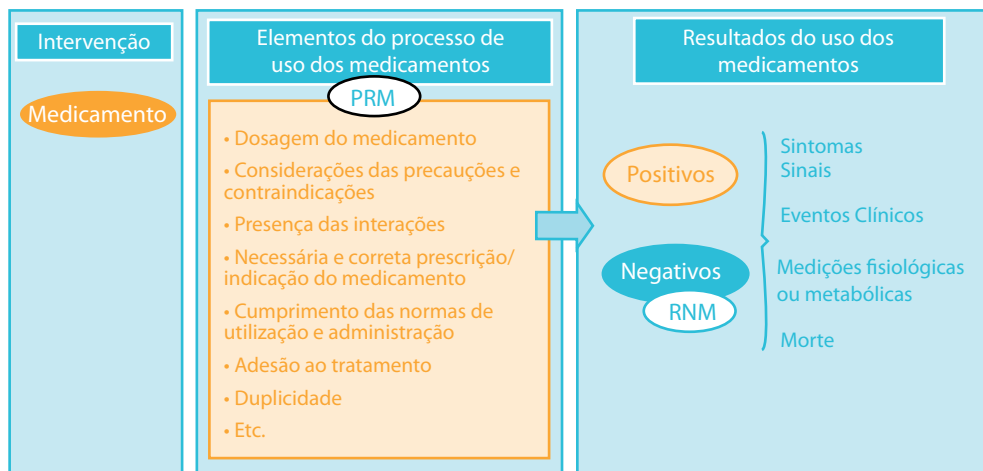
Apesar desta dificuldade, a **transição de um termo a outro torna-se cada vez mais indispensável**, já que, além de ser uma mudança apropriada, **o termo PRM deixou de ser equivalente a RNM e passa a ser utilizado para definir um novo conceito**.

Este novo conceito de PRM foi proposto desde o Foro de Atención Farmacéutica³⁸.

Esta instituição política e das ciências relacionadas com o mundo da Farmácia, consciente da importância de uma linguagem comum, assumiu o compromisso de

consensualizar um conjunto de definições, de modo a que todos os profissionais que estão relacionados, de qualquer forma, com a Atenção Farmacêutica, utilizem os mesmos termos com significado idêntico.

As distintas instituições e sociedades científicas que constituem o Foro são: o Ministerio de Sanidad y Consumo, o Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos,



as Sociedades Científicas de Atención Primaria (SEFAP), de Farmacia Comunitária (SEFaC), e de Farmacia Hospitalaria (SEFH), a Fundación Pharmaceutical Care España, o Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada e a Real Academia Nacional de Farmácia.

No que diz respeito ao termo PRM, o Foro propõe que passem a denominar-se PRM **“aquelas situações que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso dos medicamentos”**. Portanto, os PRM passam a ser todas as situações que colocam o usuário de medicamentos em maior risco de sofrer um RNM. **Neste momento, os PRM deixam de ser conceitualmente equivalentes aos RNM, ficando perfeitamente diferenciados.**

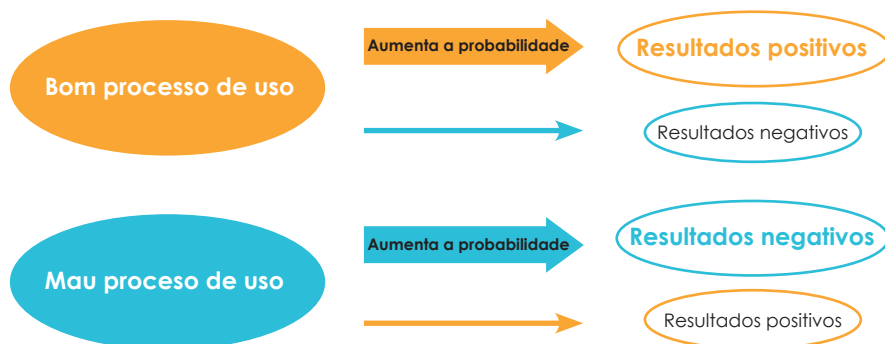
Além disto, o Foro propõe uma listagem, não exaustiva nem excludente, de PRM, que podem ser apontados como possíveis causas de um RNM:

- Administração errada do medicamento
- Características pessoais
- Conservação inadequada do medicamento

- Contraindicação
- Dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada
- Duplicidade
- Erros na dispensação
- Erros na prescrição
- Não adesão
- Interações
- Outros problemas de saúde que afetam o tratamento
- Probabilidade de efeitos adversos
- Problema de saúde insuficientemente tratado
- Outros

3.3. IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS NEGATIVOS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO

Considere o caso de um paciente hipertenso, corretamente diagnosticado, tratado com o fármaco que mais se adequa à sua situação clínica, que foi corretamente informado sobre o uso do medicamento e que apresenta uma adequada adesão



Relação entre processo de uso dos medicamentos e resultados negativos associados à medicação.

às instruções recebidas e ao esquema terapêutico prescrito. A pergunta é: todos estes fatos garantem que a pressão arterial do paciente esteja controlada durante as 24 horas do dia? Responder que sim seria arriscado, já que são numerosos os casos nos quais, por diversos motivos, não se atingem os resultados desejados.

É preciso entender que **garantir o processo de uso de um medicamento não assegura que se atinjam resultados positivos no paciente.**

Esta falta de correlação entre o processo de uso dos medicamentos e os resultados obtidos torna necessário que qualquer prática assistencial seja centrada, invariavelmente, nos resultados na saúde do paciente, que são os que verdadeiramente determinam o grau de benefício ou dano para o paciente.

Em todas as situações, é essencial assegurar ou garantir um correto processo de uso dos medicamentos, uma vez que, sem dúvida, isto aumenta notavelmente a probabilidade de sucesso no resultado.

Pelo seu elevado interesse e relevância, é necessário que os resultados em saúde devidos a qualquer atividade assistencial farmacêutica sejam devidamente avaliados e medidos. Só deste modo se poderá avaliar e demonstrar o benefício e a efetividade da intervenção do farmacêutico na saúde do paciente. Por vezes, a ausência de resultados ou a ausência de melhoria foi usada como argumento contra o benefício da intervenção do farmacêutico. Em investigação, não medir os resultados clínicos de uma intervenção ou tratamento é considerado uma debilidade, em qualquer estudo sobre uma prática assistencial.

O fato de se conferir tanta importância aos resultados da farmacoterapia não implica negligenciar a atenção ou não tentar solucionar as “incidências” que possam detectar-se no processo de uso dos medicamentos (PRM). De fato, estes problemas poderão ser identificados com maior facilidade e frequência do que os próprios resultados negativos, sobretudo durante processos assistenciais como o da dispensação, no qual há que assegurar que o paciente conhece o modo correto de uso e de administração dos medicamentos.

3.4. SUSPEITAS DE RESULTADOS NEGATIVOS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO

De acordo com a definição, SF⁸ é: “o serviço profissional que tem como objetivo a detecção de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM), para a prevenção e resolução de Resultados Negativos associados à Medicação (RNM). Este serviço implica compromisso que deve ser disponibilizado de modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o paciente e com os profissionais do sistema de saúde, com a finalidade de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente”.

A partir desta definição deduz-se que:

- O SF procura resolver **RNM manifestados no paciente**. Estes poderão ser detectados, pois existem variáveis clínicas que permitem confirmar a sua

presença.

- O SF também deve **prevenir o aparecimento ou a manifestação de RNM no paciente**. Estes RNM podem não ter aparecido, mas apresentam uma elevada probabilidade de se manifestar, ou então não existe a possibilidade de confirmar a sua presença, por não se dispor de uma variável clínica que permita avaliar o seu estado (existe o problema de saúde, mas não pode ser medido).

Nestes casos, embora não se possa confirmar a presença do RNM, será possível identificar a(s) situação(ões) de risco (PRM ou outras causas) que aumenta(m) a probabilidade do RNM aparecer ou se manifestar. Estes casos serão designados por **suspeitas de resultados negativos da medicação**.

Em suma, considera-se que existe uma “suspeita de RNM” quando se identifica uma situação na qual o paciente está em risco de sofrer um problema de saúde associado ao uso dos medicamentos, geralmente pela existência de um ou mais PRM, que podem ser considerados fatores de risco dos RNM.

Para entender este conceito, apresenta-se o seguinte exemplo: paciente com diabetes tipo 2, que não cumpre o seu tratamento antidiabético oral. Identifica-se um PRM (a não adesão ao tratamento), que corresponde à situação de risco que aumenta a probabilidade de que se manifeste o problema (RNM): aumento dos valores de glicemia e de hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c). Antes de se manifestar o RNM, a presença do PRM (não adesão) pode gerar o aparecimento de uma suspeita de RNM, sobre a qual o farmacêutico poderá intervir (ex.: promovendo a adesão) para evitar (prevenir) que o problema de saúde (aumento da glicemia) se manifeste.

3.5. CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS NEGATIVOS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO

A classificação dos resultados negativos da medicação é semelhante à estabelecida para os PRM no Segundo Consenso de Granada²⁶.

Para classificar os RNM, é necessário considerar as três premissas que a farmacoterapia utilizada pelos pacientes deve cumprir: ser necessária (deve existir um problema de saúde que justifique o seu uso), ser efetiva (deve atingir os objetivos terapêuticos planejados) e ser segura (não deve produzir nem agravar outros problemas de saúde). O medicamento que origina um RNM não cumpriu, pelo menos, uma destas premissas.

Assim sendo, o RNM (ou a suspeita de RNM, depende da situação) será classificado em função da (s) premissa (s) que “não foi cumprida”.

Em relação à classificação dos PRM do Segundo Consenso de Granada, a proposta de classificação para os resultados negativos associados à medicação apresenta as seguintes diferenças:

- Desaparece o termo PRM.
- Desaparecem os números que se associavam a cada tipo de PRM.
- No enunciado dos resultados negativos associados à medicação substitui-se “em consequência de” na versão original em espanhol e “resultante de”

Classificação dos Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) [8]	
NECESSIDADE	Problema de Saúde não tratado O paciente sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita. Efeito de medicamento não necessário O paciente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.
EFETIVIDADE	Inefetividade não quantitativa O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação. Inefetividade quantitativa O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.
SEGURANÇA	Insegurança não quantitativa O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento. Insegurança quantitativa O paciente tem um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento.

Por exemplo:

Paciente com HTA (único problema de saúde), que tem prescrito Enalapril 20 mg (1-0-0) e que não cumpre o tratamento (toma-o dia sim, dia não). Os seus valores médios de pressão arterial são 160/100. O RNM é a elevação da PA e seria classificado como uma inefetividade (é a premissa que o medicamento não cumpre) quantitativa (o paciente não toma a quantidade que lhe prescreveram).

4. Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico

O **Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico** é um procedimento operativo simples que permite realizar SF a qualquer paciente, em qualquer âmbito assistencial, de forma sistematizada, continuada e documentada. A sua aplicação permite registrar, monitorar e avaliar os efeitos da farmacoterapia utilizada por um paciente, através de procedimentos simples e claros.

O Método Dáder baseia-se em obter informação sobre os problemas de saúde e sobre a farmacoterapia do paciente para ir elaborando a história farmacoterapêutica. A partir da informação contida na história, elaboram-se os estados de situação do paciente, que permitem visualizar o "panorama" sobre a sua saúde e o seu tratamento em distintos momentos, assim como avaliar os resultados da farmacoterapia. Em consequência da avaliação e da análise dos estados de situação, é estabelecido um plano de atuação com o paciente, onde ficarão registradas todas as intervenções farmacêuticas que se considerem oportunas para melhorar ou preservar o seu estado de saúde.

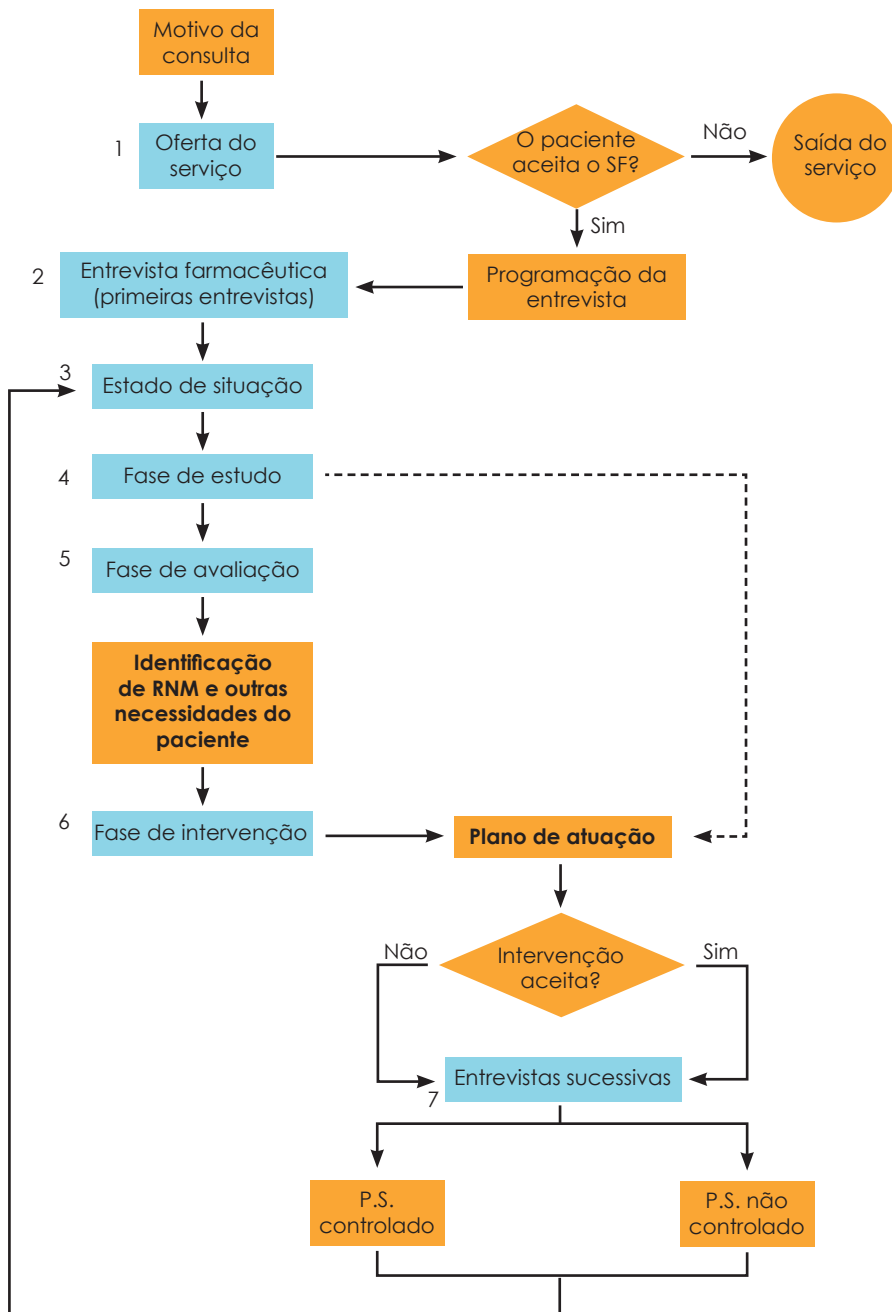
Apesar de o Método Dáder estabelecer normas básicas para a realização do SF, este método caracteriza-se por ser adaptável e por se ajustar às particularidades do local assistencial onde se pode realizar^{39,40}.

Por outro lado, o Método Dáder também se distingue por evoluir (melhorar) e adequar-se às necessidades de uma atividade clínica - o SF, que está em contínuo desenvolvimento. Isto quer dizer que o método tende a sofrer reformas ou inovações (atualizações) devidas à experiência adquirida com a prática do SF que, por sua vez, levam a contínuas revisões do método^{12, 41-43}, como por exemplo, a presente.

As modificações no método são, fundamentalmente, baseadas na experiência acumulada pelos farmacêuticos que o utilizam, nas investigações realizadas graças ao envio das intervenções farmacêuticas para o Programa Dáder e em outros raciocínios realizados em consequência do trabalho assistencial, docente e investigador de muitos profissionais.

A utilidade deste procedimento manifesta-se quando se percebe o elevado número de farmacêuticos, de diversos países do mundo, que o põem em prática⁴⁴⁻⁴⁷. Igualmente, destaca-se a sua capacidade de aplicação em distintos contextos assistenciais⁴⁸⁻⁵⁴.

Em suma, apresenta-se o seguinte esquema que resume as sete etapas do Método Dáder de SF:



4.1. OFERTA DO SERVIÇO

Em linhas gerais, a oferta do serviço consiste em **explicar, de forma clara e concisa, a prestação dos cuidados de saúde que o paciente vai receber**: o que é, o que pretende e quais são as suas características principais. Obviamente, que o seu propósito será **convidar e incluir o paciente no serviço de SF**.

O destinatário indiscutível da oferta do serviço é o paciente. Este é quem vai receber a assistência e, por isto, é quem deve tomar a decisão de aceitar ou não, o serviço que lhe foi oferecido.

Contudo, em certos contextos assistenciais, a oferta do serviço ao paciente inicia-se com a oferta do serviço a outros profissionais de saúde (geralmente médicos, responsáveis diretos pela saúde do paciente, no âmbito onde exercem), que decidirão previamente se é conveniente proporcionar-lhe este novo serviço de saúde. Isto ocorre em hospitais, em lares de idosos ou em centros de cuidados primários de saúde. É importante que, ao oferecer o serviço a estas pessoas, se apresente documentação de apoio, contendo informação essencial sobre o serviço que se pretende prestar.

Sem dúvida, que a farmácia comunitária é o contexto assistencial por excelência onde a oferta do serviço é realizada diretamente ao paciente. Neste âmbito, o farmacêutico é o profissional de saúde mais acessível e próximo do paciente, e não existe nenhum membro da equipe de saúde que possa interferir na aceitação do serviço.

Geralmente, o serviço de SF é oferecido quando se percebe alguma **necessidade do paciente relacionada com os seus medicamentos**. Algumas situações que podem refletir esta necessidade e dar lugar à oferta do serviço são:

- O paciente pergunta algo sobre um medicamento, um problema de saúde, um parâmetro bioquímico ou um relatório sobre a sua saúde.
- O farmacêutico recebe uma queixa sobre algum medicamento prescrito ou detecta algum PRM (ver subcapítulo 3.2.2) durante o processo de dispensação de medicamentos.
- O paciente manifesta alguma preocupação sobre algum dos seus medicamentos ou problemas de saúde.
- O farmacêutico observa algum parâmetro clínico diferente do valor esperado para o paciente.
- O paciente solicita o serviço de SF.

Não obstante, independentemente de que exista ou não algum motivo que induza a oferta do serviço, o SF poderá ser oferecido a qualquer paciente sempre que se considere que ele possa melhorar os resultados da sua farmacoterapia e/ou, em geral, que o paciente possa beneficiar-se deste serviço de saúde.

Como se deve oferecer o serviço?

Na oferta do serviço, as técnicas de comunicação adquirem especial importância. A assertividade e as expressões positivas ajudarão a despertar o interesse do paciente.

Ao efetuar a oferta do serviço não convém que esta se centre ou se apoie nos aspectos negativos que os medicamentos ou os problemas de saúde possam apresentar (pois o paciente algumas vezes pode já ter medo desses aspectos ou problemas e não é bom aumentá-lo). Também não é recomendado realizar ofertas triunfalistas sobre os benefícios do SF, pois podem criar falsas expectativas e originar desapontamento.

Existem determinados aspectos que têm de ficar claros na oferta do serviço:

- **O objetivo do SF é conseguir o máximo benefício dos medicamentos utilizados.** Utilizar frases do tipo “podemos **ajudá-lo** a obter o máximo benefício dos seus medicamentos” ou “vamos **tentar** melhorar os resultados dos seus medicamentos” podem servir para suscitar o interesse do paciente por este serviço.
- **O farmacêutico não vai substituir a função de nenhum outro profissional de saúde, mas sim trabalhar em equipe.** Deve-se deixar claro que não se pretende iniciar nem suspender nenhum tratamento, assim como, não serão alterados esquemas terapêuticos sem a decisão do médico. O médico será sempre contactado quando existir algum aspecto dos medicamentos que possa ser melhorado.
- **A corresponsabilidade e a colaboração entre o farmacêutico e o paciente são elementos fundamentais**⁵⁵. O paciente tem que saber que não se tomará nenhuma decisão sobre os seus medicamentos sem a sua participação e que, em qualquer caso, será sempre feito um acordo entre ambos, para tomar a decisão mais oportuna que permita resolver os problemas que possam surgir. Podem-se empregar expressões como “vamos trabalhar juntos para conseguir os objetivos a que nos propusemos”. Por outro lado, é necessário esclarecer o paciente que ele tem liberdade para abandonar o serviço quando assim desejar.
- **O serviço terá continuidade.** Deve ser explicado ao paciente que periodicamente será pedido que venha à farmácia, o que acontecerá em função das suas necessidades relacionadas com a sua farmacoterapia. Isto pode explicar-se, comentando que (em continuação da frase anterior):

“Isto pode demorar algum tempo, pelo que teremos de continuar a ver-nos”.

Ao concluir a oferta do serviço, é importante, para que a entrevista farmacêutica decorra satisfatoriamente, combinar com o paciente o seguinte:

- O **dia e a hora** em que vai ocorrer o primeiro encontro (primeira entrevista farmacêutica). Também, pode ser adequado indicar a duração aproximada da entrevista.
- Que traga a “**sacola de medicamentos**”. Quer dizer, que traga todos os medicamentos que tem em sua casa, quer os que utiliza atualmente, quer os que já não usa. Isto permite eliminar os medicamentos que o paciente já não utiliza e/ou não necessita.
- Que traga toda a **documentação clínica** disponível (recordar-lhe que não se esqueça da que for mais recente). Por exemplo, relatórios com diagnósticos, análises laboratoriais, medições feitas em casa. Toda esta informação objetiva sobre os problemas de saúde do paciente permite esclarecer e completar a informação obtida durante a entrevista pessoal.

Quem deve ser o primeiro paciente em SF?

Embora o SF permita trabalhar com qualquer paciente que utilize medicamentos, aconselha-se começar com pacientes cujos problemas de saúde possam ser tratados e monitorados na farmácia (ex.: pacientes com hipertensão, com diabetes, com dislipidemia).

Este tipo de paciente possibilita trabalhar com os recursos disponíveis na farmácia, como o esfigmomanômetro e aparelhos de medição do colesterol, da glicemia e outros. Deste modo, pode-se monitorar os dados clínicos do paciente que permitirão saber se os problemas de saúde estão controlados e avaliar a efetividade dos tratamentos. Isto confere uma grande autonomia no trabalho e permite ir ganhando confiança para futuros pacientes. Por outro lado, são pacientes que precisam de intervenções nos estilos de vida e em outras medidas higiênico-dietéticas. Isto favorece a intervenção educativa direta do farmacêutico e o trabalho conjunto com o paciente, que se prolongará inevitavelmente no tempo, por se tratar de problemas de saúde crônicos.

Outro aspecto importante a considerar para selecionar o primeiro paciente é que apresente alguma queixa ou preocupação. Esta necessidade do paciente pelo serviço faz com que tenha uma maior predisposição em colaborar.

Em geral, deve-se tentar evitar que os primeiros pacientes em SF apresentem as seguintes características:

- Utilizem muitos medicamentos (mais de 5 ou 6).
- Padeçam de doenças psiquiátricas.
- Apresentem dificuldades de comunicação.

Estes pacientes poderão ser abordados posteriormente, quando se dominar o processo.

Exercício 1. Escolhamos um paciente.

Para aprender a fazer SF, é preciso superar os receios e escolher o primeiro paciente. É importante que saibamos que o propósito para trabalhar com o primeiro paciente é aprender, e que provavelmente não conseguiremos ajudá-lo tanto quanto desejaríamos ou que poderemos fazer quando dominarmos o processo. Escolha um paciente que se adeque às metas estabelecidas e proponha-lhe o serviço de SF. Não se esqueça de marcar uma data para a primeira entrevista e diga-lhe para trazer a sacola com os medicamentos e os documentos de que disponha.

Boa sorte!

4.2. ENTREVISTA FARMACÊUTICA: PRIMEIRA ENTREVISTA

As entrevistas farmacêuticas com o paciente constituem a base do SF. O progresso e os resultados desta prática assistencial dependem, em boa medida, de como o farmacêutico e o paciente se comunicam entre si⁵⁶.

Nas entrevistas, o paciente revela a sua visão sobre os problemas de saúde de que sofre e o seu tratamento, aportando informação valiosa (informação subjetiva), que o farmacêutico vai recolher, compreender e interpretar⁵⁷. É importante ter presente e entender que as entrevistas com o paciente constituem a principal fonte de informação durante o SF.

Não obstante, em qualquer entrevista clínica⁵⁸, o **fluxo da informação é bidirecional** e, portanto, o farmacêutico não se limita a observar ou a tomar notas do que o paciente refere. A entrevista serve para recolher informação importante sobre o paciente ou para desencadear ações destinadas a melhorar ou a preservar o estado de saúde do paciente.

Embora os encontros com o paciente se repitam periodicamente durante este processo assistencial, o objetivo dos mesmos pode variar. Na primeira entrevista,

o objetivo consiste em obter a informação inicial do paciente e abrir a história farmacoterapêutica. Habitualmente, nesta primeira entrevista, o fluxo da informação é predominante do paciente para o farmacêutico.

Nas entrevistas posteriores (sucessivas) é incerto o que se vai realizar: obter informação que possa faltar sobre o paciente, efetuar educação para a saúde, propor um plano de trabalho ao paciente, iniciar uma intervenção concreta, obter informação sobre o desenrolar de uma intervenção, etc. Nestes encontros sucessivos, o farmacêutico, que já realizou a fase de estudo e que analisou o caso, poderá aconselhar, instruir e fornecer muita informação ao paciente.

Tal como ocorre com a oferta, dependendo do contexto onde se presta o serviço de SF, podem existir diferenças quanto à informação que se pode obter dos pacientes (diagnósticos médicos, medicação anterior, dados clínicos, exames médicos, etc.). Isto ocorre, por exemplo, em hospitais, lares de idosos ou centros de saúde, onde se pode ter acesso à história clínica do paciente. Consultá-la possibilita:

1. Conhecer os problemas de saúde e os medicamentos do paciente antes de entrevistá-lo, o que ajuda a focar os aspectos que serão abordados durante a entrevista.
2. Verificar e complementar a informação obtida na entrevista farmacêutica.

Em resumo, as entrevistas constituem um elemento imprescindível e fundamental para o desenvolvimento do SF. As entrevistas são realizadas tantas vezes quantas sejam necessárias, quer dizer, cada vez que se precise da interação comunicativa entre o farmacêutico e o paciente, seja pelo motivo que for.

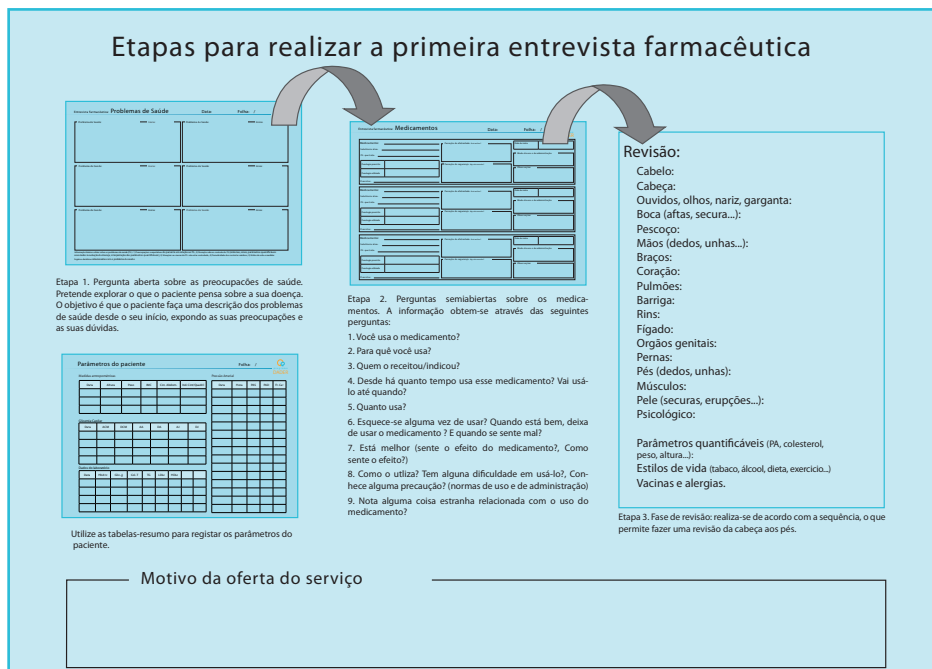
4.2.1. Estrutura e desenvolvimento da primeira entrevista farmacêutica

A finalidade essencial da primeira entrevista é obter a informação inicial sobre os problemas de saúde e os medicamentos do paciente, que permita iniciar a história farmacoterapêutica.

Por outro lado, a primeira entrevista poderá servir, por exemplo, para fornecer alguma informação de interesse para o paciente e, inclusive, para iniciar determinadas ações destinadas a resolver alguma situação indesejada para a sua saúde. Desta forma, o paciente sentirá que já está se beneficiando deste seu encontro com o farmacêutico. Não obstante, estas ações deverão realizar-se preferencialmente em encontros posteriores, após o caso ter sido estudado detalhadamente.

O Método Dáder de SF **estrutura ou divide a primeira entrevista em três partes:**

- A. Preocupações e problemas de saúde
- B. Medicamentos
- C. Revisão geral por sistemas



Esquema da primeira entrevista. Pasta da história farmacoterapêutica. Fonte: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidade de Granada

A. Preocupações e problemas de saúde.

Esta fase da entrevista consiste numa pergunta aberta que pretende indagar sobre as preocupações de saúde do paciente. Deve-se procurar que o paciente responda amplamente e que realize uma descrição o mais completa possível sobre os seus problemas de saúde desde o início, expondo as suas ideias e as suas dúvidas.

Para iniciar esta parte da entrevista, é conveniente começar com algum comentário que quebre o gelo e permita iniciar a conversa, uma vez que compete ao farmacêutico apresentar-se e estabelecer, de maneira clara, o propósito desta entrevista.

Por exemplo:

“Boa tarde, o meu nome é XXX e sou farmacêutico. Gostaria de falar um pouco com o(a) senhor (a) sobre os seus medicamentos. Mas antes, gostaria que falássemos

uns minutos sobre o que mais o preocupa em relação à sua saúde". Feito isto, o paciente deve iniciar a sua resposta.

Para cada problema de saúde referido pelo paciente, o ideal seria obter informação, considerada básica, que facilite a análise do caso e oriente a tomada de decisões. Neste sentido, é importante:

- Registrar e avaliar a **preocupação do paciente pelo problema de saúde**, as expectativas que tem e como convive diariamente com o problema. Tudo isto permite relativizar a importância que o paciente confere a cada problema de saúde, o qual pode ser determinante na fase posterior de intervenção, pois possibilita dar prioridade e orientar a atuação do farmacêutico.
- Conhecer o **início dos problemas de saúde**, já que isto permite estabelecer relações temporais com a administração dos medicamentos. Se for possível, deve-se tentar obter relatórios médicos que indiquem o diagnóstico concreto do problema de saúde e a sua data de início.
- Conhecer a **percepção do paciente sobre o controle de cada problema de saúde**. Para isto, há que perguntar-lhe sobre:
 - Os sintomas, sinais e medidas clínicas que ele relaciona com o controle do problema de saúde. Se há disponível alguma medição clínica (ex.: valor de colesterol total), seria conveniente que o paciente realizasse a interpretação dos dados.
 - Magnitude ou gravidade das manifestações clínicas quando o problema de saúde não está controlado.
 - Situações ou causas que associa ao descontrolo do problema de saúde.
 - Periodicidade dos controlos médicos.
- Perguntar sobre os **estilos de vida** (dieta, exercício, tabagismo, etc.) e **medidas higiênico-dietéticas** relacionadas com o problema de saúde e que integram o tratamento não farmacológico. É importante avaliar o conhecimento e o cumprimento que o paciente faz destas recomendações.

Habitualmente, a resposta do paciente a esta pergunta aberta não costuma centrar-se nos aspectos mencionados. Em geral, recomenda-se deixar que o paciente continue até finalizar a sua explicação e ir anotando a informação que tenha faltado obter para lhe perguntar posteriormente na fase da revisão. Outra opção é ir conduzindo a resposta e ir abordando paulatinamente os distintos aspectos dos problemas de saúde.

Para conduzir uma conversa com um paciente é preciso ter alguma experiência e ter a habilidade necessária, para que qualquer comentário que surja não constitua uma interrupção nem seja interpretado, pelo paciente, como um incômodo. Isto pode ocasionar dificuldades na comunicação.

Em outros casos, em que o paciente comece a falar de determinados assuntos que desviem e desorientem a entrevista, será imprescindível intervir para reconduzir a situação, evitando assim que a entrevista se prolongue em excesso e/ou seja ineficiente.

Quando se entrevistam pacientes que não sejam excessivamente comunicativos e/ou não ofereçam uma resposta satisfatória à pergunta aberta, dá-se continuidade à entrevista, passando à segunda parte:

B. Medicamentos.

Para iniciar esta segunda parte da entrevista, centrada na medicação, uma boa opção é retirar os medicamentos da sacola trazida pelo paciente, um a um, para obter a informação oportuna de forma individualizada. Segurar nas embalagens dos medicamentos e mostrá-las ao paciente, parece ser melhor do que utilizar apenas os nomes dos mesmos, pois muitas vezes, o paciente não relaciona os nomes com os medicamentos em si. As embalagens podem ser mais “familiares”.

Nesta parte da entrevista, pode-se aproveitar para **“limpar a sacola de medicamentos”** daqueles que o paciente atualmente não usa e/ou não necessita (ex. medicamentos fora do prazo de validade, duplicados, etc.).

Para cada medicamento, deve-se obter a **informação necessária** que permita identificar o **conhecimento e a adesão do paciente**, assim como a **efetividade e a segurança da farmacoterapia**. Para se conseguir esta informação sobre os medicamentos, propõem-se as seguintes perguntas para cada um deles:

1. **Toma/utiliza o medicamento?:** pretende saber se o paciente usa o medicamento atualmente e se o faz de forma regular.
2. **Para que o toma/utiliza?:** procura identificar se o paciente conhece o problema de saúde para o qual utiliza o medicamento.
3. **Quem o prescreveu/indicou?:** permite conhecer o destinatário de futuras intervenções.
4. **Desde quando utiliza o medicamento?:** pretende identificar a data de início da prescrição. Trata-se da data de início do medicamento novo ou, nos casos em que o medicamento já está em uso, a data em que ocorreu a última modificação de: concentração, dose, esquema terapêutico, forma farmacêutica, via de administração, etc. Nesta fase, também é conveniente perguntar **até quando deve usá-lo?**, e determinar se o paciente vai deixar

de tomar o medicamento em algum momento determinado ou se vai modificar alguns dos aspectos comentados anteriormente

5. **Quanto toma/utiliza?:** permite identificar a quantidade de medicamento que o paciente toma cada vez que o administra (dose), a frequência e a duração do tratamento, e a distribuição das administrações ao longo do dia. Para cada um destes aspectos, deverá ser obtida informação acerca do modo como foram prescritos pelo médico e do modo como o paciente o faz (posologia prescrita/posologia usada)
6. **Esquece alguma vez de usar? Quando está bem, deixa de usar?, E quando se sente mal?:** estas perguntas também permitem conhecer o cumprimento ou a adesão do paciente ao tratamento.
7. **Está melhor?, Sente o efeito do medicamento? (Como o nota?):** trata-se de indagar sobre o modo como o paciente percebe o efeito do medicamento. É conveniente que o paciente descreva a evolução dos sintomas, sinais e medições clínicas que associa ao efeito do medicamento.
8. **Como utiliza? Tem alguma dificuldade na administração do medicamento? Conhece a(s) precaução(ões) de utilização?:** este conjunto de perguntas permite conhecer o modo de uso e de administração do medicamento: conhecimento e cumprimento das recomendações das normas de uso e administração do medicamento, dificuldades com a via de administração ou forma farmacêutica e situações em que deve ter um cuidado especial com o medicamento.
9. **Nota algo de estranho relacionado com o medicamento?** trata-se de perceber se o paciente considera o medicamento seguro. Verificar se o paciente estabelece alguma relação (causal, temporal) entre os problemas de saúde de que padece e o uso do medicamento.

C. Revisão geral por sistemas:

A revisão geral consiste em realizar uma série de perguntas sobre o funcionamento ou estado do organismo, por aparelhos e sistemas, da cabeça aos pés.

Pode-se começar perguntando se toma algo para as dores de cabeça; se tem problemas de visão ou de audição; se sofre tonturas, etc. Além disto, servirá para registrar possíveis **alergias**, assim como o **peso e a altura**, se não foram anotados anteriormente.

Em linhas gerais, a fase de revisão foi pensada para:


- **Descobrir novos problemas de saúde e medicamentos** que não tenham sido mencionados anteriormente.
- **Obter informação** que o paciente não tenha fornecido anteriormente.

- **Verificar** a informação obtida nas seções anteriores.
- **Aprofundar** os aspectos que não tenham ficado claros.
- **Corrigir qualquer erro e esclarecer confusões** que o paciente possa apresentar.

Nesta parte da entrevista, é importante demonstrar ao paciente que se esteve atento a tudo o que referiu. Por exemplo: “o senhor me disse que sentia tonturas principalmente de manhã. Gostaria de saber, há quanto tempo começaram?” ou, “o senhor comentou que segue uma dieta adequada para a sua HTA. Poderia me dizer quais recomendações está seguindo?”.

As primeiras entrevistas a pacientes servem para que cada farmacêutico descubra e assuma o seu próprio perfil como entrevistador, e conheça quais são as suas atitudes e as suas limitações. Não se deve pretender fazer uma boa entrevista nem dominar a técnica com os primeiros pacientes e nem sequer num curto período de tempo. O trabalho e a experiência são os elementos fundamentais que permitem ao farmacêutico superar as dificuldades encontradas e adquirir a destreza e as habilidades necessárias para otimizar os futuros encontros com o paciente.

Existem **documentos destinados a registrar ordenadamente a informação da primeira entrevista**. Para a sua concepção, levou-se em consideração a estrutura descrita (pergunta aberta sobre os problemas de saúde, perguntas semiabertas sobre os medicamentos e a revisão geral). Estes documentos também poderão ser utilizados em outras fases do

Entrevista farmacêutica: Problemas de saúde		Data:	Folha: /
Problema de saúde: _____ Início: _____	Problema de saúde: _____ Início: _____		
Problema de saúde: _____ Início: _____	Problema de saúde: _____ Início: _____		
Problema de saúde: _____ Início: _____	Problema de saúde: _____ Início: _____		
<small>Informação básica a obter sobre os problemas de saúde (PS): 1) Preocupações e expectativas do paciente em relação ao PS; 2) Perceção sobre o controlo do PS (sintomas, sinais, parâmetros quantificáveis associados à evolução da doença, interpretação dos parâmetros quantificáveis); 3) Situações ou causas do PS, não estar controlado; 4) Periodicidade dos controlos médicos; 5) Estilos de vida e medidas higiénico-dietéticas relacionadas com o problema de saúde.</small>			

SF, quando requeridos, para adicionar informação à história farmacoterapêutica do paciente.

4.2.2. Aspectos da comunicação a considerar durante a entrevista farmacêutica

A entrevista farmacêutica tem que decorrer num ambiente descontraído, que favoreça a proximidade e a confiança no relacionamento farmacêutico-paciente. O lugar onde se realizará a entrevista deve ter privacidade, ser cômodo e estar arrumado.

A entrevista e o aconselhamento são atividades que requerem uma maior dedicação de esforço e de concentração, do que uma conversa informal, em especial se o farmacêutico é principiante.

Existem determinadas habilidades que o farmacêutico deve conhecer e desenvolver em prol de uma comunicação que seja efetiva. Por exemplo, usar uma linguagem adequada, escutar de forma ativa, atuar com empatia, usar e saber interpretar a linguagem não verbal, facilitar a expressão de sentimentos e promover a tomada de decisões em conjunto.

- A linguagem utilizada durante a entrevista tem de ser adequada, em cada caso, às necessidades do paciente, tentando evitar o uso de tecnicismos que possam dificultar a compreensão e a comunicação com o paciente. Se for necessário utilizá-los, antes de explicar o termo técnico, é preciso avaliar os conhecimentos do paciente e, após a explicação, tem que se assegurar que foi adequadamente compreendido⁵⁹.
- Ao escutar de forma ativa, o farmacêutico analisa eficazmente a informação que é proporcionada e é capaz de dar respostas mais rápidas e pensadas frente às questões que o paciente possa colocar.
- Os farmacêuticos e os pacientes comunicam as emoções e outra informação de forma não verbal. O contato visual, os gestos, o tom e a clareza da voz, etc., são formas de linguagem não verbal que podem influenciar notavelmente a comunicação e o farmacêutico tem de saber geri-las. Por outro lado, a linguagem não verbal oferece informação sobre as emoções do paciente, a preocupação com um problema de saúde, o grau de adesão a um tratamento, etc.
- Atuar com empatia, significa partilhar, perceber e identificar as ideias e o estado mental de um paciente, sem o farmacêutico ter essas ideias ou sem ter vivido as mesmas experiências. O profissional deve compreender e interiorizar a situação emocional do paciente; mais do que isso, tem de saber

transmitir-lhe e fazer-lhe ver que o compreende. Uma atitude empática por parte do farmacêutico favorece a comunicação e pode proporcionar apoio emocional e tranquilidade ao paciente.

- Neste mesmo sentido, o contato emocional facilita a comunicação. Expressar sentimentos de pesar face ao mal-estar do paciente, ou de alegria pelos seus progressos, sem exagero emocional, potencia a sensação de confiança e compreensão.
- Desde o início do relacionamento farmacêutico-paciente, deve fomentar-se a decisão partilhada. O modelo de decisão partilhada é o melhor, uma vez que adapta a evidência clínica, proporcionada pelo profissional de saúde, aos valores e prioridades de cada paciente, que obviamente são individuais e, em alguns casos, podem não ser coincidentes com as decisões dos profissionais⁶⁰.

Exercício 2. Começemos a trabalhar.

Siga as instruções estabelecidas para realizar a primeira entrevista ao paciente. Ao finalizar a entrevista reflita sobre os aspectos que poderia melhorar, assim como sobre a informação que lhe pode ter faltado obter. Isto é um bom exercício para aprender e para ser muito melhor da próxima vez.

4.3. ESTADO DE SITUAÇÃO

O estado de situação é um documento que mostra, resumidamente, a relação entre os problemas de saúde e os medicamentos do paciente, numa determinada data. Trata-se de uma ferramenta que permite analisar a “**fotografia do paciente**”, numa data concreta.

O estado de situação **elabora-se com a informação da história farmacoterapêutica do paciente**, que se organiza de forma estruturada num documento. Finalmente, obtém-se uma “esquematização” dos problemas de saúde e dos medicamentos do paciente, que permite dispor de uma “visão geral” sobre o estado de saúde do mesmo. Para organizar a informação obtida na primeira entrevista e continuar adequadamente o processo, recomenda-se que se elabore sempre o estado de situação do paciente.

Em geral, o estado de situação elabora-se com os seguintes fins:

- **Avaliar a farmacoterapia do paciente.**
- **Visualizar o panorama global do estado de saúde do paciente.**

ordenada, estruturada e com a maior probabilidade de êxito possível.

O estado de situação apresenta cinco partes distintas:

1. Parte superior. Contém a data do estado de situação, a identificação do paciente

O número que identifica cada paciente é composto por 18 dígitos:

- Dois dígitos representativos do país (ex.: Brasil, 55).
- Dois dígitos correspondentes a cada estado: 11- Rondônia, 12- Acre, 13- Amazonas, 14- Roraima, 15- Pará, 16- Amapá, 17- Tocantins, 21- Maranhão, 22- Piauí, 23- Ceará, 24 – Rio Grande do Norte, etc. Ver os códigos regionais em (http://www.daderweb.es/daderweb_gestion_codigodader_pais_edit.php?pais=55)
- Sete dígitos que correspondem ao número da Autorização de Funcionamento (AFE) de inscrição da farmácia na Anvisa (ex.: 0000000).
- Dois dígitos referentes ao farmacêutico que realiza SF, que se estabelecem segundo o critério de cada um (ex.: 01).
- Cinco dígitos finais que correspondem ao paciente (ex.: 00056).

Finalmente, a identificação deste paciente seria: 55/00/000000/01/00056

e outros dados demográficos e clínicos, como o sexo, a idade, o índice de massa corporal e as alergias

2. Corpo central do estado de situação. É composto por três blocos:

- **Problemas de saúde.** Aqui diferenciam-se quatro colunas: início do problema de saúde (data de aparecimento), nome do problema de saúde (marca-se com um asterisco quando corresponde a um diagnóstico médico e quando corresponde a uma explicação do paciente deve ser colocado entre "aspas"), controle do problema de saúde (indica-se: Sim, Não, Não se sabe) e preocupação (indica-se: P=pouco; R=regular; M=muito).
- **Medicamentos.** Este bloco também apresenta quatro colunas: data de início da prescrição (data de início do medicamento ou da última modificação realizada), nome dos princípios ativos do medicamento, esquema terapêutico prescrito pelo médico e o esquema terapêutico que o paciente utiliza.
- **Avaliação.** É composta por quatro colunas, três das quais permitem concluir a avaliação da farmacoterapia e que estão encabeçadas pelas letras

N (necessidade), E (efetividade) e S (segurança), e uma quarta onde se classificam os RNM detectados.

3. Quadro de observações. Inclui-se toda a informação da história farmacoterapêutica relevante para entender e analisar a situação do paciente, que não aparece no corpo do estado de situação. Pode-se incorporar informação sobre antecedentes do paciente, como operações ou medicação anterior, medicamentos de interesse que tenha utilizado mas que atualmente não utiliza, hábitos de vida que possam influenciar no controle dos problemas de saúde, notas importantes para a resolução do caso, etc.

4. Tabela de medições clínicas. Incorporam-se dados de análises laboratoriais, medições domiciliares ou outras determinações realizadas pelo farmacêutico, que permitam avaliar a necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos.

5. Tabela de RNM. Trata-se de uma tabela-resumo que permite elaborar a lista dos RNM detectados na data da avaliação do caso. Na tabela deve-se escrever o RNM detectado, o medicamento implicado, a classificação do RNM, a sua causa (PRM) e o parecer do farmacêutico sobre o aparecimento e o fundamento do RNM identificado. O preenchimento desta tabela pressupõe que não se perca informação da história farmacoterapêutica, na qual é necessário que fiquem registradas as reflexões e os pareceres realizados sobre a farmacoterapia do paciente.

RNM	Medicamento implicado	Classificação RNM	Causa (PRM)	Observações (parecer do farmacêutico)

Parte posterior do Estado de Situação. Fonte: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada

4.3.2. Normas e recomendações para elaborar o estado de situação.

- **O estado de situação do paciente corresponde a uma data determinada.** Isto significa que a informação utilizada para sua elaboração deve estar vinculada (relacionada) a datas anteriores ou, no máximo, à data do estado de situação. Por exemplo, se a data selecionada para o estado de situação é a mesma data da primeira entrevista, este será elaborado com a informação sobre todos os acontecimentos até esse dia, inclusive. Se tivesse faltado obter informação no dia da entrevista (ex.: posologia de um medicamento ou medições de pressão arterial realizadas dias antes) e se se conseguisse obter vários dias depois, essa informação continuaria a ser utilizada para o estado de situação com a data do dia da primeira entrevista, uma vez que, apesar de ser uma informação nova, corresponde a uma data anterior ao estado de situação. Pelo contrário, se a informação ou os dados do paciente são gerados depois da data da entrevista (ex: medidas de pressão arterial, modificações na posologia, análises laboratoriais, etc.), estes não serão incluídos no estado de situação com data da primeira entrevista. O aparecimento desta nova informação obriga a modificações no estado de situação (há que incorporar a informação no local correspondente, por exemplo, na tabela de parâmetros) e o aparecimento de uma **nova data** no estado de situação (correspondente à última modificação ou dado novo)
- **Cada medicamento será emparelhado com o problema de saúde que trata.** Em geral, o problema de saúde que se tem de emparelhar com cada medicamento surge da resposta adequada às perguntas: que problema de saúde o medicamento trata? ou qual é o objetivo do medicamento? ou que efeito se espera do medicamento?

Por vezes, é conveniente diferenciar as distintas complicações associadas a um problema de saúde, para que o emparelhamento se realize de forma mais adequada.

Por exemplo: paciente com hiperplasia benigna da próstata (HBP) em tratamento com tamsulosina. Para elaborar o estado de situação, o medicamento tamsulosina emparelha-se com o problema de saúde que está controlando: este medicamento é para os sintomas funcionais da HBP relacionados com dificuldades na micção, gotejamento, micção imperiosa e necessidade de urinar frequentemente. Ou seja, a tamsulosina não trata o problema de saúde HBP e, como tal, não deve emparelhar-se com ele; deve ser emparelhada com o problema de saúde "problemas de micção".

Para verificar se o emparelhamento está correto, pode-se questionar a efetividade do tratamento (que será realizada depois, na fase de avaliação): não é o mesmo formular a pergunta: A tamsulosina é efetiva para a HBP? do que a tamsulosina é efetiva para os problemas de micção? Apenas a segunda pergunta pode ser respondida com coerência.

Outro exemplo é a asma crônica. Este problema de saúde pode ter um tratamento de manutenção, cujo objetivo está relacionado com manter um fluxo expiratório adequado, controlar os sintomas da doença e evitar o aparecimento de episódios agudos. Ainda, pode incluir um tratamento específico para as crises agudas, que habitualmente é distinto daquele de manutenção e cujo objetivo está relacionado com a melhoria dos sintomas e sinais dos episódios agudos da doença. Nestes casos também é conveniente separar e distinguir as duas situações do mesmo problema de saúde (uma crônica e outra aguda), assim como, os tratamentos utilizados para cada uma delas, colocando-as em linhas separadas no estado de situação. Deste modo, pode-se avaliar a efetividade dos tratamentos que foram prescritos com objetivos distintos.

- No caso de um **medicamento que se utilize para mais de um problema de saúde**, este deverá aparecer emparelhado com todos os problemas de saúde para os quais se usa.
- Quando se preenche a coluna do **controle do problema de saúde**, determina-se que está controlado quando se atingem os objetivos terapêuticos previamente estabelecidos. Não se poderá determinar se o problema de saúde está controlado quando: não se conhecem os objetivos terapêuticos, não se dispõe da informação clínica necessária, os dados que se possuem não são confiáveis ou conclusivos, ou quando não passou o tempo suficiente para se poder avaliar o controle do problema de saúde.
- A **data de início do medicamento** é aquela em que se iniciou o medicamento, se este é novo, ou a data em que ocorreu alguma modificação quanto à sua potência, dose, posologia, isto, quando o princípio ativo continua a ser o mesmo.
- Podem existir **problemas de saúde para os quais o paciente não esteja utilizando medicamentos**, pelo que, a célula do medicamento, emparelhada com esse problema de saúde (na mesma linha), deve ficar vazia.
- No estado de situação não só devem figurar os **problemas de saúde** manifestados, como também os **não manifestados que apresentam uma alta probabilidade de ocorrer**. Por outro lado, estes problemas não manifestados

(riscos) podem estar sendo tratados com medicamentos. Por exemplo, um paciente idoso de 70 anos que toma um AINE de forma crônica. No estado de situação deve aparecer o risco de lesão gástrica provocado pelo uso crônico dos AINE em idosos. Por outro lado, este problema de saúde pode estar sendo tratado, por exemplo, com omeprazol (prevenção de riscos).

- Podem aparecer **medicamentos sem que exista um problema de saúde associado que justifique o seu uso**. Nestes casos, deve-se deixar a célula do problema de saúde em branco ou deve-se preenchê-la com o que o paciente comentar sobre a indicação do medicamento (isto aparecerá entre "aspas"). Esta situação será avaliada posteriormente na fase de avaliação.

Exercício 3. Visualizemos o estado de situação do paciente.

Com a informação obtida na primeira entrevista, construa o estado de situação do paciente. Quando finalizar, verifique se necessita de mais informação do paciente.

4.3. FASE DE ESTUDO

A fase de estudo é a etapa que permite obter informação objetiva sobre os problemas de saúde e os medicamentos do paciente. Trata-se de encontrar a melhor evidência científica disponível, a partir de uma pesquisa de informação, que será realizada com o maior rigor possível, nas fontes mais relevantes e **focada na situação clínica do paciente**.

Durante o SF necessita-se de informação clínica concreta e atualizada porque:

- Em muitas fases de qualquer prática clínica existem "lacunas" de conhecimento que devem ser identificadas e preenchidas.
- A informação clínica está em constante evolução e os avanços científicos devem ser incorporados à prática assistencial.
- A tomada de decisões tem de estar apoiada na evidência científica. Localizar e acessar a esta evidência científica (com informação atualizada e oportuna) está transformando-se, cada vez mais, numa habilidade crucial para os profissionais de saúde.

- A informação facilmente acessível e com evidência atualizada é um padrão de qualidade dos cuidados de saúde.
- O conhecimento assistencial (do farmacêutico) requer que ele esteja focado na perspectiva da farmacoterapia, e não nas ciências médicas básicas. A literatura predominante e acessível está destinada a outros profissionais assistenciais e não a farmacêuticos.

Em termos gerais, a fase de estudo tem de aportar informação necessária que permita:

- **Avaliar criticamente a necessidade, a efetividade e a segurança** dos medicamentos que o paciente utiliza numa determinada data.
- **Desenhar um plano de atuação com o paciente** e a equipe de saúde, que permita melhorar e/ou manter os resultados da farmacoterapia de forma prolongada no tempo.
- **Promover a tomada de decisões clínicas** baseada na evidência científica⁶³ durante todo o processo de SF.

<i>Necessita-se de informação sobre o quê?</i>	<i>Para que se necessita informação?</i>	
Problemas de saúde. Atuações com a equipe de saúde.	Para avaliar a farmacoterapia	Para atuar (tomar decisões adequadas, intervenções farmacêuticas baseadas na evidência científica, periodicidade da monitorização de efeitos dos medicamentos)
Tratamentos: farmacológicos e não farmacológicos.		

4.4.1. Fase de estudo dos problemas de saúde

Em seguida, descrevem-se os aspectos que, pela sua utilidade prática, têm de ser considerados ao realizar a fase de estudo dos problemas de saúde. O esquema proposto pretende servir de guia para tentar não esquecer informação que possa ser relevante para entender ou resolver o caso.

1. Definição e conceito do problema de saúde
2. Causas do problema de saúde
3. Controle do problema de saúde
4. Critérios de encaminhamento ao médico
5. Fatores que podem influenciar no controle do problema de saúde
6. Tratamento do problema de saúde
7. Atuações com a equipe de saúde
8. Educação para a saúde

Definição e conceito do problema de saúde. É importante conhecer, ainda que seja brevemente, em que consiste o problema de saúde e qual pode ser a sua implicação para a saúde global do paciente.

Os **livros de patologia clínica, fisiopatologia e medicina clínica** contêm conhecimentos básicos sobre os problemas de saúde.

Algumas doenças pouco comuns devem ser pesquisadas em fontes bibliográficas especializadas.

- **Causas do problema de saúde.** Das causas conhecidas, devem-se identificar aquelas que o paciente possa apresentar e determinar se necessitam ser tratadas farmacologicamente ou se fazem parte do tratamento não farmacológico. Além disto, é importante prevenir outras causas que possam aparecer e descontrolar o problema de saúde.
- **Controle do problema de saúde.** Procura-se informação sobre:
 - **Manifestações clínicas do problema de saúde:** sintomas, sinais e medidas fisiológicas ou metabólicas que determinam a evolução do problema de saúde.
 - **Objetivo terapêutico:** são os parâmetros populacionais reconhecidos cientificamente que estabelecem se a doença está controlada ou curada. Constitui a referência com a qual se vão comparar os dados clínicos obtidos no paciente.
 - **Magnitude do descontrole do problema de saúde:** trata-se de conhecer qual é a gravidade relativa da situação do paciente. Quer dizer, observando as variáveis clínicas medidas no paciente (desvio) tem-se que interpretar o quanto é grave a situação clínica do mesmo.
 - **Periodicidade da monitorização** das variáveis clínicas, para determinar se o problema de saúde está controlado.

As **Guias de Prática Clínica** proporcionam informação insubstituível para aplicar conhecimentos clínicos à prática assistencial, em relação ao controle do problema de saúde.

Os **Manuais de Terapêutica** disponibilizam informação geral sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento do problema de saúde.

Para os problemas de saúde pouco comuns, deve-se recorrer a fontes mais especializadas de **Evidência para os Cuidados de Saúde**.

- **Critérios de encaminhamento ao médico.** Deve-se determinar as situações que, pela sua gravidade e importância, requerem encaminhamento ao médico.

As **Guias de Prática Clínica** disponibilizam com clareza os critérios de encaminhamento para os diferentes níveis de cuidados médicos. No plano institucional, deve-se considerar os protocolos existentes acordados entre os profissionais de saúde.

- **Fatores que podem influenciar o controle do problema de saúde.** Tem que se perguntar sobre fatores ambientais, medicamentos, situações fisiológicas especiais (idade avançada, gravidez, etc.), situações clínicas (insuficiência renal, insuficiência hepática, etc.) e outros problemas de saúde do paciente, que podem modificar a evolução e o controle da doença. Também deverão ser consideradas todas as situações clínicas que têm de ser avaliadas como parte da gestão integral do problema de saúde.
- **Tratamento do problema de saúde.**
 - **Critérios para instaurar a farmacoterapia.** Isto é especialmente relevante nos problemas de saúde que ainda não são tratados farmacologicamente, uma vez que vai permitir determinar quando é necessário introduzir a farmacoterapia.
 - **Tratamentos com benefícios reconhecidos.** Procuram-se aquelas intervenções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) que, de acordo com a evidência científica, demonstraram ser benéficas no controle do problema de saúde.
 - ↳ **Hábitos de vida e outras medidas higiênico-dietéticas** que, além da farmacoterapia, integram a abordagem terapêutica do problema de saúde.

→ **Estratégias farmacológicas.** Não se trata de estudar todo o arsenal terapêutico para tratar o problema de saúde, mas sim de indagar sobre as estratégias farmacológicas que, segundo a evidência científica, apresentam um elevado valor terapêutico e que têm de ser preservadas, de acordo com a situação clínica do paciente. Isto é, **conhecer a terapia mais idônea (tratamento de eleição) em circunstâncias clínicas próximas à situação clínica do paciente.**

Os **Manuais de Terapêutica** são as fontes que dão um panorama geral sobre o tratamento (farmacológico e não farmacológico) do problema de saúde.

As Guias de Prática Clínica são fontes mais específicas para entender o tratamento e geralmente incluem algoritmos de decisão da instauração do tratamento em função do problema de saúde e da situação clínica do paciente.

Existem **livros especializados em farmacoterapia** que contêm informação focada na terapêutica farmacológica e são idôneos para estabelecer o "lugar na terapia" dos medicamentos em diversas doenças.

Os **protocolos** institucionais constituem um consenso entre os profissionais que tratam o paciente num contexto de saúde concreto, e oferecem orientações específicas para os tratamentos de eleição dos problemas de saúde.

Em tratamentos novos, pouco comuns ou de valor terapêutico questionável, deve-se recorrer a fontes mais especializadas pela seguinte ordem **(1) Evidência para os Cuidados de Saúde (2) revisões sistemáticas e (3) artigos originais.**

- **Educação para a saúde.** Não se pode esquecer de selecionar toda a informação que permita realizar ações educativas ao paciente. A educação para a saúde integrada no SF pretende que o paciente assuma uma responsabilidade maior em relação à sua própria saúde e que contribua para atingir os objetivos terapêuticos do uso dos medicamentos^{64,65}

Embora a Educação para a Saúde (EpS) para um problema de saúde concreto seja abordada nos **Guias de Prática Clínica**, deve-se encontrar estudos que avaliem os benefícios deste tipo de intervenção **(Evidência para os Cuidados de Saúde e Revisões Sistemáticas)**. A descrição detalhada das intervenções de EpS está em fontes de informação específicas de áreas, tais como a enfermagem, a psicologia, a pedagogia ou a saúde pública.

- Além dos aspectos mencionados até agora, em determinadas ocasiões será conveniente estudar determinados **aspectos da fisiopatologia** dos problemas de saúde, que possibilitem compreender a indicação e o efeito dos medicamentos que o paciente usa.
- **Atuações com a equipe de saúde.** Na medida do possível, deve-se encontrar informação útil que oriente o farmacêutico para realizar intervenções em saúde mais adequadas para a abordagem de uma situação clínica específica. Ao estudar um problema de saúde, encontra-se informação sobre a evolução, modos de gestão e algoritmos de atuação que a equipe de saúde utiliza para exercer as suas atividades assistenciais. O farmacêutico deve conhecer e compreender esta informação, deve integrar-se eficazmente à equipe de saúde, e desenhar conscientemente um plano de atuação com o paciente.

Os **Guias de Prática Clínica** descrevem a atuação da equipe de saúde nos diferentes níveis de cuidados médicos.

Existem os **processos assistenciais integrados** que são uma fonte específica de grande utilidade, pois descrevem detalhadamente o papel de cada profissional de saúde na gestão integral de um problema de saúde. Estes processos podem ser institucionais ou regionais. Por vezes, obedecem à harmonização de um ou vários **protocolos** previamente acordados entre clínicos.

4.4.2. Fase de estudo dos medicamentos

Para cada medicamento que o paciente utiliza, tem de se considerar as seguintes questões:

1. Indicação do medicamento
2. Ação farmacológica e mecanismo de ação e farmacocinética
3. Objetivo terapêutico do medicamento
4. Dose e posologia do medicamento
5. Normas de correto uso e administração
6. Efeitos indesejados
7. Aspectos que possam comprometer a efetividade e a segurança dos medicamentos
8. Interações farmacológicas
9. Efeito dos P.S. e outras situações do paciente sobre o medicamento
10. Educação para a saúde sobre o medicamento

- **Indicação do medicamento.** Justifica legalmente e juntamente com os critérios para iniciar a farmacoterapia, a necessidade de um medicamento.
- **Ação farmacológica, mecanismo de ação e farmacocinética.** Possibilita compreender como um determinado medicamento exerce a sua ação, ou porque se utiliza para um determinado problema de saúde. Isto pode facilitar enormemente o emparelhamento do medicamento com o problema de saúde que trata (objetivo do medicamento), no estado de situação. Por outro lado, pode-se conhecer como afeta uma determinada situação patológica, como pode originar um efeito indesejado, etc. Em certos casos, conhecer estes aspectos pode ser determinante para orientar a intervenção posterior.
- **Objetivo terapêutico do medicamento.** Deve-se identificar as variáveis clínicas (sintomas, sinais e/ou medições fisiológicas ou metabólicas) e o valor (ou estado) das mesmas, que permitam determinar se o medicamento é efetivo ou não. Isto pode coincidir, habitualmente, com os objetivos terapêuticos estudados anteriormente para conhecer o controle do problema de saúde. Além disto, deverá conhecer de quanto em quanto tempo se terá de avaliar a efetividade dos tratamentos, quer sejam de uso recente, quer quando se realizam ajustes (respeitando sempre o tempo que deve decorrer para ocorrerem os efeitos) e/ou em situações estáveis.

Quando for necessário, deve-se pesquisar informação proveniente da evidência científica sobre o efeito esperado do medicamento para aquela situação clínica do paciente: efeito benéfico, provavelmente benéfico, efetividade desconhecida, provavelmente não benéfico, provavelmente não efetivo ou prejudicial⁶⁶. Idealmente, deve-se tentar conhecer a magnitude do efeito esperado.

- **Dose e posologia do medicamento.** Quantidade de fármaco que se administra de uma vez, frequência e/ou duração do tratamento e esquema pelo qual ficam repartidas as administrações do medicamento por dia. Deve-se rever a margem terapêutica do fármaco, assim como os ajustes de dose que possam ser necessários de acordo com a situação clínica do paciente (ex. insuficiência renal, idade avançada). Isto será especialmente relevante em medicamentos com uma margem terapêutica estreita. Em qualquer caso, deve-se ter sempre presente que são os pacientes, e não os medicamentos, que têm dose. Por isto, cada paciente pode ter uma dose mínima efetiva e uma dose máxima segura, que podem diferir dos

intervalos de utilização descritos para tratar a doença. Deve-se prestar especial atenção às doses acima do recomendado no resumo das características do medicamento.

- **Normas de correto uso e administração.** É importante garantir que o paciente conhece e cumpre as normas.
- **Efeitos indesejados.** São aqueles problemas de saúde que podem ser causados e/ou agravados pelo medicamento. Convém rever a evidência que existe sobre a manifestação de um determinado efeito indesejado (probabilidade de que apareça), assim como a importância que pode ter (gravidade do problema). Em qualquer caso, é preciso saber quais são as variáveis clínicas (se existirem) que permitem monitorar os efeitos indesejados de cada medicamento. Também é conveniente rever parâmetros analíticos que podem estar alterados devido ao medicamento.
- **Aspectos que podem comprometer a efetividade e a segurança dos medicamentos.**
- **Interações farmacológicas** com outros medicamentos que o paciente utilize ou interações **alimento-medicamento**. Em relação às interações, é preciso conhecer qual é o efeito que vão originar, assim como a relevância clínica do mesmo. Deve-se obter informação objetiva (parâmetro clínico) que permita identificar o resultado da interação no paciente. Habitualmente, as interações originam um resultado não desejado para o paciente; não obstante, em determinadas situações, o efeito da interação pode ser benéfico, por exemplo, se favorecer o controle de algum sintoma ou alguma medição clínica.
- **Efeito dos problemas de saúde e outras situações do paciente sobre o medicamento.** Isto é, a influência dos problemas de saúde ou situações fisiológicas especiais do paciente (gravidez, amamentação, velhice, etc.) sobre o efeito do medicamento: **precauções e contra indicações**.
- **Educação para a saúde sobre o medicamento.** Tal como se comentou anteriormente para os problemas de saúde, é imprescindível que seja selecionada toda a informação considerada relevante para se disponibilizar ao paciente.

Fontes para encontrar a informação essencial sobre medicamentos:

Indicação	Resumo das características do medicamento (RCM)/Ficha técnica, catálogo de especialidades, Vade-mécuns
Ação farmacológica	Livros de farmacologia básica
Mecanismo de ação	Livros de farmacoterapia
Objetivo terapêutico do medicamento	Guias de prática clínica Livros de farmacoterapia Manuais de Terapêutica Vade-mécuns
Intervalo de utilização do medicamento (margem terapêutica)	RCM, catálogo de especialidades Livros de farmacoterapia Vade-mécuns
Dose e frequência do medicamento	Fontes específicas*
Normas de correto uso e administração	Catálogo de especialidades, folders/folhetos de informação Livros de farmacoterapia Vade-mécuns Fontes específicas*
Efeitos indesejados	RCM, catálogo de especialidades Livros de farmacologia básica Livros de farmacoterapia Vade-mécuns Fontes específicas*
Aspectos que podem comprometer a efetividade e a segurança dos medicamentos	RCM, catálogo de especialidades Livros de farmacologia básica Livros de farmacoterapia Guias de prática clínica Fontes específicas*
Efeito dos problemas de saúde e outras situações do paciente sobre o medicamento	Livros de farmacoterapia Livros de medicina clínica Guias de prática clínica Fontes específicas*
* Fontes específicas: livros, bases de dados, recursos web ou aplicações informáticas desenhadas para algum aspecto concreto da farmacoterapia.	
IMPORTANTE: Na fase de estudo de medicamentos novos ou de pertinência terapêutica, efetividade ou segurança questionável deve-se recorrer a fontes mais especializadas pela seguinte ordem (1) Evidência para os cuidados de saúde, (2) revisões sistemáticas e (3) artigos originais.	

4.4.3. Onde se pode encontrar informação para realizar SF?

Tipo de documento	Características	P.S.	Tto. Farm.	Tto. não Farm.	Atuações com a EqSad
Revisões sistemáticas da literatura científica	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizações de referência científica • Alto nível de evidência • Contêm informação básica e prática 	✓	✓	✓	✓
Evidência para os cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizações de referência clínica • Alto nível de evidência • Contêm informação básica e prática 	✓	✓	✓	✓
Guia de prática clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizações por consenso de peritos • Alto/médio nível de evidência • Contêm informação focada na prática clínica 	✓	✓	✓	✓
Artigos originais	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizações periódicas (revistas especializadas) • Todos os níveis de evidência • Contêm informação científica de toda índole 	✓	✓	✓	✓
Boletins	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizações periódicas (institucionais) • Todos os níveis de evidência • Contêm informação concreta em temas de interesse na área da saúde 	✓	✓	✓	✓
Vade-mécum	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizações periódicas (institucionais) • Todos os níveis de evidência • Contêm informação concreta sobre medicamentos 		✓		
Livros e compêndios	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizações pouco frequentes • Todos os níveis de evidência 	✓	✓	✓	✓
• Patologia Clínica ou fisiopatologia	• Contêm conhecimentos básicos sobre problemas de saúde	✓			
• Medicina clínica (interna, pediatria, etc.)	• Contêm informação básica sobre a interpretação clínica da fisiopatologia	✓	✓	✓	✓
• Manuais de terapêutica	• Contêm informação básica sobre a abordagem de um problema de saúde (diagnóstico, prognóstico e Tto)	✓	✓	✓	✓
• Farmacoterapia	• Contêm informação básica sobre o uso de medicamentos na prática clínica	✓	✓		
• Farmacologia	• Contêm conhecimentos básicos sobre medicamentos		✓		

Legenda: ✓ Tem informação relevante sobre este tema. ✓ Tem pouca informação sobre este tema.
P.S.: problema de saúde; Tto Farm.: tratamento farmacológico; Tto não Farm.: tratamento não farmacológico; EqSad: equipe de saúde.

Utilização de Informação baseada na evidência para o seguimento farmacoterapêutico. Fonte: Silva-Castro MM, Jiménez Pernet J, Tuneu L, Bermúdez-Tamayo C, García Gutiérrez JF, Colorado Díaz-Caneja G, Azpilicueta I. En: Seguimiento Farmacoterapêutico en pacientes hospitalarios. Método Dáder. Granada: Fundación Virgen de las Nieves; 2007.

Anexa, encontra-se uma listagem de recursos web provenientes de dois consensos de peritos, que recomendam páginas web confiáveis para apoiar a tomada de decisões clínicas e a pesquisa de informação para realizar seguimento.

Algumas recomendações para realizar a fase de estudo.

É muito importante que a fase de estudo **esteja centrada na pesquisa da informação necessária para a análise e resolução de cada caso**. Rever e aprofundar os aspectos gerais ou pouco relevantes sobre os problemas de saúde e os medicamentos do paciente (o que não quer dizer que não sejam interessantes) podem dispersar a fase de estudo, tornando-a muito extensa e pouco eficaz.

Para que a fase de estudo seja o mais eficiente possível, deverá estudar, **primeiro, o problema de saúde e, em seguida, os medicamentos relacionados com o mesmo**. E assim, sucessivamente.

O que pode acontecer após finalizar a fase de estudo?

- **Necessitar de mais informação sobre o paciente.** Trata-se de aspectos sobre os problemas de saúde e os medicamentos do paciente que não foram valorizados anteriormente, provavelmente por desconhecimento ou esquecimento. Pode ser necessário agendar uma consulta com o paciente.
- Necessitar de começar a monitorizar ou **solicitar medidas de determinadas variáveis clínicas** que permitam determinar se os problemas de saúde estão controlados e avaliar a efetividade ou a segurança da farmacoterapia.
- Necessitar de **realizar modificações no estado de situação do paciente**. Principalmente, no que diz respeito ao emparelhamento dos medicamentos com os problemas de saúde. Após a fase de estudo, será conhecido o efeito esperado dos medicamentos e, como tal, o problema de saúde que deverá controlar.

Exercício 4. Aprendamos com o caso.

Um dos grandes benefícios que vamos obter ao fazer SF é poder adquirir e consolidar uma grande quantidade de conhecimentos de enorme utilidade prática. Além disto, permite melhorar os nossos cuidados a todos os pacientes da farmácia.

O SF obriga a rever os problemas de saúde e os medicamentos para dar continuidade, para disponibilizar informação comprovada e para atuar com segurança.

Ao realizar várias fases de estudo sobre os problemas de saúde e os medicamentos do paciente, estas serão cada vez mais focadas no caso.

4.5. FASE DE AVALIAÇÃO

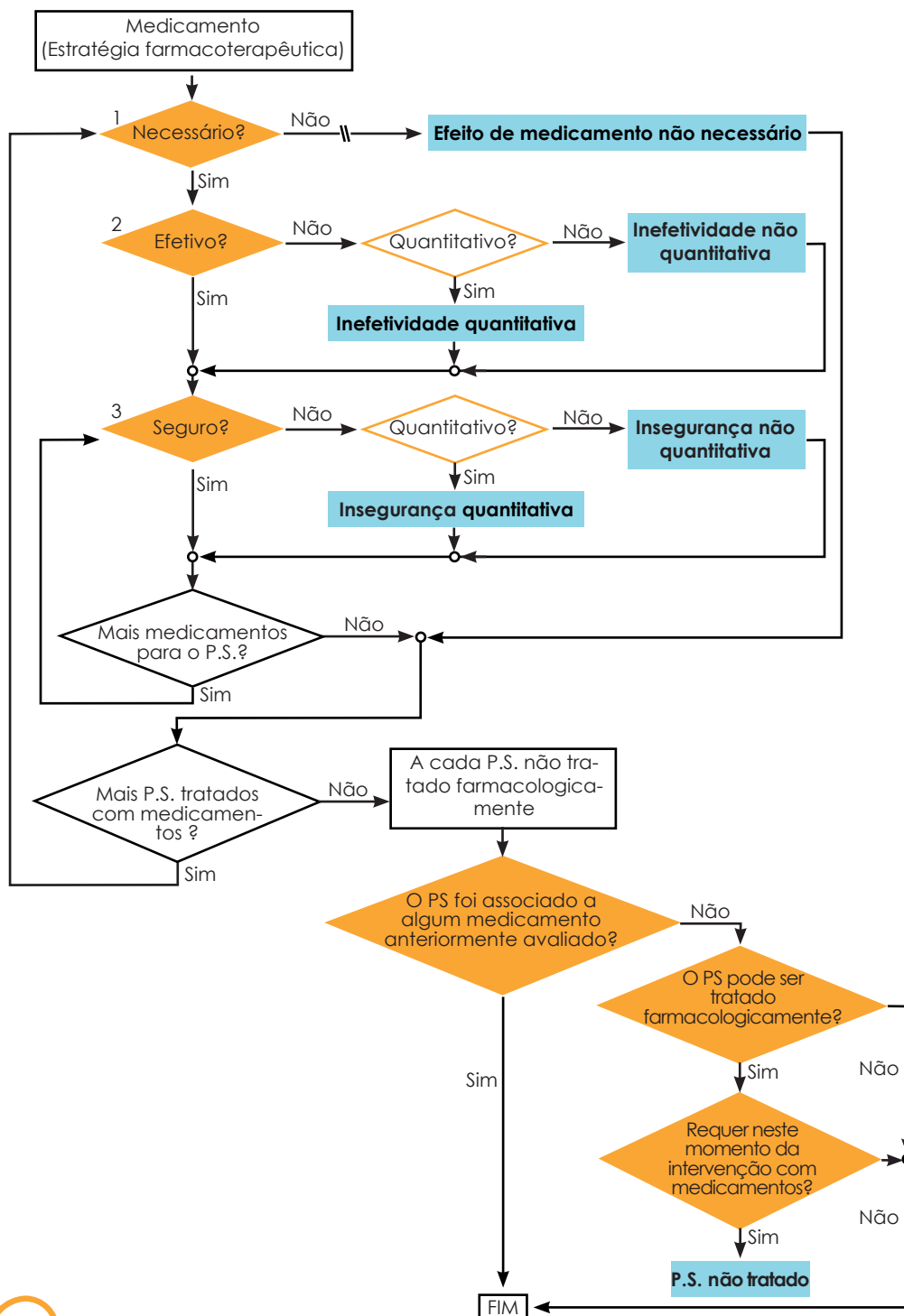
O **objetivo** da fase de avaliação é **identificar os resultados negativos associados à medicação** que o paciente apresenta (quer os manifestados, quer as suspeitas de RNM).

Antes de começar a fase de avaliação.

- Deve assegurar-se de que dispõe de toda a informação necessária (suficiente) para avaliar a farmacoterapia e determinar se é necessária, efetiva e segura.
- A fase de avaliação deve ser realizada sobre um estado de situação previamente elaborado. Não utilizar o estado de situação, aumenta a probabilidade de erros na identificação dos RNM.
- O estado de situação que se vai utilizar para avaliar a farmacoterapia deve incluir as modificações provenientes da fase de estudo, assim como a informação atualizada dos P.S. e medicamentos do paciente (caso se tenha produzido alguma mudança). Se o procedimento não for este, podem aparecer problemas na identificação dos RNM.

A identificação dos resultados negativos associados à medicação realiza-se através de um **processo sistemático de perguntas**, que foi modificado em relação ao proposto por Fernández-Llimós e col⁶⁷. Este processo **começa pela primeira linha do estado de situação que contenha células com medicamento** e o seu resultado será uma lista com os diferentes RNM detectados (sempre que surja algum), que serão classificados de acordo com o estipulado na classificação de RNM (ver subcapítulo 3.5).

O processo de identificação de RNM está esquematizado e detalhado em seguida:



1. A primeira premissa que a farmacoterapia tem de cumprir é que seja **necessária** para o paciente. É por isto que a primeira pergunta que se deve fazer é:
O (s) medicamento (s) é (são) necessário (s)?

É uma **pergunta dirigida a toda a farmacoterapia que trata um problema de saúde e pretende indagar acerca do possível dano que um medicamento desnecessário pode causar.**

Considera-se que um medicamento (s) é (são) necessário (s) quando o paciente apresenta (ou está em risco de sofrer) um problema de saúde que justifique o seu uso, sem que isto implique fazer um juízo sobre a idoneidade da prescrição.

Se a farmacoterapia for necessária (resposta afirmativa à pergunta), será feita a pergunta seguinte do processo de identificação dos RNM.

Caso contrário, se considerarmos o medicamento (s) desnecessário (s), teremos detectado um PRM e deveremos perguntar se está produzindo algum **RNM ou suspeita de RNM associado a esse(s) medicamento(s)**. Isto é, utilizar um medicamento (s) desnecessário (s) pode produzir um dano (resultado negativo manifestado) ou, no mínimo, constituir o risco de aparecer (suspeita de resultado negativo).

Neste caso, não se avaliará a efetividade, pois o medicamento não trata um problema de saúde que o paciente apresenta e, como tal, não se espera nenhum efeito terapêutico. Também não se avaliará a segurança, uma vez que o dano que esteja produzindo ou que possa produzir foi associado ao fato de o medicamento ser desnecessário.

Nos casos em que se considera o medicamento desnecessário, mas em que o efeito indesejado é dificilmente evidenciado (não existe uma manifestação clínica clara ou é difícil estabelecer com certeza que a sua presença é um risco), não será considerada a existência de um RNM, e sim, a identificação de um PRM: uso de um medicamento desnecessário para o paciente, que se tentará solucionar.

2. Após garantir que a farmacoterapia é necessária, deve-se questionar a sua efetividade: o (s) medicamento(s) está(ão) sendo efetivo (s)?

Entende-se que a melhoria de um problema de saúde deve-se à ação conjunta dos medicamentos que o estão tratando. É por isto que a **avaliação da efetividade também se faz para o conjunto de medicamentos que tratam o problema de saúde.**

Considera-se que um medicamento (s) é (são) efetivo (s) quando atinge (m) o objetivo terapêutico pretendido para a situação clínica concreta do paciente. Este objetivo, geralmente, coincide com o estudado (anteriormente) para o problema de saúde que o medicamento trata. Por exemplo, habitualmente um tratamento anti-hipertensivo está sendo efetivo, num paciente hipertenso com diabetes tipo 2, quando consegue-se manter os valores de pressão arterial inferiores a 130/80 mmHg, durante as 24 horas do dia (objetivo terapêutico nos pacientes hipertensos diabéticos). Nos tratamentos para a dor, o objetivo é conseguir o seu desaparecimento ou alívio, dependendo do tipo de dor (aguda ou crônica). Em relação à dor crônica, considera-se que o tratamento antiálgico é efetivo quando existe um alívio, mesmo que a dor não desapareça.

Não obstante, em determinadas circunstâncias, pode-se considerar um tratamento efetivo, mesmo quando não se atingem os objetivos terapêuticos para o problema de saúde que trata. São casos em que o controle do problema de saúde é difícil de atingir e o medicamento está conseguindo uma melhoria notável (ótima). Por exemplo, o caso de uma HTA resistente ao tratamento farmacológico, num paciente com diabetes tipo 2, que apresenta valores de PA superiores a 180/100 mmHg. Um determinado tratamento pode diminuir e estabilizar a PA para valores médios de 140/90 mmHg. Embora estes valores ainda estejam acima do objetivo terapêutico e, conseqüentemente, se possa considerar o problema de saúde não controlado, não há dúvida de que o efeito do tratamento anti-hipertensivo é assinalável. Em casos como este, tendo em vista os antecedentes do paciente e sendo “justos” com a farmacoterapia, considera-se que o medicamento está sendo efetivo.

Ao identificar um resultado negativo associado à inefetividade de algum medicamento(s), ainda se deve questionar se existe uma relação entre o RNM detectado e a quantidade de medicamento(s), que não está sendo efetiva. Isto permite determinar se a **inefetividade é quantitativa ou não quantitativa**.

3. Depois de avaliar a efetividade do (s) medicamento (s), **independentemente do resultado desta avaliação**, avança-se para a avaliação da segurança dos medicamentos.

A **avaliação da segurança dos medicamentos**, independentemente do resultado da avaliação da necessidade e da efetividade, **deve ser realizada para cada medicamento em separado**. Isto é, os medicamentos, embora tenham sido prescritos para atuar conjuntamente sobre o problema de saúde, apresentam um perfil de segurança distinto. Qualquer medicamento pode causar um problema de segurança distinto dos causados pelos outros.

Considera-se que um medicamento é inseguro quando produz ou agrava algum dos problemas de saúde (manifestado ou não) que aparecem no estado de situação.

Existe uma situação em que, embora o medicamento seja inseguro, não se classificará como resultado negativo. Isto acontece quando o efeito indesejado do medicamento (a insegurança) está sendo tratado com outro medicamento (s). Nestes casos, avalia-se a efetividade do medicamento (s) que trata(m) a insegurança, e se o problema de saúde (efeito indesejado) não está controlado, então o RNM será classificado como uma inefetividade do tratamento. Isto é assim por questões metodológicas e o objetivo é estabelecer um acordo e ter o mesmo critério para classificar os RNM.

Uma vez detectado o resultado negativo associado à insegurança de um medicamento, tem de se questionar, tal como se fez para a inefetividade, se existe uma relação entre a insegurança e a quantidade do medicamento envolvido. Com base nisto, diferencia-se a **insegurança quantitativa da não quantitativa**.

4. Até agora, avaliou-se apenas uma linha do estado de situação. Este processo repete-se tantas vezes quantas as linhas com problemas de saúde tratados com medicamentos.

Após a conclusão deste processo para todos os problemas de saúde tratados com medicamentos, pergunta-se: há algum problema de saúde que **não** esteja sendo tratado farmacologicamente e que **não** tenha sido relacionado com nenhum dos RNM identificados até o momento? Ou seja, além de não estarem sendo tratados farmacologicamente, estes problemas de saúde não devem ser considerados um resultado negativo de algum medicamento desnecessário, inefetivo ou inseguro.

Caso existam estes problemas de saúde, deve-se determinar se são suscetíveis de tratamento com medicamentos e, em caso afirmativo, deve-se avaliar se a instauração de farmacoterapia é necessária. Se a resposta for positiva, então teremos detectado um **RNM associado ao fato de o paciente não receber um tratamento farmacológico que necessita**.

Ao finalizar a identificação deste último tipo de RNM, conclui-se o processo de identificação sistemática de resultados negativos da medicação. Neste momento, haverá uma lista dos resultados negativos da medicação, numa determinada data.

Exercício 5. Dêmos sentença (Avaliemos o caso).

Chegou o momento de avaliar a farmacoterapia do paciente. Comece pela primeira linha do estado de situação e pergunte-se acerca da necessidade, efetividade e segurança do medicamento. Lembre-se que a necessidade e a efetividade avaliam a estratégia farmacológica completa e a segurança avalia cada medicamento em separado. Finalmente, elabore a lista de RNM do paciente e registre as suas avaliações.

4.6. FASE DE INTERVENÇÃO: PLANO DE ATUAÇÃO

O objetivo da fase de intervenção é conceber e levar a efeito o **plano de atuação com o paciente**.

O plano de atuação é um **programa de trabalho continuado** no tempo, desenhado em conjunto com o paciente, no qual ficam registradas as diferentes intervenções farmacêuticas que vão ser empreendidas para melhorar ou preservar o estado de saúde do paciente.

Uma **intervenção farmacêutica**⁶⁸ é "qualquer ação (atividade) que surge de uma tomada de decisão prévia e que pretende alterar qualquer característica do tratamento, do paciente que o faz ou das circunstâncias presentes que o envolvem". A sua finalidade será: **1) resolver ou prevenir os RNM, 2) preservar ou melhorar os resultados positivos alcançados** ou, simplesmente, **3) assessorar ou instruir o paciente** para ter mais e melhores cuidados, para o seguimento dos seus problemas de saúde e para melhorar o uso dos seus medicamentos.

4.6.1. Características e generalidades do plano de atuação

Conceber o plano de atuação e determinar as correspondentes intervenções farmacêuticas implica, necessariamente, **tomar decisões clínicas**. Isto quer dizer que o farmacêutico vai ter que escolher, entre alternativas distintas, as exequíveis para atingir os objetivos estabelecidos com o paciente. Para isto, será realizada uma avaliação sobre os benefícios, os riscos e a viabilidade de cada uma das opções disponíveis. Para a correta tomada de decisões é fundamental ter claro o objetivo que se persegue, reunir toda a informação relevante que possibilite conhecer, compreender e analisar o problema, assim como levar em conta a opinião e as preferências da pessoa afetada pela tomada de decisão, ou seja, o paciente.

A **participação dos pacientes** no desenho do plano de atuação é imprescindível, pois

são os principais responsáveis pela sua saúde e certamente gostarão de colaborar naquilo que for proposta. É fundamental explicar-lhes o que se pretende fazer, como se pretende conseguir e com que intenção se faz esta proposta, transformando-os em participantes de todas as decisões que tenham de ser tomadas. Sabe-se que o paciente avalia positivamente ter um papel ativo na tomada de decisões sobre a sua farmacoterapia e os seus problemas de saúde⁶⁹.

É por isto que o melhor modelo clínico para a tomada de decisões no SF (também em outras atividades assistenciais) é o **modelo de decisões partilhadas centrado no paciente**, em que tanto o farmacêutico quanto o paciente partilham informação e responsabilidades para escolher a melhor opção terapêutica.

Tuneu e col⁷⁰ propuseram o **modelo de decisão partilhada para o SF**, seguindo os requisitos de trabalho mútuo com o paciente:

1. Criar uma atmosfera de intimidade no momento de acordar as decisões, fomentar a escuta ativa e a comunicação não verbal que induzam a um ambiente de confidencialidade⁷¹.
2. Investigar se o paciente deseja envolver-se nas decisões clínicas, conhecer que tipo de informação deseja e como quer que esta seja explicada, com perguntas indiretas do tipo: *quer que interprete as análises que me trouxe?, ou diretamente: o que prefere ou como se sente melhor, participando em cada uma das decisões que devem ser tomadas ou continuar só com as minhas recomendações? Quer que explique qual é o objetivo dos medicamentos que está tomando?*
3. Identificar claramente qual é a decisão a tomar. Por exemplo: *quer continuar com este tratamento apesar dos efeitos indesejados ou prefere procurar outra alternativa terapêutica?*
4. Conversar com o paciente sobre os seus medos, prioridades e expectativas. Como por exemplo: *o que é que o preocupa mais ao tomar esta decisão?*
5. Expor todas as opções terapêuticas com os “prós” e os “contras”; a informação deve ser transmitida de maneira acessível, sem linguagem técnica, explicando com desenhos ou com gráficos conceitos que possam ser importantes⁷². É importante obter retorno da informação que prestou, saber se explicou bem e o que é que o paciente compreendeu. É necessário proporcionar ao paciente outras fontes de informação ou recursos através de associações de pacientes ou de páginas web que possam ser úteis⁷³. Deve facultar-se informação por escrito ou facilitar, se estiverem disponíveis, meios audiovisuais.

6. É importante partilhar com o paciente recomendações pessoais, ou seja, explicar ao paciente *qual seria a nossa opção se estivéssemos na sua situação*.
7. Negociar a melhor decisão com o paciente e, se esta não for urgente, vale a pena deixar que cada um “dê” a sua opinião e posteriormente voltar a se reunir para discutir novamente a decisão que vai ser tomada.
8. Uma vez tomada a decisão, seja qual for, deve-se apoiar o paciente para que se sinta acompanhado na decisão tomada.

Além de intervir com o paciente, na fase de intervenção será preciso entrar em **contato com outros profissionais de saúde** que também podem estar atendendo o paciente. Isto acontece, por exemplo, cada vez que a intervenção farmacêutica pretende alterar alguma característica do tratamento e que necessita de avaliação de um médico. Finalmente, é ele quem irá decidir acerca da idoneidade da mudança que se propõe. Em outros casos, a intervenção farmacêutica pode requerer a comunicação com outros profissionais de saúde que abordem aspectos específicos do tratamento do paciente. Por exemplo, o caso do pessoal de enfermagem que trabalha com os pacientes nos centros de cuidados primários e desenvolve uma importante atividade educativa, entre outras, ou o caso dos profissionais da nutrição que efetuam uma orientação nutricional ao paciente.

Quando o SF se realiza em contextos onde se trabalha diretamente com o médico ou com outros profissionais de saúde (ex. enfermeiros, cuidadores), o plano de atuação deverá ser elaborado tendo em vista a sua participação na tomada das decisões clínicas.

4.6.2. Etapas para desenhar o plano de atuação

O desenho do plano de atuação inclui os seguintes passos:

1. Definir objetivos
2. Hierarquizar por prioridade os objetivos
3. Determinar as intervenções farmacêuticas
4. Planificar as intervenções farmacêuticas

4.6.2.1 Definir objetivos

O primeiro passo para desenhar o plano de atuação é definir quais são os objetivos a atingir com o paciente. Trata-se de estabelecer **metas exequíveis**, que permitam melhorar e/ou manter o estado de saúde do paciente.

Durante o SF, uma parte dos objetivos decorre dos RNM detectados, que se tentarão prevenir ou resolver. Não obstante, a atuação do farmacêutico e os objetivos propostos não devem limitar-se ou centrar-se unicamente na resolução ou na prevenção dos RNM. Também se devem projetar objetivos que mantenham ou preservem os resultados positivos já alcançados.

Neste sentido, é importante que o farmacêutico considere e vá ao encontro de qualquer necessidade que perceba no paciente, no que diz respeito aos seus medicamentos e que se relacione com o apoio no tratamento básico dos distintos problemas de saúde, independentemente de existirem RNM (participação na abordagem terapêutica integral).

Envolver-se no tratamento integral dos problemas de saúde favorece a determinação de novas metas (objetivos), que pretendem:

- Otimizar ao máximo a assistência que o paciente recebe.
- Melhorar o cuidado e o controle dos problemas de saúde.
- Melhorar o benefício que se possa obter da farmacoterapia.

Alguns exemplos podem ser: melhorar o controle das doenças crônicas através do ensino da automedicação domiciliar dos parâmetros clínicos, promover estilos de vida saudáveis, prevenir o aparecimento de fatores de risco, recordar o paciente quando tem que ir ao médico para realizar os controles periódicos dos seus problemas de saúde, etc.

Trabalhar e definir objetivos para manter os resultados positivos é especialmente relevante quando já se resolveram os RNM ou simplesmente quando não se detectaram RNM. Em outras palavras: *o que se faz com os pacientes que não têm RNM?* É óbvio que, nestes casos, o SF não termina; pelo contrário, deve-se garantir que os objetivos terapêuticos alcançados se mantenham.

4.6.2.2. Hierarquizar as prioridades

Uma vez definidos os diferentes objetivos, estes deverão ser hierarquizados. Para isto, deve-se levar em conta a **relevância clínica dos problemas de saúde** (gravidade objetiva dos problemas de saúde), assim como as preferências dos pacientes (gravidade subjetiva).

Os problemas de saúde podem ter uma relevância clínica distinta uns dos outros. A relevância clínica é determinada pela gravidade ou importância do problema no

estado de saúde do paciente e passa a ser conhecida, pelo farmacêutico, após realizar a fase de estudo.

Não obstante, para poder hierarquizar os objetivos e as intervenções, um aspecto tão importante como o anterior é a preocupação e as preferências do paciente, que é quem vai se beneficiar, ou não, da intervenção. Geralmente, o paciente toma as suas decisões e define as suas prioridades em função do benefício que estas lhe proporcionam, bem como o esforço que tem de fazer para atingir cada objetivo. Por isto, é importante entender a preocupação e as expectativas do paciente em relação aos seus problemas de saúde durante as entrevistas efetuadas.

Dessa forma, para poder hierarquizar os objetivos, assim como as respectivas intervenções, será preciso estabelecer um acordo com o paciente, no qual se deve integrar a visão do farmacêutico (gravidade objetiva) com a do paciente (gravidade subjetiva) e assim criar uma visão realista dos problemas de saúde e da farmacoterapia.

Este acordo com o paciente consiste numa "negociação" na qual ele será informado sobre os desvios encontrados e o que estes representam para a sua saúde, expondo-lhe a opinião profissional e oferecendo-lhe uma estratégia coerente que possibilite a resolução do problema. É importante que o paciente entenda e assimile toda a informação, que manifeste todas as suas inquietudes e que disponha do tempo necessário para se convencer da estratégia a seguir. Finalmente, o paciente decidirá e escolherá a opção que considere mais favorável. Em qualquer caso, contará sempre com o apoio do farmacêutico.

É preciso destacar que intervir, considerando as preferências do paciente, pode contribuir para aumentar a confiança e o interesse do mesmo pelo trabalho do farmacêutico. No futuro, isto pode ser aproveitado quando o farmacêutico pretender desenvolver outras intervenções que considere essenciais.

Outro aspecto a considerar na intervenção, além da relevância clínica ou das preferências do paciente, é o fato de as diferentes escolhas poderem ser comprometedoras ou então arriscadas, principalmente quando não se tem experiência suficiente. Em certos casos, escolher a opção menos comprometedora e ir ganhando confiança pouco a pouco é um bom critério para priorizar/hierarquizar os objetivos.

4.6.2.3. Determinar as intervenções farmacêuticas

Uma vez que se tenham esclarecido e hierarquizado os objetivos, há que determinar o modo de intervir para os atingir.

Em geral, para eleger ou selecionar o tipo de intervenção mais adequada para atingir um objetivo, a melhor forma é ter em consideração quais as intervenções que, de acordo com a evidência científica, demonstraram ser efetivas no controle dos distintos problemas de saúde. Deste modo, tenta-se adaptar às circunstâncias particulares do caso.

Para atingir um objetivo, podem-se empreender tantas intervenções quantas forem necessárias; o efeito sinérgico de várias intervenções pode favorecer o sucesso dos propósitos planejados. Assim sendo, as intervenções empreendidas podem contribuir para o sucesso de vários objetivos, rentabilizando ao máximo o efeito das mesmas.

Em geral, além do que se possa ter estudado sobre evidências científicas a respeito de intervenções efetivas em saúde, o senso comum e a experiência adquirida (prática clínica do farmacêutico) são elementos-chave a fomentar para que as decisões a tomar sejam as mais adequadas e determinem maiores probabilidades de êxito.

Sabater y col⁶⁸ definem **10 tipos de intervenções** que um farmacêutico, em exercício com pacientes reais, **pode realizar para tentar resolver ou prevenir os RNM:**

Categoria	Intervenção	Definição
Intervir na quantidade de medicamentos	Alterar a dose	Ajuste da quantidade de fármaco que se administra de uma vez.
	Alterar a posologia	Alteração na frequência e/ou duração do tratamento.
	Alterar a frequência da administração (redistribuição da quantidade)	Alteração do esquema pelo qual ficam repartidas as administrações do medicamento ao longo do dia.
Intervir na estratégia farmacológica	Adicionar medicamento(s)	Incorporação de um novo medicamento aos que o paciente já usa (não substituição)
	Retirar medicamento(s)	Exclusão da administração de um determinado(s) medicamento(s) dos que o paciente utiliza.
	Substituir medicamento(s)	Substituição de algum medicamento dos que o paciente utilizava por outros de composição, forma farmacêutica ou via de administração diferente.
Intervir na educação ao paciente	Educar sobre o uso do medicamento (diminuir a não adesão involuntária)	Educação por meio das instruções e precauções para a correta utilização e administração do medicamento
	Alterar atitudes em relação ao tratamento (diminuir a não adesão voluntária)	Reforço da importância da adesão do paciente ao seu tratamento.
	Educar em medidas não farmacológicas	Educação do paciente em todas as medidas higiênico-dietéticas que favoreçam o cumprimento dos objetivos terapêuticos.

Não está claro: Não se estabelece com clareza qual é a ação que se deveria realizar. Encaminha-se ao médico para que este avalie a situação do paciente e efetue a ação mais adequada.

Tipos de intervenções farmacêuticas em seguimento farmacoterapêutico. Fonte: Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus MJ. Seguimiento Farmacoterapêutico 2005; 3 (2): 90-97.

Como comentado anteriormente, na fase de intervenção, além de se intervir para resolver os RNM, deve-se **efetuar uma série de intervenções destinadas a preservar ou melhorar os resultados positivos atingidos**. Ou seja, embora a farmacoterapia seja necessária, efetiva e segura, empreendem-se ações específicas que permitam manter os resultados positivos ao longo do tempo.

Estas intervenções têm um valor reconhecido (de acordo com a evidência clínica), cujos benefícios prováveis na saúde do paciente (geralmente documentados), tornam oportuno efetuar-las.

Algumas destas intervenções situam-se na área da prevenção da doença⁷⁴ e ultrapassam as intervenções destinadas a prevenir os RNM, pois podem não estar relacionadas diretamente com o medicamento, mas à gestão integral do problema de saúde. Alguns exemplos descritos por farmacêuticos são:

- Intervenção na dieta e exercício em pacientes com a diabetes controlada com medicamentos seguros.
- Reforço educativo permanente da técnica de inalação em pacientes com a asma controlada com medicamentos.
- Intervenção para controlar os fatores desencadeantes (alergias) em pacientes asmáticos em períodos assintomáticos.
- Educação alimentar em pacientes controlados e tratados com anticoagulantes orais.

Com a **Educação para a Saúde (Eps)** pretende-se que o paciente assuma uma maior responsabilidade em relação à sua própria saúde e, deste modo, que contribua para atingir os objetivos terapêuticos. Procura-se fomentar a capacitação das pessoas, potenciar os seus recursos e a sua autonomia oferecendo-lhes a possibilidade de participar na tomada de decisões acerca da sua saúde e de adquirir um maior controle sobre as ações que afetam a sua saúde (o paciente não deve limitar-se a assimilar conhecimentos, deve consolidá-los e colocá-los em prática).

Quando se realizam **intervenções farmacêuticas em que é necessário comunicar-se com outros profissionais de saúde**, recomenda-se utilizar **relatórios por escrito**. Os fundamentos são os seguintes:

- Cumprir as expectativas de relação e comunicação entre os profissionais de saúde.
- Evitar qualquer confusão que se possa produzir quando é o paciente que transmite oralmente a informação ao médico.

Quando se redigem relatórios ao médico, recomenda-se a seguinte estrutura em partes⁷⁵:

- **Apresentação do paciente:** identifica-se o paciente, os medicamentos envolvidos na intervenção, assim como o problema de saúde que está sendo tratado.
- **Motivo do encaminhamento:** expõe-se o RNM identificado e as manifestações clínicas em que se fundamenta a suspeita (sintomas, sinais, medições clínicas). Evita-se emitir juízos sobre diagnósticos ou prognósticos em relação à informação enviada.
- **Parecer farmacêutico:** apresenta-se a relação entre o problema referido e os medicamentos do paciente, comentando as possíveis causas (PRM) envolvidas no aparecimento do RNM. Pode-se opinar sobre a alternativa farmacoterapêutica mais adequada para o paciente (apenas nos casos em que se considere apropriado; evitar fazê-lo nos primeiros contatos com o médico, até que se construa uma relação mais próxima).
- **Despedida:** outorga-se ao médico toda a autoridade para avaliar o risco-benefício da intervenção e coloca-se à disposição para colaborar na equipe em prol da saúde do paciente.

Tirar três cópias de cada relatório: uma para o médico, outra para o paciente e a última para o farmacêutico.


4.6.2.4. Planejamento das intervenções farmacêuticas

Para finalizar a estratégia de intervenção é preciso determinar como serão introduzidas as distintas intervenções ao longo do tempo. Às vezes, é necessário que as intervenções sejam realizadas gradualmente; outras vezes, por exemplo, diante de uma situação grave, é possível iniciar várias ações simultaneamente. Em geral, é conveniente que, para cada intervenção que se pretenda realizar, se estabeleça e acerte, ainda que seja aproximadamente:

- Data de início da intervenção farmacêutica (IF).
- Datas de revisão da intervenção. Para observar as alterações produzidas, em resposta à intervenção (por parte do paciente e/ou do médico), e para verificar se estas se mantêm ao longo do tempo.
- Data de avaliação do resultado da intervenção. Para isto, terá que ter passado o tempo necessário.

Uma vez realizada a programação das intervenções destinadas a atingir cada objetivo, finalizou-se o desenho do plano de atuação com o paciente. Os objetivos e as intervenções destinadas a atingi-los, são registrados na **folha do plano de atuação**.

Este documento inclui duas tabelas. A primeira permite enumerar e descrever os objetivos planejados com o paciente, ficando indicada a sua prioridade (alta, média ou baixa), a data em que foram planejados e, quando possível, a sua realização. A segunda tabela permite descrever e planificar, de forma geral, as intervenções farmacêuticas empreendidas para atingir os distintos objetivos planejados. Igualmente, deve-se anotar as datas em que estas intervenções foram realizadas e revistas (datas de início, controle e resultado). A informação proveniente das mesmas será recolhida durante as entrevistas sucessivas com o paciente e será anotada, utilizando as folhas de entrevistas sucessivas (ver mais à frente, seção 4.7.1).

Plano de atuação					
				Data:	Folha: /
					
Nº	Objetivos (descrição)	Data (planejada)	Prioridade	Alcançado	Data
1				<input type="checkbox"/>	
2				<input type="checkbox"/>	
3				<input type="checkbox"/>	
4				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
Intervenções farmacêuticas					
Descrição e planejamento			Objetivo relacionado (Nº)	Data: início, controle e resultado	

Plano de atuação. Fonte: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada.

4.7. ENTREVISTAS FARMACÊUTICAS SUCESSIVAS (RESULTADO DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA)

As entrevistas farmacêuticas após a fase de intervenção fecham o processo de seguimento do paciente, tornando-o cíclico. A partir daqui, o SF ao paciente só termina quando este ou o farmacêutico decidirem abandoná-lo.

Após desenhar o plano de atuação com o paciente e ter iniciado as primeiras intervenções, é importante acompanhá-las. Neste sentido, as entrevistas sucessivas com o paciente servem para:

- **Conhecer a resposta do paciente e/ou do médico à proposta de intervenção realizada pelo farmacêutico.** Desta forma, pode-se determinar se a intervenção foi aceita ou não, pelos demais membros da equipe de saúde, incluindo o paciente. As alterações produzidas em consequência da intervenção deverão ser anotadas: mudanças na farmacoterapia, incorporação de novos estilos de vida ou medidas higiênico-dietéticas por parte do paciente, etc.
- **Comprovar a continuidade da intervenção.** Quer dizer, assegurar que as alterações promovidas pelas intervenções se mantêm ou continuam no tempo. Isto deverá ser realizado periodicamente, segundo a natureza da intervenção, e será aproveitado para reforçar os comportamentos positivos adquiridos.
- **Obter informação sobre o resultado da intervenção farmacêutica.** Passado o tempo necessário, serão medidas as variáveis clínicas (sintomas, sinais, medições fisiológicas ou metabólicas) que permitam avaliar o efeito da intervenção. O resultado da intervenção é favorável se a melhoria conseguida atingiu o objetivo terapêutico planejado para o paciente ou se se manteve o estado de saúde inicial, quando este era o adequado. Caso contrário, considera-se que a situação não está resolvida, podendo originar novas intervenções.

As entrevistas sucessivas com o paciente, além de supervisionar as intervenções farmacêuticas em andamento, podem servir para iniciar **novas intervenções previstas no plano de atuação** e destinadas a reforçar o cumprimento de um objetivo ou atingir outros. Também poderão ser iniciadas **novas intervenções farmacêuticas que possam surgir de acordo com as circunstâncias**.

Outros motivos pelos quais podem ser programadas novas entrevistas com o paciente são: o **aparecimento de novos problemas de saúde ou ainda, de novos medicamentos** ou, a solicitação de alguma **consulta por parte do paciente**.

Pelo que foi mencionado até agora, pode-se deduzir que algumas entrevistas sucessivas estão previstas no plano de atuação, enquanto outras podem surgir durante o SF.

Qualquer entrevista sucessiva, independentemente do motivo que a causou, tem de servir para **fornecer informação de reconhecido valor ao paciente e para apoiá-lo** no controle dos seus problemas de saúde e obter o máximo benefício dos seus medicamentos.

Em geral, é comum que em qualquer uma das entrevistas sucessivas com o paciente se obtenha **nova informação (atualizada)** dos problemas de saúde e dos medicamentos que toma. Esta informação toda tem de ser registrada e deverá integrar a **história farmacoterapêutica**.

É preciso entender que a incorporação da nova informação na história farmacoterapêutica originará **novos estados de situação**, que devem conter as alterações ocorridas (como se recorda, os estados de situação com uma determinada data são elaborados a partir da história farmacoterapêutica). Como é óbvio, estas mudanças no estado de situação estão associadas às datas da nova informação sobre o paciente.

4.7.1. Registro das entrevistas sucessivas

Como documentação de apoio para as entrevistas sucessivas, desenhou-se a **folha de entrevistas sucessivas**. Este documento permite recolher a informação obtida durante estas entrevistas num formato padronizado, cuja principal vantagem é permitir trabalhar ordenadamente no arquivo e no acesso à informação da história

Entrevistas sucessivas

Data: _____ Folha: / _____



Data	Problema de saúde e motivo da consulta	Observações	Próxima revisão

Folha de entrevistas sucessivas. Fonte: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada

farmacoterapêutica.

4.7.2. Registro das intervenções farmacêuticas

Para recolher, resumidamente, a informação sobre as intervenções farmacêuticas realizadas, quer para resolver ou prevenir RNM (manifestados e suspeitas de RNM), quer para manter os resultados positivos atingidos, o Método Dáder inclui, como parte do seu material impresso, as denominadas **folhas de intervenção farmacêutica**.

O grande valor das folhas de intervenção reside no fato de servirem como **“sistema de registro de incidentes”**, possibilitando a notificação e a compilação de dados sobre o SF. Não obstante, isto só faz sentido se estes dados forem analisados e avaliados, proporcionando um retorno aos profissionais envolvidos e às instituições de administração da saúde relacionadas com a gestão dos serviços, para que possam aprender com os casos e orientar as suas ações para melhorar os cuidados que prestam⁷⁶.

Para que tudo isto ocorra, é preciso que as folhas de intervenção farmacêutica sejam enviadas para o Programa Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico,

onde se armazenará a informação para posterior análise pelos responsáveis do programa^{77,78}.

A folha de intervenção farmacêutica recolhe informação:

- De *caráter clínico*, pois contem dados que descrevem o estado de saúde do paciente que utiliza os medicamentos no início da intervenção (RNM ou resultado positivo identificado) e a sua evolução ao finalizar a mesma (resultado da intervenção).
- Sobre a *atividade assistencial do farmacêutico*, pois descrevem-se os processos efetuados para resolver os RNM ou para manter os resultados obtidos.

A análise do conteúdo das folhas de intervenção tem como objetivo retirar conclusões, tendo por base experiências reais, que permitam melhorar e adequar a prática do SF.

4.7.2.1. Folha de intervenção farmacêutica para registrar os RNM

A **folha de intervenção farmacêutica para registrar os RNM** parte do RNM identificado. Em seguida, descreve-se a ação ou as ações que o farmacêutico desenvolveu para o solucionar e, finalmente, especifica-se o resultado obtido. Isto quer dizer que inclui três partes diferentes.

Antes de começar a descrever cada uma das partes, é necessário enfatizar que **em cada folha de intervenção registra-se apenas um único RNM**. Além disto, esta folha de intervenção não deverá ser enviada para o Programa Dáder, até que se obtenha um resultado que permita avaliar o efeito da (s) ação (ões) empreendidas pelo farmacêutico.

1. Identificação do resultado negativo.

- a) Data de identificação:** corresponde ao dia em que se avaliou a farmacoterapia do paciente e em que se detectou o RNM.
- b) RNM:** indica-se a alteração não desejada, no estado de saúde, associada ao uso do medicamento (manifestação clínica).
- c) Medição inicial:** indica-se, quando existe, o parâmetro quantificável inicial realizado para medir o RNM.
- d) Classificação do RNM:** assinala-se unicamente uma das seis opções da classificação dos RNM.
- e) Medicamentos envolvidos:** incluem-se apenas os medicamentos

envolvidos no aparecimento do RNM.

f) Causa (PRM): pode-se seleccionar várias causas das indicadas na lista. Por isto, disponibiliza-se um quadro de texto, para o caso de ser necessário uma descrição complementar sobre o motivo de aparecimento do RNM.

2. Atuação

a) Data de início da atuação: indica-se a data em que se iniciou a primeira ação destinada a resolver o RNM.

b) Objetivo: de acordo com o definido na fase de estudo para o paciente. Permitirá definir qual é a “meta ideal” que se pretende atingir.

c) Tipo de intervenção realizada: indica-se qual foi o modo eleito para tentar solucionar o RNM detectado (ver tabela de tipos de intervenção mostrada anteriormente). Por vezes, pode ocorrer que tenham sido realizadas várias ações simultaneamente para resolver o RNM. Nestes casos, serão assinaladas tantas opções, quantas forem necessárias. Além disto, existe um quadro de texto que permite explicar mais detalhadamente a intervenção realizada.

d) Via de comunicação: assinala-se a opção que mais se adequa ao caso.

3. Resultado

a) O que ocorreu com a intervenção?: refere-se ao sucedido com a proposta de intervenção realizada pelo farmacêutico: qual foi a resposta do paciente e/ou do médico (se existir). Indica-se a data de revisão da intervenção.

b) O que ocorreu com o problema de saúde (RNM)?: após decorrer o tempo necessário para avaliar o efeito da intervenção realizada, será indicada qual foi a evolução do problema de saúde. Neste momento, assinala-se a data de finalização da intervenção.

c) Medição final: indica-se, quando existe, o valor final do parâmetro quantificável que permite medir o resultado final da intervenção.

d) Resumo final da intervenção: indica-se a opção que, dentro da tabela, melhor se ajusta ao acontecido durante a intervenção farmacêutica (resolução do RNM e se a intervenção por parte do médico e/ou do paciente foi aceita).

Se após decorrer o tempo suficiente para avaliar o resultado da (s) intervenção (ões) o RNM não estiver resolvido e se o RNM persistir, deve-se utilizar uma nova folha de intervenção para relatar o que acontecer a partir desse momento. Ou seja, um RNM

Folha de intervenção

Resultados Negativos associados à Medicação



Identificação		Atuação	
Data:	RNM:	Data:	Objetivo:
Classificação do RNM (Marcar uma opção)		O que se pretende fazer para resolver o problema	
Problema de Saúde não tratado	Situação do PS (Marcar uma opção)	Intervir na quantidade dos medicamentos	Modificar a dose
Efeito de medicamento desnecessário	Problema manifestado		Modificar a dosagem
Inefetividade não quantitativa	Risco de aparecimento	Intervir na estratégia farmacológica	Modificar o esquema terapêutico (redistribuição da quantidade)
Inefetividade quantitativa	Medição inicial		Adicionar medicamento
Insegurança não quantitativa			Retirar medicamento
Insegurança quantitativa			Substituir medicamento
Medicamento (s) implicado (s)		Intervir na educação do paciente	Modo de uso e de administração do medicamento
Código	Nome, dosagem, forma farmacêutica		Aumentar a adesão ao tratamento (atitude do paciente)
			Educar em medidas não farmacológicas
			Não está claro
Causa: identificação do PRM (selecionar as opções que considere oportunas)		Descrição:	
Administração errada do medicamento			
Características pessoais			
Conservação inadequada			
Contraindicação			
Dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada			
Duplicação			
Erros na dispensação			
Erros na prescrição			
Incumprimento			
Interações			
Outros problemas de saúde que afetam o tratamento			
Probabilidade de efeitos adversos			
Problema de saúde insuficientemente tratado			
Outros			
Descrição:			
Via de comunicação			
Verbal com o paciente		Escrita para o paciente	
Verbal paciente-médico		Escrita paciente-médico	
Resultado			
O que aconteceu com a intervenção?		Data:	
O que aconteceu com o problema de saúde?		Data:	
Resultado	RNM resolvido	RNM não resolvido	Medição final:
Intervenção aceita			
Intervenção não aceita			

Folha de intervenção farmacêutica (resultados negativos associados à medicação).

Fonte: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada.

não resolvido será considerado como um “novo RNM”, que deverá ser registrado numa nova folha de intervenção.

4.7.2.2. Folha de intervenção farmacêutica para registrar os resultados positivos atingidos

A folha de intervenção dos resultados positivos atingidos foi concebida para registrar as ações farmacêuticas indispensáveis para manter os resultados positivos alcançados no paciente. Esta folha pretende motivar os farmacêuticos, pois possibilita o registro das intervenções farmacêuticas que incidem na manutenção do estado de saúde do paciente.

A folha de intervenção dos resultados positivos apresenta a seguinte estrutura e seções:

1. Identificação do resultado positivo.

- a. **Data de identificação:** corresponde ao dia em que se avaliou a farmacoterapia do paciente e se identificou o resultado positivo.
- b. **Resultado positivo:** indica-se a situação clínica que se pretende manter.
- c. **Medição inicial:** indica-se, quando existe, o valor inicial do parâmetro quantificável que se quer manter, reforçar ou melhorar.
- d. **Medicamentos envolvidos:** incluem-se apenas os medicamentos implicados na obtenção do resultado positivo.

2. Ação

- a. **Data de início da ação:** indica-se a data em que se iniciou a primeira ação destinada a manter ou reforçar o resultado positivo.
- b. **Objetivo:** de acordo com o definido na fase de estudo para controlar o problema de saúde.
- c. **Tipo de intervenção realizada:** indica-se qual foi o modo eleito para tentar manter e reforçar o resultado positivo atingido. Por vezes, pode ocorrer que tenham sido realizadas várias ações simultaneamente. Nestes casos, indica-se tantas opções quantas forem necessárias.
- d. **Via de comunicação:** assinala-se a opção utilizada na intervenção.

3. Resultado

- a. **O que ocorreu com a intervenção?** refere-se ao sucedido com a proposta de intervenção realizada pelo farmacêutico (qual foi a resposta do paciente e do médico). Indica-se a data de revisão da intervenção.
- b. **O que ocorreu com o problema de saúde (evolução do resultado positivo)?:** após decorrer o tempo necessário para avaliar o efeito da intervenção efetuada, indica-se qual foi a evolução do problema de saúde. Esta será a data de finalização da intervenção.
- c. **Medição final:** indica-se, quando existe, o valor inicial do parâmetro quantificável que permite medir o resultado final da intervenção farmacêutica.

Folha de intervenção

Resultados Positivos Alcançados



Identificação		Identificação	
Resultado positivo: descrição do sinal, sintoma ou parâmetro quantificável a controlar ou a prevenir.		Resultado positivo: descrição do sinal, sintoma ou parâmetro quantificável a controlar ou a prevenir.	
Medicamento(s) implicado(s)		Medicamento(s) implicado(s)	
Código	Nome, Dosagem, Forma Farmacéutica	Código	Nome, dosagem, forma farmacéutica
Atuação		Atuação	
Data:	Objetivo:	Data:	Objetivo:
Descrição da intervenção para manter o resultado positivo.		Descrição da intervenção para manter o resultado positivo.	
Via de comunicação		Via de comunicação	
Verbal com o paciente	Escrita para o paciente	Verbal com o paciente	Escrita para o paciente
Verbal paciente-médico	Escrita paciente-médico	Verbal paciente-médico	Escrita paciente-médico
Resultado		Resultado	
O que aconteceu com a intervenção?	Data: ___/___/___	O que aconteceu com a intervenção?	Data: ___/___/___
O que aconteceu com o problema de saúde?	Data: ___/___/___	O que aconteceu com o problema de saúde?	Data: ___/___/___
Medição final:		Medição final:	

Folha de intervenção farmacêutica: resultados positivos. Fonte: Programa Dáder®, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada.

Exercício 7. Como continuará o paciente?

Chegou o momento de verificar se as alterações propostas se realizaram, de saber como estão as intervenções iniciadas e qual foi o resultado obtido. Se tem o resultado de alguma das intervenções realizadas, complete o preenchimento da folha de intervenção e envie para o Programa Dáder. Já está fazendo seguimento farmacoterapêutico! A partir de agora, continue.

Boa sorte!

5. Caso prático orientado de acordo com o Método Dáder

O caso prático apresentado a seguir baseia-se num caso real de seguimento farmacoterapêutico⁷⁹, que foi adaptado para a docência.

O interesse deste caso reside no fato de abordar cada uma das fases do Método Dáder, de uma forma prática. Aproveita-se também para ilustrar a utilidade da documentação (material impresso) destinada a elaborar a história farmacoterapêutica do paciente.

5.1. OFERTA DO SERVIÇO

Uma mulher de 50 anos, cliente habitual da farmácia, numa das suas visitas habituais, consulta a farmacêutica sobre uma dor de cabeça que tem apresentado nos últimos meses, e que relaciona com o uso de um medicamento em especial.

Diante disso, é oferecido o SF (16/01/06), explicando-lhe que é um novo serviço que a farmácia disponibiliza e que pretende obter o máximo benefício possível dos medicamentos que utiliza. Deve-se comentar ainda que se trata de um serviço prolongado e que não pretende alterar os tratamentos, já que estes são da responsabilidade do médico (s) que a trata (m). Por outro lado, enfatiza-se que sempre que ocorra algo de importante em relação ao seu tratamento, será informada para se tentar encontrar uma solução em conjunto. No momento que desejar, é livre de abandonar este serviço, sem que isto prejudique os cuidados que recebe habitualmente. A paciente aceitou esta proposta. Em seguida, agenda-se o dia para a primeira consulta (primeira entrevista farmacêutica: 17-01-06, 10:00h).

Antes de se despedir da paciente, deve-se lembrá-la para não esquecer de trazer o saco com todos os medicamentos que tenha em casa, assim como os relatórios médicos e as análises que tenha, fundamentalmente as mais recentes.

5.2. ENTREVISTA FARMACÊUTICA: PRIMEIRA ENTREVISTA

Data: 17-01-06. Tal como combinado no dia anterior, a paciente comparece à farmácia na hora marcada, trazendo o saco com os seus medicamentos na mão. Encaminha-se a paciente para a zona de atendimento personalizada, onde se tem a privacidade necessária para efetuar a entrevista.

Em seguida, apresenta-se a informação obtida durante a primeira entrevista com a paciente:

Entrevista farmacéutica: Problemas de saúde

Data: 17.01.06 Folha: /

<p>Problema de saúde: ENXAQUECA* — Início: 4 meses</p> <p>"Fortes dores de cabeça". É o problema que mais a preocupa na atualidade, porque as crises são totalmente incapacitantes. Quando as tem, tem precisia se deitar às escuras. Nestes quatro meses sofreu de crises de enxaqueca duas vezes por mês. Não lhe sucedia algo assim há mais de 30 anos, só "quando era jovem".</p> <p>Relaciona este problema com o medicamento que o ginecologista lhe prescreveu para os fogachos e que toma todas as noites.</p> <p>Até agora não tomou nenhum medicamento para "as fortes dores de cabeça" pois, há 30 anos, tudo o que tomou não fez efeito ("Agora será igual", comentou).</p>	<p>Problema de saúde: HTA* — Início: 2 anos</p> <p>Crê que a sua PA está controlada, embora não saiba como estão os seus valores. Não tem valores do último ano. Tem um aparelho para medir a PA. Não sabe como funciona nem a utilidade que tem. Reconhece que se esquece de tomar o medicamento de vez em quando.</p> <p>Tenta comer com menos sal do que antes. Põe em cada prato metade do sal que punha normalmente.</p> <p>Sedentária. Sai só para o imprescindível. Os seus filhos costumam trazer-lhe tudo o que necessita da rua. Relatório com diagnóstico de HTA (20-02-04). Tem o mesmo tratamento desde que foi prescrito.</p> <p>Vai ao médico de três em três meses para obter a prescrição do medicamento. Das últimas vezes, o seu médico mediu-lhe a PA, mas não se recorda dos valores.</p> <p>A PA foi medida na farmácia – ver tabela de parâmetros.</p>
<p>Problema de saúde: SÍNDROME CLIMATÉRICA* — Início: 15.09.05</p> <p>Fogachos.</p> <p>Relaciona este problema com a etapa da vida em que se encontra. Há 4 meses foi ao seu médico de família e ele prescreveu-lhe os contraceptivos que está tomando.</p> <p>Mostra o relatório médico.</p> <p>Antes de começar a tomar os medicamentos, os fogachos eram bastante intensos. Foi ao médico incentivada por uma amiga, que tinha sofrido de problemas similares.</p> <p>Nunca tinha tomado nenhum medicamento ou produto para tratar os fogachos, sem ser os contraceptivos que toma agora.</p>	<p>Problema de saúde: — Início:</p>
<p>Problema de saúde: — Início:</p>	<p>Problema de saúde: — Início:</p>

Informação básica a obter sobre os problemas de saúde (PS): 1) Preocupações e expectativas do paciente em relação ao PS.; 2) Perceção sobre o controlo do PS.; 3) Sintomas, sinais, parâmetros quantificáveis associados à evolução da doença.; 4) Interpretação dos parâmetros quantificáveis.; 5) Situações ou causas do PS.; 6) não estar controlado.; 7) Periodicidade dos controlos médicos.; 8) Estilos de vida e medidas higiénico-dietéticas relacionadas com o problema de saúde.

Entrevista farmacêutica: **Problemas de saúde**

Data: **17.01.06**

<p>Problema de saúde: _____ Início: _____</p>	<p>Problema de saúde: _____ Início: _____</p>
<p>Problema de saúde: _____ Início: _____</p>	<p>Problema de saúde: _____ Início: _____</p>
<p>Outra informação relevante (alergias, intervenções cirúrgicas, outros antecedentes)</p> <p>Não fuma. Tem um bom nível cultural e capta com atenção qualquer explicação que lhe é prestada. Durante a entrevista, revela interesse em conhecer algo mais sobre a sua HTA e sobre a utilização do seu aparelho para medir a PA. Não foi operada anteriormente e refere não ter conhecimento de alergias a medicamentos, alimentos ou outros fatores.</p>	

Informação básica a obter sobre os problemas de saúde (P.S.): 1) Preocupações e expectativas do paciente em relação ao P.S.; 2) Percepção sobre o controlo do P.S.; (sintomas, sinais, parâmetros quantificáveis associados à evolução da doença, interpretação dos parâmetros quantificáveis); 3) Situações ou causas do P.S. não estar controlado.; 4) Periodicidade dos controlos médicos; 5) Estilos de vida e medidas higiénico-dietéticas relacionadas com o problema de saúde.

Entrevista farmacéutica: Medicamentos

Data: 17.01.06 Folha: /

Medicamento: _____	Perceção da efetividade: está melhor? _____	Data de início 20.02.04	
Substância ativa: ENALAPRIL 20 MG	Refere que a sua HTA está controlada.	Data de fim _____	
P.S. que trata: HTA		Modo de uso e de administração Não conhece nenhuma recomendação sobre como utilizá-lo. Toma-o quando se lembra, com o café da manhã.	
Posologia prescrita 1-0-0	Perceção da Segurança: algo de estranho? _____	Observações Nos dias em que vai ao médico pedir receitas, não se esquece de o tomar, "o médico mede sua PA". Hoje (17.01.06) não o tomou.	
Posologia utilizada 1-0-0 (quando se lembra)	Não refere nada estranho relacionado com o medicamento.		
Prescritor: médico de família			

Medicamento: _____	Perceção da efetividade: está melhor? _____	Data de início 15.09.05	
Substância ativa: LEVONORGESTREL 75 MCG / ESTRADIOL 2MG	Desde que iniciou o tratamento desapareceram os fogachos.	Data de fim _____	
P.S. que trata: "Fogachos"		Modo de uso e de administração Não lhe explicaram as instruções de uso. Crê que o pode tomar a qualquer hora do dia. Não sabe o que fazer quando se esquece de uma administração.	
Posologia prescrita 0-0-1	Perceção da segurança: algo de estranho? _____	Observações _____	
Posologia utilizada 0-0-1	Tem a certeza que foi o responsável pelo aparecimento das crises de enxaqueca.		
Prescritor: médico de família			

Medicamento: _____	Perceção da efetividade: está melhor? _____	Data de início _____	
Substância ativa: _____		Data de fim _____	
P.S. que trata: _____		Modo de uso e de administração _____	
Posologia prescrita _____	Perceção da segurança: algo de estranho? _____	Observações _____	
Posologia utilizada _____			
Prescritor: _____			

Entrevista farmacêutica: Medicamentos

Medicamento: _____	Percepção da efetividade: está melhor? _____	Data de início _____
Substância ativa: _____		Data de fim _____
P.S. que trata: _____		Modo de uso e de administração _____
Posologia prescrita _____	Percepção da segurança: algo de estranho? _____	Observações _____
Posologia utilizada _____		
Prescritor: _____		
Medicamento: _____	Percepção da efetividade: está melhor? _____	Data de início _____
Substância ativa: _____		Data de fim _____
P.S. que trata: _____		Modo de uso e de administração _____
Posologia prescrita _____	Percepção da segurança: algo de estranho? _____	Observações _____
Posologia utilizada _____		
Prescritor: _____		
Medicação anterior		
Nome: _____	Nome: _____	Nome: _____
Substância ativa: NITROFURANTOÍNA	Substância ativa: _____	Substância ativa: _____
Para que? INFECÇÃO URINÁRIA	Para que? _____	Para que? _____
Observações: Usou há 3 anos. Está fora do prazo e é retirado da sacola de medicamentos.	Observações: _____	Observações: _____

5.3. PRIMEIRO ESTADO DE SITUAÇÃO



Data: 17.01.06 Folha: /

Estado de situação

Paciente:

Código Dáder:

Sexo: feminino Idade: 50 IMC: 26 Alergias: Não conhecidas

Problemas de saúde			Medicamentos			Avaliação			I.F.		
Início	Problema de saúde	Controlado	Preocupa	Desde	Medicamento (substância ativa)	Posologia	N	E	S	Classif. RNM	Data início
						Prescrita					
						Utilizada					
20-02-04	Hipertensão arterial*	N	P	20-02-04	Enalapril 20 mg	1-0-0					
15-09-05	Síndrome climatérica*	S	P	15-09-05	Levonorgestrel 75 mcg/ Estradiol 2 mg	0-0-1					
4 meses	Enxaqueca*	N	B								

*Diagnóstico Médico Documentado Preocupa: Pouco (P); Regular (R); Bastante (B) Avaliação: Necessidade (N); Eficácia (E); Segurança (S) I.F.: intervenção farmacêutica

OBSERVAÇÕES

A paciente tem o diagnóstico de enxaqueca desde a sua juventude, mas passou anos sem uma crise. Não tomava nenhum medicamento para este problema, pois segundo ela, os que experimentou não a aliviaram.
 ❖ Não toma o antihipertensivo diariamente (dia sim, dia não), embora não tenha regularidade quanto à administração deste medicamento, hoje não tomou.

DATA	PARÂMETROS	
	PAS média (mmHg)	PAD média (mmHg)
17.01.06	154	95

5.4. FASE DE ESTUDO

O resumo seguinte considera unicamente os aspectos de interesse para a análise e resolução do caso. Ou seja, a revisão bibliográfica está focada exclusivamente nos aspectos que vão permitir justificar a avaliação da farmacoterapia e desenvolver o plano de atuação. Não se leva em consideração toda a informação que, embora tenha um interesse geral, não é útil para este caso.

Como se propôs anteriormente neste guia, realiza-se a fase de estudo, estudando primeiro, um problema de saúde e, em seguida, os medicamentos relacionados com o mesmo.

Hipertensão arterial⁸⁰⁻⁸⁶

A. Causas do problema de saúde

Causas modificáveis que elevam a PA: sobrepeso, obesidade, consumo de sal, consumo de álcool, sedentarismo, ansiedade, angústia.

B. Controle do problema de saúde. Objetivo terapêutico (valores de pressão arterial):

- **População geral** maior de 18 anos: <140/90 mmHg
- Pacientes com **diabetes, insuficiência renal crônica**: <130/80 mmHg
- Pacientes com **doença coronária ou cerebrovascular**: <130/80 mmHg

Em pacientes com idade inferior a 55 anos, é desejável obter-se um controle ótimo: valores **inferiores a 120/80 mmHg**.

C. Fatores que podem intervir no controle do problema de saúde

A avaliação dos pacientes com HTA tem três objetivos:

- Aconselhar sobre estilos de vida e identificar outros fatores de risco cardiovascular (FRCV) ou doenças concomitantes que podem afetar o prognóstico e orientar o tratamento.
- Revelar causas identificáveis que elevam a PA (sobrepeso, obesidade, consumo de sal, consumo de álcool, sedentarismo, ansiedade, angústia)
- Esclarecer a presença ou a ausência de dano nos órgãos alvo e DCV.

Determinar o tipo de prevenção em que se encaixa o paciente, assim como, avaliar os FRCV maiores e modificáveis, permite conhecer o RCV global do paciente. Isto é importante para definir os objetivos terapêuticos que o médico pretende e a intensidade do tratamento que o paciente deve receber (incluindo a necessidade de iniciar tratamentos farmacológicos).

D. Tratamento do problema de saúde

O tratamento da HTA, seja farmacológico ou não farmacológico, é realizado por tempo indeterminado.

As **intervenções não farmacológicas** que demonstraram ser efetivas no controle da PA (de acordo com a evidência científica) são:

- Redução de peso
- Dieta rica em frutas e verdura. Baixa em gorduras.
- Redução da ingestão de sódio
- Atividade física regular aeróbica
- Consumo moderado de álcool

Tratamento farmacológico. Qualquer fármaco dos 5 grupos principais (diuréticos, betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio, IECA e ARAlI) é válido para o início do tratamento. A escolha de um determinado tipo de fármaco é individualizada para cada paciente. A individualização baseia-se na existência de transtornos clínicos associados, de outros fatores de risco ou de doenças concomitantes. Em pacientes com enxaqueca associada à HTA, o grupo de fármacos recomendado são os betabloqueadores.

A taxa de resposta à monoterapia não costuma superar os 50%: a maioria dos pacientes necessita de uma associação de fármacos. Em muitas ocasiões, uma combinação adequada de fármacos com doses baixas ou médias é mais eficaz que a monoterapia com doses altas.

E. Educação para a saúde

Os aspectos teóricos da educação aos pacientes com fatores de risco ou com DCV são: doença cardiovascular e risco cardiovascular, fatores de risco cardiovascular (FRCV maiores, FRCV modificáveis e não modificáveis) e estilos de vida saudável.

Enalapril^{82, 87-90}

A. Indicação do medicamento e mecanismo de ação

Fármaco inibidor da enzima conversora da angiotensina, indicado para o tratamento da HTA, especialmente em pacientes com:

- RCV alto, maiores de 55 anos, antecedentes de DCV
- Diabéticos com mais algum FRCV associado
- Nefropatia diabética
- Prevenção secundária após IAM (com ou sem HTA)

B. Dose, dosagem e esquema terapêutico do medicamento

Dose de manutenção: 10-20 mg/dia.

C. Objetivo terapêutico do medicamento

Atingir valores de PA inferiores ao objetivo estabelecido para a paciente. Para avaliar a efetividade do tratamento, é necessário esperar aproximadamente um mês desde o seu início (tomado continuamente) do tratamento (é quando se prevê que deveria atingir o seu efeito ótimo).

D. Normas de correto uso e administração

Pode ser tomado durante as refeições, ou entre elas, com um copo de água.

E. Educação para a saúde sobre o medicamento

Alguns aspetos destacáveis são:

- A HTA é uma doença crônica, que dura para sempre e por isso o tratamento não pode ser suspenso em nenhum momento, salvo por ordem médica.
- Se tomar mais enalapril do que devia, consulte imediatamente o seu médico ou farmacêutico. Em caso de uma sobredose, o sintoma mais provável é uma sensação de enjoo e tonturas devido a uma diminuição repentina ou excessiva da tensão arterial.
- Caso tenha esquecido de tomar enalapril, deve continuar a tomá-lo, tal como lhe foi prescrito. Não tome o dobro da dose para compensar as doses esquecidas.
- O efeito indesejado mais frequente dos IECA é a tosse. Em caso de aparecer, avise o médico ou o farmacêutico.

F. Não se considerou na fase de estudo informação sobre **efeitos adversos** ou **aspectos que possam comprometer a efetividade ou a segurança** do enalapril, pois não são relevantes para o caso.

Síndrome climatérica⁹¹⁻⁹⁵

A. Definição e conceito do problema de saúde

O **climatério** é um período fisiológico da vida das mulheres que depende das mudanças hormonais que nele acontecem, uma vez que a função ovariana cessa de uma maneira progressiva e paulatina. Produz-se uma deficiência de hormônios sexuais, estrogêneos e progestogênios, e o aparecimento de uma série de sintomas relacionados com essa deficiência hormonal. Estes sintomas são muito variáveis de umas mulheres para outras e afetam em maior ou menor grau o seu bem-estar físico e psíquico. Neste período que alguns autores denominam pré-menopausa e que engloba, aproximadamente, desde um ano antes (quando começam a apresentar-se mudanças hormonais e físicas) até um ano após a menopausa.

B. Controle do problema de saúde. Manifestações clínicas.

No controle deste problema de saúde deve-se considerar, por um lado, os sintomas associados, e por outro, as complicações que podem surgir, por exemplo, a osteoporose e o risco de fratura ou as doenças cardiovasculares.

Os sintomas vasomotores ou fogachos constituem a manifestação clínica mais característica do climatério. Definem-se como uma sensação subjetiva de calor que habitualmente se associa a uma vasodilatação cutânea e sudorese, seguida de uma redução da temperatura corporal e aceleração transitória da frequência cardíaca.

Afetam cerca de 60-80% das mulheres, principalmente nos 2 primeiros anos da menopausa, e persistem até após 5 anos em cerca de 25% dos casos.

C. Tratamento do problema de saúde

Existem diferentes estratégias terapêuticas no tratamento dos sintomas vasomotores:

- Estratégias de prevenção e modificação dos estilos de vida (**D. Educação para a saúde**). O exercício físico, a perda de peso e evitar o consumo de tabaco podem ser opções benéficas na prevenção e no tratamento dos sintomas vasomotores. Ingerir bebidas frias e evitar comidas picantes, café, álcool e situações de calor podem aliviar os sintomas vasomotores em algumas mulheres.
- Estratégias farmacológicas hormonais:
 - Os estrogênios com ou sem progestogênios são efetivos e continuam a ser apropriados no tratamento dos sintomas vasomotores intensos, que afetam a qualidade de vida (prévia avaliação do risco-benefício).
 - A progesterona é um tratamento moderadamente efetivo e poderia ser uma alternativa para os sintomas vasomotores.
 - O tratamento com tibolona é efetivo e constitui uma alternativa no tratamento dos sintomas vasomotores (prévia avaliação do risco-benefício).
- Estratégias farmacológicas não hormonais: os fitoestrógenos demonstraram uma certa redução na frequência e na intensidade dos fogachos quando se compararam com placebo. Não obstante, estes efeitos são bastante discutidos, e até contraditórios, entre os estudos publicados. Outros tratamentos não hormonais - como os inibidores seletivos da recaptção de serotonina, a clonidina e a gabapentina- apresentam evidência de eficácia, embora os efeitos sejam menores que dos estrogênios.

Levonorgestrel+Estradiol valerato^{88-90, 92, 96, 97}

A. Objetivo terapêutico do medicamento

Alívio dos sinais e sintomas ocasionados pela deficiência estrogênica.

B. Normas de uso correto e administração

Se a paciente ainda apresenta ciclos menstruais, o tratamento deve começar durante os cinco primeiros dias da menstruação. As pacientes com períodos pouco frequentes ou as pacientes pós-menopáusicas podem começar o tratamento em qualquer momento, após excluir previamente a possibilidade de gravidez.

C. Efeitos indesejados

As pacientes que recebem terapêutica hormonal de substituição (THS) podem sentir uma diminuição ou um aumento das crises de enxaqueca. As crises podem aumentar imediatamente depois de se iniciar a terapia ou aparecerem gradualmente, devido ao uso prolongado dos produtos que contenham estrogênio.

A THS deve ser suspensa imediatamente e devem ser feitas análises e iniciar o tratamento adequado, se acontecer alguma das seguintes circunstâncias: cefaleia pouco comum, intensa e prolongada, perturbações repentinas da visão, do ouvido ou outros transtornos da percepção, síncope, entorpecimento ou debilidade num lado do corpo, ou outros sinais ou sintomas indicativos de acidente vascular cerebral. Embora as doses elevadas de estrogênios tenham sido relacionadas com um aumento da pressão arterial, o uso de THS para a menopausa em mulheres normotensas apresenta um efeito reduzido na pressão arterial ou está associado a uma ligeira redução.

THS e DCV. Sabe-se que o risco de acidente vascular cerebral isquêmico está aumentado naquelas mulheres com enxaqueca que utilizam terapia hormonal de substituição.

Este risco pode ser aumentado se coexistirem outros fatores de risco: idade elevada, tabagismo e hipertensão arterial. Em mulheres relativamente saudáveis, o tratamento hormonal contínuo combinado (estrogênios e progestagênios) aumentou significativamente o risco de tromboembolia venosa ou eventos coronários (depois de um ano de tratamento), e de acidente vascular cerebral (depois de três anos). O tratamento hormonal com estrogênio só a longo prazo produziu um aumento significativo do risco de acidente vascular cerebral. Não obstante, a incidência de efeitos indesejados cardiovasculares é provavelmente menor com os medicamentos mais recentes com doses menores, do que com os antigos com doses maiores.

Enxaqueca⁹⁸⁻¹⁰⁰

A. Definição e conceito do problema de saúde

É a cefaleia primária episódica por excelência. Dá origem a mais de 50% das consultas por cefaleia, embora a sua prevalência seja inferior à da cefaleia tensional. Isto deve-se à maior intensidade dos episódios de dor.

B. Principais fatores desencadeantes das crises de enxaqueca: psicológicos (stress, período pós-stress, ansiedade, depressão), hormonais (pré – menstruação, ovulação, anovulatórios, THS), alimentares (chocolate, álcool, queijos, jejum, comidas ricas

em nitritos, glutamato sódico e aspartame), ambientais (estímulos visuais, odores, mudanças atmosféricas, altitude elevada), sono (excesso e déficit), fármacos (nitroglicerina, reserpina, estrogênios), outros.

C. Controle do problema de saúde. Objetivo terapêutico

Reduzir a frequência, gravidade e duração dos ataques, melhorar a resposta ao tratamento nas crises e reduzir a incapacidade do paciente.

D. Fatores que podem intervir no controle do problema de saúde

Enxaqueca na menopausa. À medida que a menopausa se aproxima, os níveis de estrogênio podem variar de maneira significativa, repercutindo na frequência da enxaqueca. Algumas mulheres podem referir um aumento ou uma melhora na frequência dos ataques da enxaqueca; em outras mulheres, pode aparecer a enxaqueca. Em geral, a enxaqueca costuma diminuir com a menopausa; contudo, algumas mulheres pioram, particularmente no climatério.

E. Tratamento do problema de saúde

O tratamento da enxaqueca engloba 3 partes: medidas gerais, tratamento preventivo e tratamento sintomático das crises.

- **Medidas gerais.** Entre as medidas gerais (não farmacológicas), deve-se tentar conhecer, e se possível eliminar, os fatores desencadeantes, particularmente o stress, e recomendar uma vida saudável, sono regular, exercício físico moderado e uma dieta equilibrada.
- **Tratamento sintomático da enxaqueca.** Os triptanos são o tratamento de eleição das crises de enxaqueca moderada-grave. Não se conhece o perfil do paciente ideal para cada triptano; é frequente que um paciente não tolere ou não responda a um triptano e que responda ou tolere perfeitamente outro tipo de triptano.
- **Tratamento preventivo.** Pretende reduzir a frequência e a intensidade das crises. Está indicado em pacientes com mais de 3 crises por mês, principalmente se há uma má resposta ao tratamento sintomático ou se produzem efeitos indesejados. Também está especialmente indicado quando ocorrem ataques de intensidade grave que limitam muito a vida diária. Não existe um tratamento preventivo ideal e a sua escolha é feita de acordo com as características do paciente (idade, sexo, situações clínicas associadas, etc.) e com os possíveis efeitos adversos de cada fármaco. As principais opções do tratamento preventivo são: beta-bloqueadores (propranolol, nadolol) ou flunarizina (antagonista dos canais de cálcio).

F. Educação para a saúde

Padrão de sono regular, horário de refeições regular, prática de exercício, evitar situações de stress, de relaxamento excessivo, assim como fatores desencadeantes do tipo alimentar.


O paciente deve procurar ter uma certa regularidade nos seus hábitos, mais do que aderir a uma extensa lista de proibições de alimentos e de atividades.

Para descrever detalhadamente os RNM identificados e o parecer clínico do farmacêutico, completa-se a parte posterior do estado de situação:

RNM	Medicamento implicado	Classificação RNM	Causa (PRM)	Observações (parecer do farmacêutico)
HTA descontrolada	Enalapril 20mg	Inefetividade quantitativa	Não adesão	Deve-se tentar promover a adesão ao tratamento com enalapril e monitorizar-se a resposta. No caso do enalapril não controlar a HTA e se a enxaqueca persistir após retirar a THS, intervir com o médico para avaliar o início de beta-bloqueadores. Neste momento, embora os betabloqueadores sejam o fármaco de eleição para esta paciente, não se intervirá para recomendar o seu uso, pois o problema da enxaqueca pode ser devido à THS.
Enxaqueca	Estradiol valerato 2 mg	Insegurança quantitativa		Embora a enxaqueca possa ocorrer durante o climatério (etapa em que a paciente se encontra), em princípio descarta-se esta opção, porque o aparecimento deste problema de saúde também pode estar relacionado com a administração dos estrogénios e é assim que a paciente refere. Além disto, antes de tomar os estrogénios não tinha enxaquecas. Embora os efeitos adversos do estradiol possam depender da quantidade administrada, no caso desta paciente, é preferível não o utilizar de forma continuada. Enviar um relatório ao médico advertindo-o sobre a situação da paciente, para que avalie a possibilidade de suspender a THS.
(Suspeita de RNM) Elevação do risco de acidente cerebrovascular e tromboembolismo venoso.	Estradiol valerato 2 mg			Em princípio, a utilização a curto prazo de terapia hormonal (principalmente estrogénios) parece ser relativamente segura em mulheres jovens e saudáveis. Em caso de se continuar com o tratamento, este risco tem de ser considerado (aparecerá no estado de situação), principalmente porque a paciente é hipertensa.

5.6. FASE DE INTERVENÇÃO: PLANO DE ATUAÇÃO

5.6.1. Definição e hierarquização por prioridade dos objetivos. Intervenções farmacêuticas: Planejamento.



**Programa
DADER**

Data: / /

Folha: /

Plano de atuação

Nº	Objetivos (Descrição)	Data (planejada)	Prioridade	Alcance	Data
1	Controlar a HTA	21.01.06	Alta	<input type="checkbox"/>	
2	Monitorizar periodicamente os FRCV	21.01.06	Média	<input type="checkbox"/>	
3	Solucionar/ aliviar as enxaquecas	21.01.06	Alta	<input type="checkbox"/>	
4	Controlar os "fogachos"	21.01.06	Média	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	

Intervenções farmacêuticas		
Descrição e planejamento	Objetivo relacionado (Nº)	Data: início, controle, resultado
<p>Promover-se-á a adesão ao tratamento com enalapril. Para isto, deve-se tentar associar à utilização do medicamento algum estilo de vida do paciente. Além disto, deve-se fornecer informações sobre a HTA e os FRCV, que serão disponibilizadas no mesmo dia em que se abordar o plano de atuação. Finalmente, deve-se instruir a paciente para a realização da automedicação da PA. Em seguida, será solicitado que vá periodicamente à farmácia mostrar os dados da sua PA.</p>	1	Início: 22.01.06

Intervenções farmacêuticas		
Descrição e planejamento	Objetivo relacionado (N.º)	Data: início, controle, resultado
Deve-se promover a realização de exercício através de atividades cotidianas que atualmente a paciente não realiza. Também se registrará durante 24 horas a alimentação para identificar maus hábitos alimentares. Em função da resposta da paciente às alterações que se vão realizar imediatamente, deve-se tentar combinar com ela a modificação de alguns hábitos.	1	Início: 27.01.06 aproximadamente
Deve-se comentar com a paciente (quando puder) a possibilidade de solicitar análises ao médico, para observar o perfil lipídico e outros parâmetros de interesse (glicemia em jejum, proteínas na urina, etc). Aproximadamente dentro de um mês, pedir à paciente que vá ao seu médico e solicite análises laboratoriais..	2	
Deve-se controlar periodicamente o peso para seguir a sua evolução. Analisar a cada 3-6 meses..	2	Início: 17.01.06
Deve-se instruir a paciente para que conheça as situações que podem desencadear as crises de enxaqueca. Combinar uma data com a paciente para estabelecer uma conversa com ela na qual sejam abordados estes aspectos. Provavelmente, será realizada no dia em que será discutido o plano de atuação ou na semana seguinte.	3	
Enviar um relatório ao médico, descrevendo a situação da paciente e a informação obtida na fase de estudo. Após enviar a carta ao médico, aguarda-se as eventuais alterações. Para isto, marcar consulta com a paciente 2 dias depois de ir ao médico. Passado o tempo necessário, avaliar a efetividade das alterações produzidas.	3 e 4	Início: 22.01.06

5.6.2. Relatório ao médico

Farmácia Saúde
Alfenas

Data: 20-01-06

Estimado Dr. XXX

Como sabe, a paciente PAR de 50 anos, está utilizando os seguintes medicamentos:

- Enalapril 20 mg (1-0-0)
- Levonorgestrel 75mcg/Estradiol 2mg (0-0-1)

Dirigiu-se a este serviço farmacêutico referindo intensas dores de cabeça incapacitantes, durante os últimos meses. Estudados os medicamentos e a situação da paciente, suspeita-se que esta situação esteja relacionada com o estradiol da terapêutica hormonal de substituição.

Solicito que avalie a segurança do tratamento hormonal e o risco-benefício deste tratamento.

Fico à sua disposição.

ATENCIOSAMENTE

Farmacêutico, Dr. João Pedro Corrêa

Nº Carteira profissional: XXXXX

5.7. ENTREVISTAS SUCESSIVAS (RESULTADO DA INTERVENÇÃO)

Entrevistas sucessivas



Data: / Folha: /

Data	Problema de saúde e motivo da consulta	Observações	Próxima revisão
22.01.06	HTA, enxaqueca e síndrome climatérica: acordo do plano de atuação.	A paciente entende a necessidade do médico intervir para controlar as suas dores de cabeça. Entregou-se o relatório para levar ao médico. Realiza-se educação sobre HTA e automedicação da PA. Compromete-se a tomar o enalapril de forma continuada e a monitorizar a sua PA.	25.01.06 Dois dias depois de ir ao médico.
25.01.06	Enxaqueca e síndrome climatérica: alterações na farmacoterapia.	O médico retirou o tratamento hormonal e prescreveu isolavonas de soja para os fogachos. Além disto, instaurou zolmitriptano 2,5 mg para tratar os episódios agudos de enxaqueca.	30.01.06
05.02.06	HTA: valores da automedicação da PA. Enxaqueca e síndrome climatérica: evolução dos problemas.	A paciente continua a cumprir o tratamento antihipertensivo (ver tabela de parâmetros). Não tem "fogachos" e atualmente não apareceram novas crises de enxaqueca. Não se introduziram mais medidas para o controle da PA.	20.02.06

Entrevista farmacéutica: Medicamentos

Data: 17.01.06 Folha: /

Medicamento: _____	Perceção da efetividade: está melhor? _____	Data de início: 20.02.04
Substância ativa: ENALAPRIL 20 MG	Refere que a sua HTA está controlada.	Data de fim: _____
P.S. que trata: HTA	Perceção da segurança: algo de estranho? _____	Modo de uso e de administração Não conhece nenhuma recomendação sobre como utilizá-lo. Toma-o quando se lembra, com um lanche.
Posologia prescrita: 1-0-0	Não refere nada estranho relacionado com o medicamento.	Observações Nos dias em que vai ao médico pedir receitas, não se esquece de o tomar. Hoje (17.01.06) não o tomou.
Posologia utilizada: 1-0-0 (quando se lembra)		
Prescritor: médico de família		

Medicamento: _____	Perceção da efetividade: está melhor? _____	Data de início: 15.09.05
Substância ativa: LEVONORGESTREL 75 MCG / ESTRADIOL 2MG	Desde que iniciou o tratamento desapareceram os fogachos.	Data de fim: 25.01.06
P.S. que trata: "fogachos"	Perceção da segurança: algo de estranho? _____	Modo de uso e de administração Não lhe explicaram as instruções de uso. Crê que o pode tomar a qualquer hora do dia. Não sabe o que fazer quando se esquece de uma toma.
Posologia prescrita: 0-0-1	Tem a certeza que foi o responsável pelo aparecimento das crises de enxaqueca.	Observações _____
Posologia utilizada: 0-0-1		
Prescritor: médico de família		

Medicamento: _____	Perceção da efetividade: está melhor? _____	Data de início: 23.01.06
Substância ativa: ZOLMITRIPTANO 2.5 MG		Data de fim: _____
P.S. que trata: crise de enxaqueca	Perceção da segurança: algo de estranho? _____	Modo de uso e de administração Se após tomar a dose aparecer um novo ataque em menos de 24 h, pode tomar outra dose, 2 horas depois da inicial.
Posologia prescrita: Se necessário		Observações Se não há resposta à primeira dose, é improvável que uma segunda seja eficaz para o mesmo ataque. Contudo, ainda não necessitou de usar.
Posologia utilizada: _____		
Prescritor: médico de família		

Entrevista farmacéutica: Medicamentos

Medicamento: ESTROFITO FORTE	Percepção da efetividade: está melhor? _____	Data de início Data de fim	23.01.06 Modo de uso e de administração Tomar depois das refeições
Substância ativa: EXTRATO CONC. DE ISOFLAVONAS 100MG	Percepção da segurança: algo de estranho? _____	Observações: _____	
P.S. que trata: fogachos	Observações: _____		
Posologia prescrita 1-0-1	Observações: _____		
Posologia utilizada 1-0-1	Observações: _____		
Prescritor: médico de família	Observações: _____		

Medicamento: _____	Percepção da efetividade: está melhor? _____	Data de início Data de fim	_____ Modo de uso e de administração _____
Substância ativa: _____	Percepção da segurança: algo de estranho? _____	Observações: _____	
P.S. que trata: _____	Observações: _____		
Posologia prescrita _____	Observações: _____		
Posologia utilizada _____	Observações: _____		
Prescritor: _____	Observações: _____		

Medicação anterior	Nome: Substância ativa: Para quê? Observações:	Nome: Substância ativa: Para quê? Observações:	Nome: Substância ativa: Para quê? Observações:
Substância ativa: NITROFURANTOINA Para quê? INFECÇÃO URINÁRIA Observações: Usou-o há 3 anos. Está fora do prazo e é retirado da sacola de medicamentos.			

Parámetros do paciente

Folha: /



Medidas antropométricas

Data	Altura	Peso	IMC	Circ. Abdom.	Ind. Cint/Quadril
17.01.06	1,60 m	66,5 kg	25,97		

Glicemia capilar

Data	ACM	DCM	AA	DA	AJ	DJ

Dados do laboratório

Data	HbA1c	Glic.-jj	Col-T	TG	LDLc	HDLc

Pressão arterial

Data	Hora	PAS	PAD	Fr. Car
17.01.06	10.35	155	95	80
17.01.06	10.40	153	96	79
18.01.06	08.30 _{média}	158	93	82
18.01.06	19.15 _{média}	157	92	83
19.01.06	08.25 _{média}	156	90	78
19.01.06	19.10 _{média}	153	96	80
20.01.06	08.30 _{média}	157	95	82
20.01.06	19.30 _{média}	160	89	79
21.01.06	08.25 _{média}	151	97	80
21.01.06	19.00 _{média}	149	91	81
30.01.06	08.20 _{média}	146	93	78
30.01.06	19.30 _{média}	145	93	83
02.02.06	08.15 _{média}	144	90	79
02.02.06	20.00 _{média}	144	90	80

5.7.1. Novos estados de situação gerados no SF



Estado de situação

Data: 05.02.06 Folha: /

Paciente: 3 4 1 8 Código Dáder: 0 0 1 1 9 0 1 0 0 0 0 4

Sexo: feminino Idade: 50 IMC: 26 Alergias: não conhecidas

Início	Problemas de saúde			Medicamentos			Avaliação			I.F. Data início	
	Problema de saúde	Controlado	Preocupa	Desde	Medicamento (substância ativa)	Prescrita	Posologia Utilizada	N	E		S
20-02-04	Hipertensão arterial*	N	P	22-01-06	Enalapril 20 mg	1-0-0	❖				
15-09-05	Sintomas vasomotores: fogachos*	S	P	23-01-06	Extrato de soja 100mg	1-0-1	1-0-1				
4 meses	Enxaqueca*	N	B	23-01-06	Zolmitriptano 2,5mg	Se necessário	Se necessário				

*Diagnóstico Médico Documentado Preocupa: Pouco (P); Regular (R); Bastante (B) Avaliação: Necessidade (N); Eficácia (E); Segurança I.F.: intervenção farmacêutica

OBSERVAÇÕES
 A paciente continuará cumprindo o tratamento anti-hipertensivo. Não tem "fogachos" e até à data não teve novas crises de enxaqueca. Não foram introduzidas novas medidas para o controle da PA.

DATA	PARÂMETROS	
	PAS média (mmHg)	PAD média (mmHg)
30.01.06	08.20 _{média}	146
30.01.06	19.30 _{média}	145
02.02.06	08.15 _{média}	144
02.02.06	20.00 _{média}	144

5.7.2. Nova fase de estudo.

Isoflavonas de soja¹⁰¹⁻¹⁰³

A. Ação farmacológica

Isômeros dos flavonóides provenientes da soja que atuam como agonistas estrogênicos em nível do Sistema Nervoso Central, atuando no centro termorregulador hipotalâmico

B. Indicação

Tratamento dos fogachos que aparecem durante a menopausa como consequência da privação estrogênica.

As isoflavonas de soja não são um substituto do tratamento estrogênico. Não corrigem a hipoestrogenia menopáusicas.

C. Objetivo terapêutico

Diminuição da frequência e da intensidade dos fogachos. Também se tem observado melhoria da sintomatologia climatérica (insônia, nervosismo...) como consequência da melhoria dos fogachos.

Os resultados dos ensaios clínicos realizados com isoflavonas de soja, durante 4 meses, indicam que 80% das mulheres tratadas responderam ao tratamento. Destas, 71,23% começaram a notar uma melhoria nos dois primeiros meses de tratamento. Com base nos ensaios clínicos, durante os quais se observou uma maior eficácia após 2 a 4 meses de terapia, recomenda-se um tratamento de, pelo menos, 2 meses de duração. Se os sintomas desaparecerem após este tempo, deve-se encerrar a terapia. Se apenas houve uma melhoria dos sintomas, deve-se continuar o tratamento durante mais 2 meses. Após este período, o médico avaliará se se deve continuar com o tratamento.

D. Dose, dosagem e esquema terapêutico

Deve-se tomar 1 cápsula de manhã e outra à noite. Dependendo da intensidade dos sintomas, pode-se aumentar a dose para 2 cápsulas de manhã e 2 à noite.

E. Normas de correto uso e administração

É recomendável que se tome com as refeições. Se esquecer de tomar uma dose, e com o objetivo de manter os níveis de isoflavonas no sangue, é conveniente tomar o medicamento assim que se lembrar, embora não seja útil tomar duas doses juntas.

F. Efeitos indesejados

Não há informação e não estão documentados, na literatura científica, efeitos indesejados significativos. Por isto, caso se observe o aparecimento de qualquer

efeito indesejado, deve ser notificado através do sistema de farmacovigilância.

G. Educação para a saúde

Os efeitos não são imediatos, podendo começar a manifestar-se a partir das 2 primeiras semanas de tratamento. A duração máxima recomendada do tratamento é de 4 meses. Para um segundo tratamento, deve-se consultar o médico. Deve-se informar o médico ou farmacêutico se está tomando ou tomou recentemente antimicrobianos, uma vez que podem diminuir a ação do medicamento.

Zolmitriptano 2.5mg^{88-90, 103-105}

A. Ação farmacológica

É um fármaco de estrutura similar à da serotonina, com ação agonista seletiva sobre receptores de serotonina 5-HT₁ neuronais, principalmente os subtipos D e B.

A estimulação destes receptores origina duas ações que são as responsáveis pelo seu efeito terapêutico: melhoria do ataque agudo de enxaqueca.

- Ação sobre o tônus vascular craniano: produz vasoconstrição dos vasos sanguíneos cranianos dilatados durante um ataque agudo de enxaqueca, sem afetar de forma relevante a pressão arterial sistêmica.
- Ação anti-inflamatória sobre a árvore vascular dependente do trigêmeo: inibe o extravasamento de proteínas plasmáticas dos vasos sanguíneos das terminações nervosas do trigêmeo e, em consequência, diminui o processo inflamatório subjacente.

B. Indicação do medicamento

Tratamento agudo da enxaqueca com ou sem aura. Não está indicado na profilaxia da enxaqueca.

C. Objetivo terapêutico

Controlar as crises de enxaqueca.

D. Dose, dosagem e esquema terapêutico

A dose recomendada para tratar uma crise de enxaqueca é 2,5 mg. Se os sintomas da enxaqueca ressurgirem nas 24 horas seguintes à utilização do fármaco, pode-se administrar uma segunda dose; não obstante, se esta segunda dose for necessária, não se deverá tomar enquanto não decorrerem 2 horas após a administração inicial. Se um paciente não responde à primeira dose, é improvável que a segunda produza efeito para a mesma crise.

Se um paciente não obtém uma melhora satisfatória com uma dose de 2,5 mg, pode-se considerar a dose de 5 mg de zolmitriptano para crises posteriores.

A dose diária total não deverá exceder os 10 mg, não devendo tomar mais de 2 doses de zolmitriptano num período de 24 horas.

E. Normas de correto uso e administração

Aconselha-se que o tratamento comece o quanto antes possível após o início da enxaqueca, embora se possa administrar quando a crise já se instalou.

O zolmitriptano deverá ser tomado durante a fase de cefaleia da enxaqueca, pois, quando se administra durante a aura, não está demonstrado que previna a enxaqueca.

F. Efeitos indesejados

Tal como ocorre com outros tratamentos agudos da enxaqueca, há registros de cefaleia crônica diária/exacerbação da cefaléia com o uso excessivo de zolmitriptano, o que pode levar à necessidade de interrupção do tratamento.

Os possíveis efeitos indesejados são habitualmente transitórios, tendem a surgir nas 4 horas após a administração, não são mais frequentes depois de doses repetidas e resolvem-se espontaneamente sem tratamento adicional.

G. Aspetos que podem comprometer a efetividade e segurança do medicamento

O zolmitriptano está contraindicado em pacientes com hipertensão moderada ou grave e com hipertensão leve não controlada. Tal como com outros agonistas 5HT_{1B/1D}, registraram-se aumentos transitórios na pressão arterial sistêmica em pacientes com e sem história de hipertensão. Não obstante, muito raramente, estes aumentos na pressão arterial foram associados a acontecimentos clínicos significativos.


O zolmitriptano não deverá ser administrado a pacientes com fatores de risco de cardiopatia isquêmica (por exemplo, tabagismo, hipertensão, hiperlipidemia, diabetes mellitus, hereditários), sem avaliação cardiovascular prévia.

H. Educação para a saúde

Recomenda-se precaução em pacientes que executam atividades que requerem certas habilidades (por exemplo, condução de veículos ou utilização de máquinas), já que pode produzir sonolência e outros sintomas que comprometem o estado de consciência.

5.7.3. Novas entrevistas com o paciente e novos estados de situação: avaliação das intervenções.

Após as alterações da farmacoterapia, continua-se com o plano de atuação estabelecido previamente, sem incluir as novas intervenções. Após decorrer o tempo necessário, avalia-se, novamente, a farmacoterapia.

Entrevistas sucessivas		Data:	Folha: /		
Data	Problema de saúde e motivo da consulta	Observações	Próxima revisão		
22.01.06	HTA, enxaqueca e síndrome climatérica: acordo do plano de atuação.	A paciente entende a necessidade do médico intervir para controlar as suas dores de cabeça. Entrega-se o relatório para levar ao médico. Realiza-se educação sobre HTA e automedicação da PA. Compromete-se a tomar o enalapril de forma continuada e a monitorizar a sua PA.	25.01.06 Dois dias depois de ir ao médico.		
25.01.06	Enxaqueca e síndrome climatérica: alterações na farmacoterapia.	O médico retirou o tratamento hormonal e prescreveu isotriprinas de soja para os fogachos. Além disso, instaurou zolmitriptano 2,5 mg para tratar os episódios agudos de enxaqueca.	30.01.06		
05.02.06	HTA: valores da automedicação da PA. Enxaqueca e síndrome climatérica: evolução dos problemas.	A paciente continua a cumprir o tratamento antihipertensivo (ver tabela de parâmetros). Não tem "fogachos" e atualmente não apareceram novas crises de enxaqueca. Não foram introduzidas mais medidas para o controle da PA.	20.02.06		
20.02.06	HTA: Automedicação da PA e encaminhamento ao médico.	A paciente apresenta novos valores de PA. Escreve-se um relatório ao médico para que tenha conhecimento da evolução da paciente. Aguarda-se a sua avaliação sobre os problemas de saúde (PS) da paciente.	15.03.06		
19.03.06	HTA: Automedicação da PA. Enxaqueca e fogachos: evolução dos PS. FRCV: análises laboratoriais.	Após 2 meses, as crises de enxaqueca diminuíram em frequência e intensidade, até que desapareceram (21.02.06: sofreu uma crise leve que se solucionou com zolmitriptano). Na sua última visita ao médico (23.02.06), este manteve o zolmitriptano para as crises. Solicitou análises que foram feitas no dia 25.02.06.	10.04.06		

Parámetros do paciente

Folha: /

Medidas antropométricas

Data	Altura	Peso	IMC	Circ. Abdom.	Ind. Cint/Quadril
17.01.06	1,60 m	66,5 kg	25,97		
18.03.06	1,60 m	66,0 kg	25,78		

Glicemia capilar

Data	ACM	DCM	AA	DA	AJ	DJ

Dados do laboratório

Data	HbA1c	Glic-jj	Col-T	TG	LDLc	HDLc
25.02.06	5,6	89	190	125	90	55

Pressão arterial

Data	Hora	PAS	PAD	Fr. Car
17.01.06	10.35	155	95	80
17.01.06	10.40	153	96	79
18.01.06	08.30 _{media}	158	93	82
18.01.06	19.15 _{media}	157	92	83
19.01.06	08.25 _{media}	156	90	78
19.01.06	19.10 _{media}	153	96	80
20.01.06	08.30 _{media}	157	95	82
20.01.06	19.30 _{media}	160	89	79
21.01.06	08.25 _{media}	151	97	80
21.01.06	19.00 _{media}	149	91	81
30.01.06	08.20 _{media}	146	93	78
30.01.06	19.30 _{media}	145	93	83
02.02.06	08.15 _{media}	144	90	79
02.02.06	20.00 _{media}	144	90	80
15.02.06	08.20 _{media}	138	85	75
15.02.06	19.35 _{media}	136	87	85
14.03.06	08.15 _{media}	132	83	76
14.03.06	19.20 _{media}	131	80	81
15.03.06	08.00 _{media}	132	85	73
15.03.06	20.15 _{media}	130	82	83
16.03.06	08.40 _{media}	133	82	70
16.03.06	20.05 _{media}	130	85	82

Estado de situação

Data: 19.03.06 Folha: /



Paciente: 3 4 1 8 0 0 1 1 9 0 1 0 0 0 0 4

Código Dáder: 0 0 1 1 9 0 1 0 0 0 0 4

Sexo: feminino Idade: 50 IMC: 26 Alergias: não conhecidas

Problemas de Saúde			Medicamentos				Avaliação			I.F.		
Início	Problema de saúde	Controlado	Preocupa	Desde	Medicamento (substância ativa)	Prescrita	Posologia Utilizada	N	E	S	Classif. RNM	Data início
20-02-04	Hipertensão arterial*	S	P	22-01-06	Enalapril 20 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S		
15-09-05	Sintomas vasomotores: fogachos*	S	P	23-01-06	Extrato de soja 100mg	1-0-1	1-0-1	S	S	S		

*Diagnóstico Médico Documentado Preocupa: Pouco (P); Regular (R); Bastante (B) Avaliação: Necessidade (N); Eficácia (E); Segurança (S) I.F.: intervenção farmacéutica

OBSERVAÇÕES
 As crises de enxaqueca desapareceram dois meses após ter retirado a THS. Mantém o zomitrilano se aparecer nova crise. A paciente continua cumprindo o seu tratamento antihipertensivo. Não refere sintomas vasomotores.

DATA	PARÂMETROS	
	PAS média (mmHg)	PAD média (mmHg)
14.03.06	08.15 _{médica}	132
14.03.06	19.20 _{médica}	131
15.03.06	08.00 _{médica}	132
15.03.06	20.15 _{médica}	130
16.03.06	08.40 _{médica}	133
16.03.06	20.05 _{médica}	130

DATA	HbA1c	Glic.:jj	Co-T	TG	LDLc	HDLc
25-02-06	5.6	89	190	125	90	55

5.7.4. Fase de intervención: novas considerações no plano de atuação.

Plano de atuação

Data:

Folha: /



Nº	Objetivos (descrição)	Data (planejada)	Prioridade	Alcançado	Data
1	Controlar a HTA	21.01.06	Alta	<input checked="" type="checkbox"/>	20.02.06
2	Monitorizar periodicamente os FRCV	21.01.06	Média	<input type="checkbox"/>	
3	Solucionar/ aliviar as enxaquecas	21.01.06	Alta	<input checked="" type="checkbox"/>	18.03.06
4	Controlar os "fogachos"	21.01.06	Média	<input checked="" type="checkbox"/>	18.03.06
5	Manter o controle da PA	20.02.06	Média	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	

Intervenções farmacêuticas		
Descrição e planeamento	Objetivo relacionado (Nº)	Data: início, controle, resultado
<p>Deve-se promover a adesão ao tratamento com enalapril. Para isto, associar a administração do anti-hipertensivo a um hábito de vida do paciente.</p> <p>Além disto, fornecer informação sobre a HTA e os FRCV, no mesmo dia em que for discutido o plano de atuação.</p> <p>Finalmente, a paciente será instruída para a automeção da PA. A partir de então, será solicitado que venha periodicamente à farmácia mostrar os dados da sua PA.</p>	1	<p>Início: 22.01.06</p> <p>Controle: 05.02.06</p> <p>Resultado: 20.02.06</p> <p>Controle: 19.03.06</p>

Intervenções farmacêuticas		
Descrição e planejamento	Objetivo relacionado (Nº)	Data: início, controle, resultado
<p>Promover a realização de exercício através de atividades cotidianas que atualmente a paciente não realiza. <u>Também se registrará durante 24 horas a alimentação para identificar maus hábitos alimentares.</u></p> <p>Em função da resposta da paciente <u>às alterações que vão ser realizadas imediatamente, tentar combinar com ela a modificação de alguns hábitos.</u></p>	1	Início: 27.04.06 aproximadamente
<p>Comentar com a paciente (quando puder) a possibilidade de solicitar análises ao médico, para observar o perfil lipídico e outros parâmetros de interesse (glicemia em jejum, proteínas na urina, etc).</p> <p>Aproximadamente dentro de um mês, pedir à paciente que vá ao seu médico e solicite análises laboratoriais.</p>	2	Resultado: 25.02.06
<p>Controlar periodicamente o peso para seguir a sua evolução. Analisar a cada 3-6 meses.</p>	2	Início: 17.01.06 Controle: 18.03.06
<p>Deve-se instruir a paciente para que conheça as situações que podem desencadear as crises de enxaqueca. Combinar uma data com a mesma para estabelecer uma conversa na qual serão abordados estes aspectos. Provavelmente, será realizada no dia em que será discutido o plano de atuação ou na semana seguinte.</p>	3	
<p>Enviar um relatório ao médico, descrevendo a situação da paciente e a informação obtida na fase de estudo.</p> <p>Após enviar a carta ao médico, aguarda-se as eventuais alterações. Para isto, marcar consulta com a paciente 2 dias depois de ir ao médico. Passado o tempo necessário, avaliar a efetividade das alterações produzidas.</p>	3 e 4	Início: 22.01.06 Controle: 25.01.06 Controle: 05.02.06 Resultado: 19.03.06
<p>Iniciar a proposta formulada para identificar maus hábitos alimentares. Marcar consulta com a paciente para lhe perguntar o que comeu no dia anterior.</p> <p>Isto será realizado à segunda-feira e à quinta-feira da mesma semana. Repetir mensalmente.</p>	2 e 5	Início: 26.03.06

5.7.6. Registro das intervenções farmacêuticas

Para recolher, resumidamente, a informação sobre as intervenções farmacêuticas realizadas, tanto para resolver ou prevenir um RNM (manifestados e suspeitas de RNM) como para preservar os resultados positivos atingidos no paciente, deve-se preencher as folhas de **intervenção farmacêutica**.

Estas folhas de intervenção farmacêutica devem **ser encaminhadas ao Programa Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico**, onde será armazenada a informação para posterior análise pelos responsáveis e coordenadores do programa.

Como exemplo, mostra-se como se deve preencher a folha de intervenção farmacêutica para o RNM: PA descontrolada

Folha de intervenção

Resultados Negativos asociados à Medicação

Identificação	
Data: 19.01.06	RNM: elevação da pressão arterial
Classificação do RNM (Marcar uma opção)	Situação do PS <small>(Marcar uma opção)</small>
Problema de Saúde não tratado	<input checked="" type="checkbox"/> Problema manifestado
Efeito de medicamento desnecessário	<input type="checkbox"/> Risco de aparecimento
Inefetividade não quantitativa	Medição inicial
<input checked="" type="checkbox"/> Inefetividade quantitativa	154/93 mmHg
Insegurança não quantitativa	
Insegurança quantitativa	
Medicamento (s) implicado (s)	
Código	Nome, dosagem, forma farmacéutica
	ENALAPRIL 20 mg - Comprimidos orais
Causa: identificação do PRM (selecionar as opções que considere oportunas)	
<input type="checkbox"/> Administração errada do medicamento	
<input type="checkbox"/> Características pessoais	
<input type="checkbox"/> Conservação inadequada	
<input type="checkbox"/> Contra-indicação	
<input type="checkbox"/> Dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada	
<input type="checkbox"/> Duplicação	
<input type="checkbox"/> Erros na dispensação	
<input type="checkbox"/> Erros na prescrição	
<input checked="" type="checkbox"/> Não adesão	
<input type="checkbox"/> Interações	
<input type="checkbox"/> Outros problemas de saúde que afetam o tratamento	
<input type="checkbox"/> Probabilidade de efeitos adversos	
<input type="checkbox"/> Problema de saúde insuficientemente tratado	
Outros	
Descrição: A paciente esquece com frequência de tomar o enalapril. Não tem um padrão claro das administrações.	

Atuação			
Data: 21.01.06	Objetivo: PA < 140/90 mmHg		
O que se pretende fazer para resolver o problema			
Intervir na quantidade dos medicamentos	Modificar a dose		
	Modificar a dosagem		
	Modificar o esquema terapêutico (redistribuição da quantidade)		
Intervir na estratégia farmacológica	Adicionar medicamento		
	Retirar medicamento		
	Substituir medicamento		
Intervir na educação do paciente	Modo de uso e de administração do medicamento		
	Aumentar a adesão ao tratamento (atitude do paciente)		
	Educar em medidas não farmacológicas		
	Não está claro		
Descrição: Fornecido informação sobre a HTA e os FRCV. Associou-se a administração do medicamento a um hábito de vida da paciente. Instrução sobre a automedicação da PA			
Via de comunicação			
Verbal com o paciente	<input checked="" type="checkbox"/> Escrita para o paciente		
Verbal paciente-médico	<input type="checkbox"/> Escrita paciente-médico		
Resultado			
O que aconteceu com a intervenção?			
Data: 05.02.06			
A paciente começa a cumprir o tratamento. De 15 em 15 dias dirige-se à farmácia para trazer os dados de PA medidos em casa.			
O que aconteceu com o problema de saúde?			
Data: 20.02.06			
Após um mês, os valores de PA normalizaram-se, atingindo-se o objetivo terapêutico.			
Resultado	RNM resolvido	RNM não resolvido	Medição final:
Intervenção aceita	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131/82 mmHg
Intervenção não aceita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Bibliografía

1. Lazarou J, Pomeranz b, Corey P. Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalised Patients. A meta-analysis of Prospective Studies. JAMA 1998; 279 (15): 1200-1205.
2. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug related morbidity and mortality. Updating the cost of illness model. J Am Pharm Assoc 2001; 41 (2): 192-199
3. Climente C, Quintana V, Martínez G, et al. Prevalencia y Características de la Morbilidad relacionada con los medicamentos como causa de ingreso hospitalario. Aten Farm 2001; 3(1) 9-22.
4. Baena MI. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Madrid: Ergon; 2004.
5. Howard RL, Avery AJ, Howard PD, Partridge M. Investigation into the reasons for presentable drug related admissions to a medical admissionsunit: observational study. Qual Saf Health Care. 2003;12:280-5.
6. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE 2006; 178: 28122- 28165.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: MSC; 2001.
8. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Ars Pharm 2007; 48 (1): 5-17.
9. Cipolle R, Strand L, Morley P. Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide. New York: McGraw-Hill; 2004.
10. Cornelli R, Kradjan W, Koda-Kimble MA, Young L, Guglielmo BJ, Alldredge B. Assessment of Therapy and Pharmaceutical Care. En: Applied therapeutics. The clinical use of drugs. 8th ed. Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins; 2005;1-22.
11. American Society of Health System Pharmacists ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. Am J Health-Syst Pharm 1996; 53: 1713-16.
12. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Método Dáder para el Seguimiento Farmacoterapéutico. Ars Pharm. 2005; 46 (3): 309-337.
13. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002; 274: 40126- 40132.
14. Comentario de Experto Legal. Sánchez-Caro J, Abellán F. Atención Farmacéutica y Responsabilidad Profesional. Granada: Editorial Comares SL; 2004
15. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 1999; 298: 43088-43099.
16. Real Decreto 994/1999, de 11 de Junio, Reglamento de Medidas de Seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. BOE 1999; 151: 24241-24245.
17. Grupo de Consenso. Documento de Consenso en Atención Farmacéutica. Ars Pharmaceutica 2001; 42 (3-4): 223-243.

18. Consejo de Ministros de Europa. Resolución relativa el papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria. ResAP. N.º 2001/2 (21 de marzo de 2001). Disponible en: <http://cm.coe.int/ta/res/resAP/2001/2001xp2.htm>
19. Guerrero RM, Tyler SM, Nickman NA. Documenting the provision of pharmaceutical care. *Top Hosp Pharm Manage.* 1992; 11(4):16-29.
20. Brock KA, Casper KA, Green TR, Pedersen CA. Documentation of patient care services in a community pharmacy setting. *J Am Pharm Assoc (Wash DC)* 2006;46(3):378-84.
21. Costa FA, Foppe Van Mil JW, Duggan CA, Mata PL, Caramona M. Evaluación de formas de documentación para atención farmacéutica a pacientes con asma. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(3): 153-171.
22. Faus MJ. DaderWeb: aplicación de nuevas tecnologías al seguimiento farmacoterapéutico. *SAFH* 2007; 3(1): 40-42.
23. Colorado Díaz-Caneja G, Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Faus Dáder MJ. DADERWeb: Un sistema para la realización, gestión y evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico. Informe Preliminar. [Documento Interno]. Granada: GIAF-UGR; 2007
24. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm* 1990; 24(11): 1093-7.
25. Panel de consenso ad hoc. Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con Medicamentos. *Pharmaceutical Care* 1999; 1(2): 107-112
26. Panel de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharmaceutica* 2002; 43(3-4): 175-184.
27. WONCA Classification Committee. An international glossary for general/family practice. *Fam Pract* 1995; 12(3): 341-369.
28. Badía X, Bigorra J. La Investigación de Resultados en Salud: de la evidencia a la práctica clínica. Xavier Badía Llanç (Ed.). Barcelona: Edimac, 2000.
29. Kozma CM, Reeder CE, Schulz RM. Economic, clinical and humanistic outcomes: a planning model for pharmaco-economic research. *Clin Ther* 1993; 15(6): 1121-1132.
30. Fernández-Llimos, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con los medicamentos: resultados como el centro de un nuevo paradigma. *Seguim Farmacoter* 2005; 3(4): 167-188.
31. Schaefer M. Discussing basic principles for a coding system of drug-related problems: the case of PI-Doc. *Pharm World Sci* 2002;24(4):120-7.
32. American Society of Health-System Pharmacist. ASPH guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm* 1996; 53: 1713-16.
33. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice.* New York; McGraw-Hill; 1998.
34. Van Mil JWF, Westerlund LOT, Hersberger KE, Schaefer MA. Drug-related problem classification systems. *Ann Pharmacother* 2004; 38: 859-67.
35. Abu Ruz SM, Bulatova NR, Yousef AM. Validation of comprehensive classification tool for treatment-related problems. *Pharm World Sci* 2006; 28: 222-232.
36. Alegre del Rey E, Martínez Rodríguez L, Tejedor de la Asunción I, Rabadan Asensio A. Pharmacy attention to prescriptions in order to bring practice into line with scientific evidence. *Aten Primaria* 2001; 27: 663-6.
37. Fernández-Llimos F, Faus MJ. From "drug-related problems" to "negative clinical outcomes". *Am J Health Syst Pharm* 2005; 62(22): 2348-50.
38. Foro de Atención Farmacéutica. PRM y RNM: conceptos. *Farmacéuticos* 2006; 315: 28-29.

39. Fajardo P, Baena MI, Alcaide J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 158-64.
40. Silva-Castro MM, Calleja MA, Machuca M, Fernández-Llimos F, Faus MJ. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados: adaptación del Método Dáder. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(2): 73-81.
41. Machuca M, Fernández-Llimos F, Faus MJ. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder. Granada: GIAF-UGR; 2003.
42. Faus MJ, Martínez F, Fernández-Llimós F. Programa Dáder de implantación del Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Granada: GIAF-UGR; 2000.
43. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53.
44. Armando P, Semeria N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Aten Prim.* 2005; 36(3): 129-34.
45. Salcedo J, Agudelo N, Baena MI. Seguimiento farmacoterapéutico durante la hospitalización a pacientes transplantados en la fundación clínica Valle del Lili (Cali-Colombia). *Seguim Farmacoter* 2004; 2(1): 12-8.
46. Gutiérrez-Godínez J, Torres-Jácome J, Herrera EV, Albarado A, Poce D, López-López JG. Seguimiento farmacoterapéutico de antiparasitarios para pacientes pediátricos de Santa María Acuexcomac-México. *Seguim Farmacoter* 2005; 3(3): 150-153.
47. Costa S, Santos C, Madeira A, Santos MR, Santos R. Uso de dos diferentes clasificaciones de problemas relacionados con medicamentos en farmacias comunitarias – La experiencia portuguesa *Seguim Farmacoter* 2004; 2(4): 267-285.
48. Barris D, Faus MJ. Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Ars Pharm* 2003; 44(3): 225-237.
49. Fontana Raspanti D, Solá Uthurry N. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. *Farm Hosp (Madrid)* 2003; 27: 78-83.
50. Bicas Rocha K, Campos Vieira N, Calleja MA, Faus MJ. Detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios y desarrollo de instrumentos para el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(2):49-57.
51. Amariles P, Giraldo N. Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes y problemas relacionados con la utilización de medicamentos en el contexto de Colombia. *Seguim Farmacoter* 2003;1(3):99-104.
52. Silva Castro MM, Calleja Hernández MA, Tuneu i Valls L, Fuentes Caparrós B, Gutiérrez Sainz J, Faus Dáder MJ. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes ingresados en un servicio de cirugía. *Farm Hosp* 2004; 28(3):154-69.
53. Campos Vieira N, Bicas Rocha K, Calleja Hernández MA, Faus MJ. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Margarita. *Farm Hosp (Madrid)* 2004; 28(4):251-57.
54. Calderón Herranz B, Calleja Hernández MA, Faus MJ. Detección de problemas relacionados con los medicamentos del paciente de la unidad de observación del área de urgencias. *Rev OFIL* 2005; 15(2):39-47
55. Caelles N, Ibañez J, Machuca M, Martínez F, Faus MJ. Entrevista farmacéutico-paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp* 2002; 4(1): 55-59.
56. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 30 (303):1385-7.

57. Valverde I, Silva-Castro MM. La Entrevista Farmacéutica. En: Curso Básico de Atención Farmacéutica On-Line. Correo Farmacéutico. Granada: GIAF-UGR; 2006 Disponible en: www.correofarmacaceutico.com/cursoaf
58. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1994.
59. Remington. Ciencia y Práctica de la Farmacia 20ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2003.
60. Connor A, Roston A, Fiset V, Teotroe J, Entwinsde V, Llewellyn-Thomas H, Holmes-Rovner M, Barry M, Jones J. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions; systematic review. *BMJ* 1999; 319:731-34.
61. Aguas Y, De Miguel E, Suárez de Venegas C. Modelo para presentación de casos adaptado a la metodología Dáder. *Pharm Care Esp* 2002;4(1):60-3.
62. Correr CJ, Melchioris AC, Rossignoli P, Fernandez-Llimos F. Aplicabilidad del estado de situación en el cálculo de complejidad de la medicación en pacientes diabéticos. *Seguim Farmacoter* 2005; 3(2): 103-11.
63. National Institute for Clinical Excellence (NICE): Guideline Development Methods. Chapter 6: Identifying the evidence. Information for National Collaborating Centers and Guideline Developers [Internet]. London: NICE; February 2004 (Actualizado Marzo 2005) [acceso 2005 Marzo 24]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/pdf/GDM_Chapter6.pdf
64. Sabater Hernández D, Amariles P. Educación Sanitaria. En: Curso Básico de Atención Farmacéutica. Granada: GIAF-UGR; 2006. Disponible en: <http://www.correofarmacaceutico.com/formacion/>
65. Silva-Castro MM, Sáez-Benito Suescun L, Faus MJ. Contexto Sanitario de la Educación para la Salud. En: Fundamentos de Educación para la Salud. Módulo I. Master en Educación para la Salud. Universidad de Valencia. Valencia: Alfa Delta SL; 2007
66. BMJ Publishing Group. Centro Cochrane Iberoamericano, LEGIS. Evidencia Clínica. Bogotá: LEGIS S.A.; 2007 Disponible en: <http://www.evidenciainclinica.com/Homepage.asp>
67. Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Tuneu L, Martínez Martínez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(3): 195-205.
68. Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2005; 3 (2): 90-97.
69. Wiederholt JB, Wiederholt PA. The patient: our teacher and friend. *Am J Pharm Educ* 1997; 61; 415-423.
70. Tuneu L, Silva-Castro MM. El paciente como centro de la práctica asistencial. En: Silva-Castro MM, Calleja MA, Tuneu L, Faus MJ, ed. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hospitalarios. Método Dáder. Granada: Fundación Virgen de las Nieves; 2007
71. Lee SJ, Back AL, Block SD, Steward SK. Enhancing Physician-Patient Communication [Review]. *Haematology (Am Soc Hematol Educ Program)*. 2002; 464-83.
72. Mullen PD, Simona-Morton DG, Ramirez G, Frankowski RF, Green LW, Mains DA. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counselling for three groups of preventive health behaviours. *Patient Education and Counselling* 1997; 32:157-73.
73. Fortin JA, Hirota LK, Bond BE, O'Connor AM, Nananda F. Identifying patient preferences for communication risks estimates: a descriptive pilot study. *BMC Medical Informatics and Decision making* 2001:1:2.
74. Sáez-Benito Suescun L, Silva-Castro MM, Faus MJ. Aspectos básicos de la Educación para la Salud. Capítulo 2. En: Fundamentos de Educación para la Salud. Módulo I. Master en Educación para la Salud. Universidad de Valencia. Valencia: Alfa Delta SL; 2007.

75. Machuca M, Martínez Romero F, Faus MJ. Informe farmacéutico-médico según la metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 358-363.
76. Baena MI, Martínez-Olmos J, Faus MJ, Fajardo P. El seguimiento farmacoterapéutico: un componente de la calidad en la atención al paciente. *Ars Pharm* 2005; 46 (3): 213-232.
77. Faus MJ. El Programa Dáder. *Pharm Care Esp* 2000; 2(2): 73-74.
78. Martínez F, Fernández-Llimós, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de seguimiento del tratamiento farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica* 2001; 42(1): 53-65.
79. Silva-Castro MM, Amariles P, Sabater Hernández D, Parras M, Ferrer I, Faus MJ. Casos prácticos de seguimiento farmacoterapéutico. 1ª ed. Granada: GIAF-UGR; 2006.
80. Grupo de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Guía de Prevención Cardiovascular. 2 ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2003; Disponible en: <http://www.papps.org/publicaciones/cardio.pdf>
81. Brotons C, Royo-Bordonada MA, Álvarez-Sala L, Armario P, Artigao RR, Conthe P et al. Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). *Aten Primaria* 2004; 34: 427-32
82. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía Española de Hipertensión Arterial. SEH-LELHA 2005. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/guiahta05.htm>.
83. National Heart, Lung, and Blood Institute National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289:2560-2572.
84. Bertomeu V, Dalfó A, Esmatjes E, Guillén F, Guerrero L, Llisteri JL, et al. Automedida de la presión arterial. Documento de Consenso Español 2006. Madrid: Sociedad Española de Diabetes; 2006. Disponible en: <http://www.sediabetes.org/documentos/noticias/50 archivo.pdf>
85. Amariles P, Machuca M, Sabater Hernández D. Guía de actuación farmacéutica en Prevención Cardiovascular. Granada: GIAF-UGR; 2006. Disponible en: <http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIAS.HTM>
86. Sabater Hernández D, Amariles P, Corpas JP. Cómo mejorar su salud cardiovascular. Granada: GIAF-UGR; 2006. Disponible en: <http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIAS.HTM>
87. Portalfarma.com [pagina web en Internet]. BOT. Base de datos de medicamentos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. © Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: <http://www.vademecum.medicom.es/index.cfm>
88. Stockley HI. Interacciones farmacológicas. 1ª ed. Barcelona: Pharma Editores SL; 2004.
89. Amariles P, Giraldo NA, Faus MJ. Interacciones medicamentosas: aproximación para establecer y evaluar su relevancia clínica. *Med clín* 2007; 129 (1): 27-35.
90. Martindale Guía completa de consulta farmacoterapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
91. Coutado Méndez A. Menopausia y terapia hormonal. *Guías Clínicas* 2004; 4 (9). Coruña; Fisterra; 2004. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/menopausia.asp>.
92. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de

- Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. Disponible en: <http://infordoctor.org/rafabravo/guiamenopausia.pdf>.
93. Faure ED, Chantre P, Mares P. Effects of a standardized soy extract on hot flushes: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Menopause* 2002; 9(5):329-34.
 94. Tice JA, Ettinger B, Ensrud K, Wallace R, Blackwell T, Cummings SR. Phytoestrogen supplements for the treatment of hot flashes: the Isoflavone Clover Extract (ICE) Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290(2):207-14.
 95. Nelson HD, Vesco KK, Haney E, Fu R, Nedrow A, Miller J, et al. Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2006; 295(17):2057-71.
 96. Farquhar CM, Marjoribanks J, Lethaby A, Lamberts Q, Suckling JA and the Cochrane HT Study Group. Tratamiento hormonal a largo plazo para mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
 97. Subdirección General de Medicamentos de Uso Humano. Restricción de las indicaciones terapéuticas de la terapia hormonal de sustitución. Información de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para el Profesional Sanitario. Madrid, Agemed; 2004. Disponible en: http://www.agemed.es/actividad/alertas/docs/THS_profesional-enero04.pdf
 98. Rodríguez P, López I, Sánchez de Enciso M. Migraña. Guías clínicas 5 (33). Coruña: Fisterra; 2005. Disponible en <http://www.fisterra.com/guías2/migrana.asp>.
 99. Trilla A, Carné X, Rodés J. Manual de terapéutica médica. 1ª ed. Barcelona: Masson SA; 2002.
 100. Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ* 1999; 318: 13-8.
 101. sinaem.agemed.es [pagina web en Internet]. Ficha Técnica de Phyto Soya. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subsecretaría de Sanidad. Agencia Española del Medicamento. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=63919&formato=pdf&formulario=FICHAS>
 102. Low Dog T. Menopause: a review of botanical dietary supplements. *Am J Med* 2005; 118 Suppl 12B:98-108.(Zolmitriptán)
 103. Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología Humana. 4ª edición. Barcelona: Masson SA; 2003
 104. sinaem.agemed.es [pagina web en Internet]. Ficha Técnica del Zolmitriptán. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subsecretaría de Sanidad. Agencia Española del Medicamento. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaHtml&codigo=61826&fichaCompleta=S>
 105. Thomson International Healthcare Series. Micromedex DRUGDEX® System. CD-ROM]. Greenwood Village: Thomson Corporate Headquarters; 2005.

ANEXO. LISTA DE RECURSOS WEB PARA EFETUAR SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA

1. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	http://www.nice.org.uk/
2. National Guideline Clearinghouse (NGC)	http://www.guideline.gov/
3. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (CADTH)	http://www.cadth.ca
4. Fisterra	http://www.fisterra.com

EVIDÊNCIAS PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE (Revisões de investigações primárias)

5. Bandolier	http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/
6. Bandolera	http://www.infodoctor.org/bandolera/
7. Biblioteca Cochrane Plus	http://www.update-software.com/clibplus/clibpluslogon.htm
8. NHS centre for reviews and dissemination.	http://www.york.ac.uk/inst/crd/
9. Turning Research Into Practice. TRIPDatabase	http://www.tripdatabase.com
10. Evidencia Clínica.	http://www.evidenciaclinica.com/Homepage.asp

PROCURA DE ARTIGOS (Bases de dados biomédicas)

11. PUBMED Querie.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed
12. Ovid.	http://www.ovid.com/
13. Proquest.	http://www.proquest.co.uk/en-UK
14. Embase. Excerpta medica.	http://www.embase.com
15. Índice bibliográfico español de ciencias de la salud (IBECS)	http://www.eifl.net/cps/sections/services/negotiations/free-e-resources/spanish/ibecs-indice-bibliogra
16. Biblioteca Virtual en Salud (BVS)	http://bvs.isciii.es/E/index.php
17. Índice Médico Español (IME)	http://www.csic.es/
18. Medscape	http://www.medscape.com/

REVISTAS (Investigações primárias)

19. Journal of American Medical Association (JAMA)	http://jama.ama-assn.org/
20. British Medical Journal (BMJ)	http://www.bmj.com
21. Archives of Internal Medicine	http://archinte.ama-assn.org/
22. New England Journal of Medicine	http://content.nejm.org/
23. The Lancet 23	http://www.thelancet.com
24. Atención Primaria	http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?f=7032&revistaid=27
25. Medicina Clínica	http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?f=7032&revistaid=2

REVISTAS DE FARMACOTERAPIA

26. Journal of American Health- System Pharmacists	http://www.ajhp.org/
27. The Annals of Pharmacotherapy	http://www.theannals.com
28. Pharmacotherapy	http://www.pharmacotherapy.org
29. Pharmacy World & Science	http://www.springerlink.com/content/102977/
30. Prescrire	http://www.prescrire.org/
31. Pharmaceutical Care España	http://www.pharmaceutical-care.org
32. Pharmacy Practice	http://www.pharmacypractice.org/

VADE-MÉCUM

33. Micromedex	http://www.micromedex.com
34. Martindale	http://www.emartindale.com
35. Base de datos Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos	http://www.portalfarma.com/Home.nsf/Home?OpenForm
36. European Public Assessment Report (EPAR) for authorised medicinal products for human use	http://www.emea.europa.eu/htms/human/epar/a.htm
37. EudraPharm	http://eudrapham.eu/eudraphamsearchAZ.do
38. Medicamentos autorizados en España (Uso Humano) de la Agencia del Española del Medicamento	https://sinaem4.agemed.es/consaem
39. Medicamentos autorizados en Portugal (Uso Humano) del Instituto Nacional da Farmacia e do Medicamento	http://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php
40. IDIS/Web Base de datos de la University of Iowa	http://itsnt14.its.uiowa.edu/
41. RxList. The Internet Drug Index	http://www.rxlist.com
42. National electronic Library for Medicines (NeLM)	http://www.druginfozone.nhs.uk/home/default.aspx
43. Vademécum Internacional España MediMedia-Medicom	http://www.vademecum.medicom.es/
44. Vademécum On-line América Latina	http://www.prvademecum.com
45. Medscape Drug Reference	http://search.medscape.com/drug-reference-search
46. UK Medicines Information	http://www.ukmi.nhs.uk/Med_info/default.asp

BOLETINS DE MEDICAMENTOS

47. The Medical Letter on Drugs and Therapeutics	http://www.medicalletter.org/html/sample.htm
48. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud	http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/home.htm
49. Drugs and Therapeutics Bulletin (DTB) del grupo editorial BMJ	http://www.dtb.org.uk/idtb/
50. MeReC bulletin del National Prescribing Centre del NHS	http://www.npc.co.uk/merec_bulletins.htm

51. Boletín Terapéutico Andaluz.	http://www.juntadeandalucia.es/epescuelasaludpublica/web/cadime/cadime_documentos.asp?idSub=378&idSec=303&idCab=303
52. Butlletí Groc.	http://www.icf.uab.es/informacion/boletines/bg/asp/bg_e.asp
53. Butlletí d'informació terapèutica del Servei Català de Salut	http://www.icf.uab.es/informacion/boletines/bit_c.htm
54. Boletín de información terapéutica de Navarra	http://www.cfnavarra.es/WebGN/SOU/publicac/BJ/inicio.htm
55. Boletín INFAC. Centro Vasco de Información de Medicamentos CEVIME-MIEZ	http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-478/es/contenidos/informacion/infaces_1223/infac_c.html

AGÊNCIAS E ORGANISMOS DE AVALIAÇÃO DE MEDICAMENTOS

56. Food and Drug Administration (FDA)	http://www.fda.gov/
57. Agencia Europea del Medicamento (EMA)	http://www.ema.eu.int/
58. Dirección General de Farmacia Ministerio de Sanidad y Consumo	http://www.msc.es/profesionales/farmacia/home.htm
59. Agencia Española del Medicamento (AEM)	http://www.agemed.es/
60. Rational Assessment of Drugs and Research (RADAR) del National Prescribing Service Limited	http://www.npsradar.org.au/
61. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)	http://www.isciii.es/aets/
62. Agencia Evaluación Tecnología de Andalucía (AETSA)	http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA/

ORGANIZAÇÕES E ASSOCIAÇÕES

63. Organización Mundial de la Salud (OMS)	http://www.euro.who.int/
64. European Society of Clinical pharmacy.	http://www.escp.nl/
65. American Society of Health-System Pharmacists	http://www.ashp.org
66. American Pharmaceutical Association	http://www.aphanet.org
67. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.	http://www.sefh.es
68. Sociedad Española de Farmacia Comunitaria	http://www.sefac.org
69. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria	http://www.sefap.org
70. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada	http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es
71. Programa Dáder de Seguimiento	http://www.daderweb.es

WEB DE PacienteS OU PARA PacienteS RELACIONADAS COM MEDICAMENTOS

72. MedlinePlus	http://medlineplus.gov/spanish/
73. Public Citizen's Health Research Group	http://www.worstpills.org/

As direções URL foram revistas em 17 de Maio de 2007.

Fontes:

(1) Silva-Castro MM, Bermúdez-Tamayo C, García Gutiérrez JF, Jiménez Pernet J, Tuneu L, Azpilicueta I, Fernández-Llimós F. Recursos web utilizados por los farmacéuticos para realizar atención farmacéutica. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(1): 19-23. Disponible en: <http://www.cipf-es.org/SF/vol-02/abs019-023.htm>

(2) Jiménez Pernet JJ, García Gutiérrez JF. Identificación y evaluación de la calidad de sitios web con información de medicamentos [Monográfico en Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006. Disponible en: <http://campus.easp.es/Abierto/course/view.php?id=139>