

Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico

Henrique Mateus Santos

Paula Iglésias Ferreira

Patrícia Lopes Ribeiro

Inês Cunha



**GRUPO DE INVESTIGAÇÃO
EM CUIDADOS FARMACÊUTICOS
DA UNIVERSIDADE LUSÓFONA**

2007

Autores:

Henrique Mateus Santos¹, Paula Iglésias Ferreira¹, Patrícia Lopes Ribeiro², Inês Cunha³

1) Mestre (DEA) em Farmácia Assistencial pela Universidade de Granada. Farmacêutico. Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona (GICUF-ULHT).

2) Licenciada em Ciências Farmacêuticas. Farmacêutica.

3) Licenciada em Ciências Farmacêuticas da Universidade Lusófona. Farmacêutica. Master en Atención Farmacéutica pela Universidade de Granada.

Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico.

GICUF-ULHT 01/2007 (1ª edição). Versão online.

ÍNDICE

OBJECTIVOS GERAIS	4
INTRODUÇÃO AO SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	5
Objectivo	5
Conceito de Seguimento Farmacoterapêutico	5
RESULTADOS NEGATIVOS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO	10
Objectivo	10
Conceito de Resultado Negativo associado à Medicação	10
Resultado Negativo associado à Medicação. Efeito Quantitativo e não Quantitativo	12
Problemas Relacionados com Medicamentos	13
MÉTODO PARA REALIZAR SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	16
Objectivo	16
Conceitos	16
Fases do Seguimento Farmacoterapêutico	17
Referências Bibliográficas	29

Objectivos Gerais

- Contribuir para a qualificação dos farmacêuticos comunitários e hospitalares na prática clínica do seguimento farmacoterapêutico.
- Definir os conceitos gerais de Cuidados Farmacêuticos e de Seguimento Farmacoterapêutico.
- Definir Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) e a Classificação do Terceiro Consenso de Granada.
- Definir o conceito de Problemas Relacionados com Medicamento (PRM) como indicador do processo do uso dos medicamentos.
- Apresentar a sistemática de identificação dos Resultados Negativos associados à Medicação (RNM).
- Ensinar um método de Seguimento Farmacoterapêutico que permita procurar, identificar, prevenir e resolver todos os Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) que o doente apresente.
- Iniciar o farmacêutico na realização de um caso prático de seguimento farmacoterapêutico.

Módulo I

Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico



Objectivo

O objectivo deste módulo é definir os conceitos relacionados com a prestação de cuidados farmacêuticos no âmbito do seguimento farmacoterapêutico para farmacêuticos assistenciais (comunitários e hospitalares).

Conceito de Seguimento Farmacoterapêutico

Em 1980, Brodie, descrevia Cuidados Farmacêuticos como a prática profissional que “inclui a determinação da necessidade dos medicamentos necessários para uma situação individual e o fornecimento não só do medicamento, mas também dos serviços necessários (antes, durante e depois do tratamento) de modo a assegurar uma segurança óptima e a efectividade da terapêutica”¹.

Foi, contudo, só em 1990 que Hepler e Strand ao publicarem o artigo “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care” demonstraram claramente que o envolvimento dos farmacêuticos na avaliação dos resultados clínicos produzidos pelos medicamentos podia contribuir para a redução da morbi-mortalidade relacionada com os mesmos. Surge assim, o conceito que os Cuidados Farmacêuticos tinham como objectivo principal auxiliar os doentes a obterem o máximo benefício da sua medicação².

Os medicamentos permitem tratar ou prevenir uma doença, retardar a progressão desta ou atenuar os seus sintomas, além de auxiliarem no diagnóstico clínico (Figura 1).

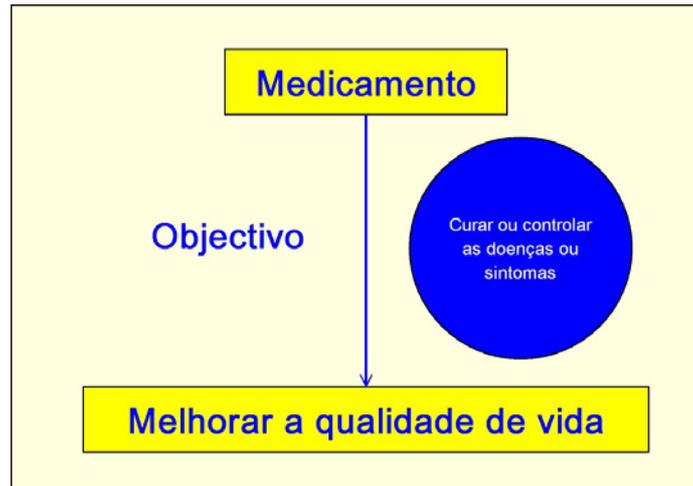


Figura 1. Objectivo dos Medicamentos

No entanto, estes mesmos medicamentos podem, em alguns casos, falhar quando provocam efeitos adversos, toxicidade ou não alcançam os objectivos terapêuticos para os quais estão destinados. Deste modo, os medicamentos podem originar problemas de segurança e/ou de eficácia (Figura 2).

As falhas da farmacoterapia provocam um aumento da morbilidade, da mortalidade e, conseqüentemente, dos gastos em saúde, constituindo assim um problema de saúde que surge quando se verifica o binómio medicamento-doente.

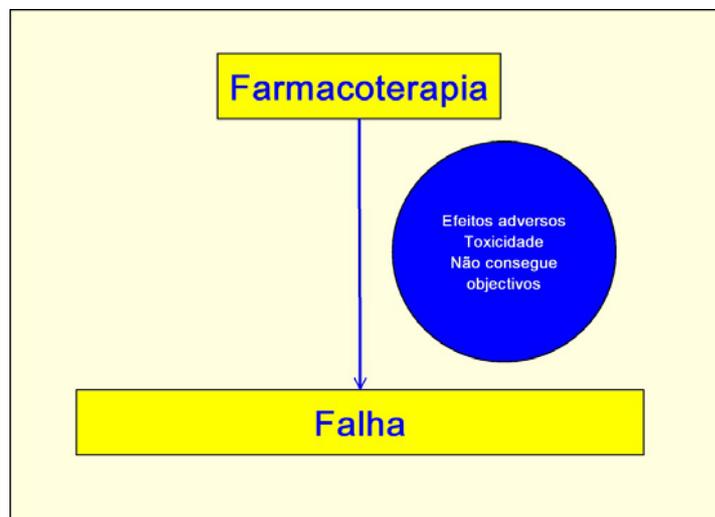


Figura 2. Falhas da Farmacoterapia

Em 1993, na segunda reunião da OMS sobre as funções do farmacêutico no sistema de cuidados de saúde, foi salientada a necessidade do maior envolvimento dos farmacêuticos na avaliação dos resultados da utilização dos medicamentos, assim como noutros aspectos dos cuidados de saúde³.

Outro marco importante para a clarificação deste conceito foi a resolução do Comité de Ministros do Conselho da Europa que, em 2001, de modo claro e objectivo, reforçou a necessidade do farmacêutico se envolver na avaliação dos resultados obtidos com a farmacoterapia interagindo com o doente e com os outros profissionais de saúde⁴.

Também o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, no ano de 2001, aprovado pelo Decreto-Lei nº 212/79 de Julho, refere que “a primeira responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente”⁵.

O farmacêutico passou a sentir-se comprometido com o doente, em colaboração com os outros profissionais de saúde, na obtenção de resultados concretos em relação ao estado de saúde do seu doente.

Pode definir-se Cuidados Farmacêuticos como a participação activa do farmacêutico na assistência ao doente na dispensa e no seguimento de um tratamento farmacoterapêutico, cooperando, deste modo, com os outros profissionais de saúde com o objectivo de alcançar resultados que melhorem a qualidade de vida do doente, incluindo-se também, o envolvimento do farmacêutico em actividades que proporcionem boa saúde e previnam doenças^{2 6}.

A falta de informação por parte do doente acerca da sua medicação constitui uma fonte potencial de Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) que podem afectar a sua saúde.

Vários estudos revelam o impacto da morbilidade associada aos medicamentos. Num estudo realizado nos Estados Unidos da América em 1996, os Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) constituíram a segunda causa de internamento evitável, logo a seguir ao cancro e seguidos do enfarto do miocárdio, diabetes *mellitus* e asma (Figura 4).

Baena, durante o ano de 2000/2001 estudou a prevalência de Resultados Negativos de Medicação na urgência do Hospital Universitário Virgen de las Nieves em Granada. Foram entrevistados 2556 doentes. A prevalência de RNM foi de 33,17% (IC de 95%), dos quais 73,13% foram considerados evitáveis. O custo total dos RNM considerados evitáveis atendidos no mesmo hospital com referência ao ano de 2001 foi de quase 12 milhões de Euros⁷⁻⁹.

O farmacêutico desempenha um papel fundamental no fornecimento de informação e seguimento qualificado da terapêutica do doente, pois é o profissional de saúde com formação específica em medicamentos e, também, maior acessibilidade por parte dos doentes, colaborando deste modo na redução da morbilidade e da mortalidade associadas aos medicamentos¹⁰.

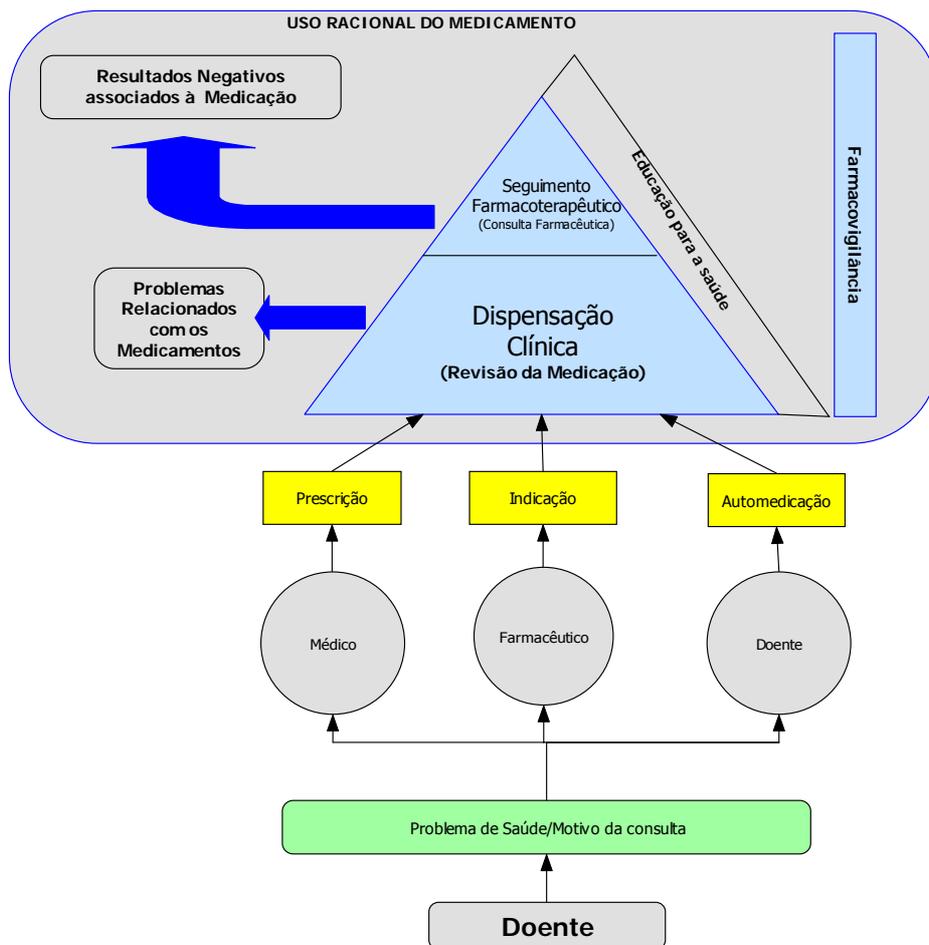


Figura 3. Fluxograma dos Cuidados Farmacêuticos

Actualmente os Cuidados Farmacêuticos constituem um conceito abrangente que significa a interação entre o farmacêutico e o seu doente (cooperando com o médico e com os outros profissionais de saúde), tendo como objectivo atingir a melhoria da qualidade de vida deste. Incluem-se neste conceito a dispensa activa, a consulta de indicação farmacêutica, a farmacovigilância, a manipulação magistral, a educação para a saúde e o seguimento farmacoterapêutico, ou seja, todas as actividades dirigidas para um doente em concreto (ver Figura 3)^{5 6}.

Cancro	5,2/1000
PRM	4/1000
Infarto de miocárdio	3,1/1000
Diabetes mellitus	1,9/1000
Asma	1,8/1000

Questionário Nacional de Admissões Hospitalares nos EUA

Figura 4. Taxas de Internamento Evitável (Inquérito de Altas Hospitalares, 1996, EUA)

O Seguimento Farmacoterapêutico (SF) permite ao farmacêutico aplicar os seus conhecimentos sobre problemas de saúde e medicamentos (Medicamentos Sujeitos a Receita Médica e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica), com o objectivo de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos seus doentes, resolvendo os Resultados Negativos associados à Medicação (RNM).

O SF, como qualquer outra actividade de saúde, necessita de procedimentos de trabalho normalizados e validados através da experiência para ser realizado com a máxima eficiência de modo a permitir avaliar o processo, mas sobretudo os resultados.

O seguimento farmacoterapêutico assumido como a prática profissional em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do doente relacionadas com medicamentos é realizado através da detecção de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) e da prevenção, e resolução dos Resultados Negativos associados à Medicação (RNM), com o objectivo de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente. Estudos demonstram que a implementação do seguimento farmacoterapêutico em ambulatório ou em hospital melhoram os resultados pretendidos com a farmacoterapia.

Em conclusão, o Seguimento Farmacoterapêutico tem como principal objectivo colaborar com todos os profissionais de saúde de modo a que um determinado doente possa, assim, alcançar a máxima efectividade da sua terapêutica.

Módulo II

Resultados Negativos associados à Medicação

(Terceiro Consenso de Granada)



Objectivo

O objectivo deste segundo módulo é enunciar o conceito de Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) e a sua classificação.

Conceito de Resultado Negativo associado à Medicação

A realização de Seguimento Farmacoterapêutico é um exercício profissional que consiste em procurar, identificar, prevenir e resolver os Resultados Negativos associados à Medicação (RNM).

Os Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) são definidos como resultados na saúde do doente não adequados ao objectivo da farmacoterapia e associados ao uso ou falha no processo de utilização dos medicamentos. É definida como suspeita de RNM a situação em que o doente está em risco de sofrer de um problema de saúde associado ao uso de medicamentos, geralmente devido à existência de um ou mais Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM), os quais podemos considerar como factores de risco destes RNM. Sendo que os PRM são todas aquelas situações, que durante o processo de utilização dos medicamentos, podem causar o aparecimento de um Resultado Negativo associado à Medicação¹¹.

Quando os objectivos terapêuticos não são alcançados ou quando, como consequência da utilização de um medicamento, aparece um novo problema de saúde, é quando podemos afirmar que existe o que definimos como sendo um RNM.

Os RNM referidos são de três tipos, relacionados com a necessidade do medicamento por parte do doente, com a sua efectividade ou com a sua segurança. A sua classificação é efectuada em seis categorias, que por sua vez se agrupam em três supra categorias, como se apresenta na Figura 5.

Necessidade:
Problema de saúde não tratado. O doente sofre de um problema de saúde associado ao facto de não receber a medicação que necessita.
Efeito de medicamento não necessário. O doente sofre de um problema de saúde associado ao facto de receber um medicamento que não necessita.
Efectividade:
Inefectividade não quantitativa. O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefectividade não quantitativa da medicação.
Inefectividade quantitativa. O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefectividade quantitativa da medicação.
Segurança:
Insegurança não quantitativa. O doente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento.
Insegurança quantitativa. O doente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento.

Figura 5. Classificação de Resultados Negativos da Medicação (Terceiro Consenso de Granada)

Na identificação de cada RNM procede-se do seguinte modo¹²:

Os medicamentos são necessários?

- **Não** – Efeito de medicamento não necessário

Os medicamentos são efectivos?

- **Não** – Depende da quantidade?
 - **Não** – Inefectividade não quantitativa
 - **Sim** – Inefectividade quantitativa

O medicamento é seguro?

- **Não** – Depende da quantidade?
 - **Não** – Insegurança não quantitativa
 - **Sim** – Insegurança quantitativa

Falta alguma medicação para os problemas de saúde (que não estejam relacionados com PRM já identificados)?

- **Sim** – Problema de saúde não tratado

Entende-se que:

- Um medicamento é necessário quando foi prescrito (médico) ou indicado (farmacêutico) para um problema de saúde concreto que o doente apresenta;
- Um medicamento não é efectivo quando não atinge suficientemente os objectivos terapêuticos esperados;
- Um medicamento não é seguro quando produz ou agrava algum problema de saúde;
- Um RNM considera-se quantitativo quando depende da magnitude do efeito.

Em conclusão, é necessário solucionar o problema da má utilização dos medicamentos que na actualidade constitui um problema de saúde de grande magnitude. A solução passa por um melhor controlo da farmacoterapia, através da realização de seguimento farmacoterapêutico para assim evitar o aparecimento de RNM.

Resultado Negativo associado à Medicação. Efeito Quantitativo e não Quantitativo

Um resultado clínico negativo da farmacoterapia é a manifestação da inefectividade ou da insegurança da utilização de um medicamento por parte de um doente. Um medicamento sendo inefectivo não produz o efeito desejado e sendo inseguro provoca um novo problema de saúde ou agrava um problema de saúde já existente. O conceito de quantidade associado aos RNM traduz-se no facto do efeito produzido por um medicamento ser dependente da quantidade efectiva do medicamento que o produz. Considera-se, deste modo, que um excesso de medicamento pode produzir uma insegurança quantitativa e que a insuficiência do medicamento pode produzir uma inefectividade quantitativa¹³.

Por exemplo a acarbose, um inibidor da alfa-amilase pancreática e da alfa-glucosidase intestinal, atrasando a absorção da glucose, provoca com alguma frequência um problema de segurança associado a dor intestinal, flatulência e diarreia. Está descrito na literatura que a acarbose pode provocar estes efeitos que podem ser agravados com o excesso de hidratos de carbono da dieta e que, normalmente, existe melhoria do problema com a redução da dose de acarbose. Na realidade, muitos doentes que sentem estes sintomas provocados pela acarbose, ao reduzir a quantidade do medicamento melhoram substancialmente destes efeitos. Este é um exemplo de um efeito quantitativo, isto é, de uma insegurança quantitativa da acarbose que se encontra em excesso e que ao ser reduzida poderá contribuir para que se reduzam ou desapareçam os problemas de saúde apresentados.

Por outro lado, os RNM podem também ser provocados por medicamentos independentemente da quantidade efectiva que produz o efeito, isto é, certos resultados clínicos surgem porque o medicamento não faz o efeito que se espera, independentemente da quantidade e também porque provocam problemas de segurança que também, não dependem da quantidade do medicamento.

O exemplo mais paradigmático da insegurança não quantitativa é o caso da tosse, por vezes nocturna e seca, provocada pelo captopril, um problema de saúde provocado pelo aumento da bradicinina a nível pulmonar, que, de acordo com a documentação científica recente, não depende da quantidade do medicamento. Estamos, neste caso, perante uma insegurança não quantitativa, isto é, o efeito não desaparecerá se reduzirmos a quantidade

do mesmo. O efeito de insegurança quantitativa depende da suspensão ou da alteração do esquema terapêutico. Como outro exemplo de uma inefectividade não quantitativa podemos referir o edema do tornozelo provocado pela nifedipina.

Falamos de quantidade e não de dose, pois os factores que influem neste processo dependem mais da quantidade do que da dose. A dose corresponde à quantidade de medicamento administrado numa toma. O conceito de dose está bem caracterizado em termos farmacêuticos e nem sempre corresponde à quantidade efectiva disponível para desencadear o efeito. Como exemplo podemos referir novamente o caso do captopril. Este medicamento, um Inibidor da Enzima da Conversão da Angiotensina, usado para controlar a hipertensão, é usado em doses que normalmente, podem ir até 150 mg/dia. Pois, a absorção do captopril é diminuída pela presença de alimentos. A redução da quantidade absorvida pode diminuir até 40% caso seja tomado após as refeições. Temos assim o facto que, para a mesma dose a quantidade efectiva do medicamento é diminuída se o captopril for tomado após as refeições. Uma das medidas para aumentar a efectividade do captopril pode ser tomar o medicamento fora do período das refeições.

Problemas Relacionados com Medicamentos

Define-se Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) aquelas situações que durante o processo de uso dos fármacos causam ou podem causar o aparecimento de um Resultado Negativo associado à Medicação¹¹.

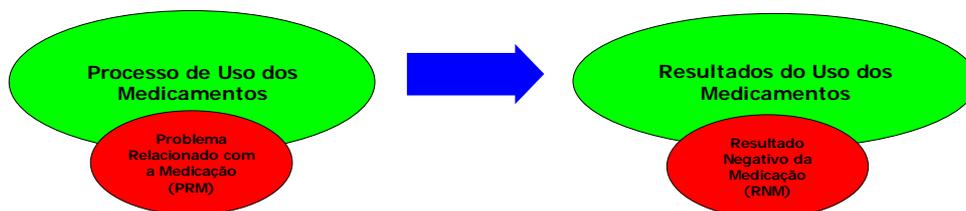


Figura 6. PRM como causa de RNM

Podemos, deste modo, caracterizar os PRM como as causas dos RNM. Erros de medicação e, de certo modo, os Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) evitáveis podem ser a causa desses Resultados Negativos da Medicação (RNM) definidos como “Resultados na saúde do doente não adequados ao objectivo da farmacoterapia e associados ao uso ou falha no uso de medicamentos”.

O modelo de Donadabian, baseado no conceito de Estrutura-Processo-Resultado permite considerar os PRM como indicadores do resultado do processo do uso dos medicamentos, isto é indicadores de resultado intermédios e os RNM como indicadores de morbi-mortalidade, isto é, indicadores da efectividade e da segurança da medicação de um doente concreto¹⁴.

Intervir na resolução dos PRM pode prevenir o aparecimento de RNM. Entre os PRM mais comuns podemos referir:

- Administração errada de um medicamento
- Características pessoais

- Conservação inadequada do medicamento
- Contra-indicação
- Duplicação
- Erros de dispensação/validação
- Erros de prescrição
- Incumprimento (não adesão à terapêutica)
- Interações
- Outros problemas de saúde que afectam o tratamento
- Probabilidade de efeitos adversos
- Problema de saúde insuficientemente tratado
- Outros

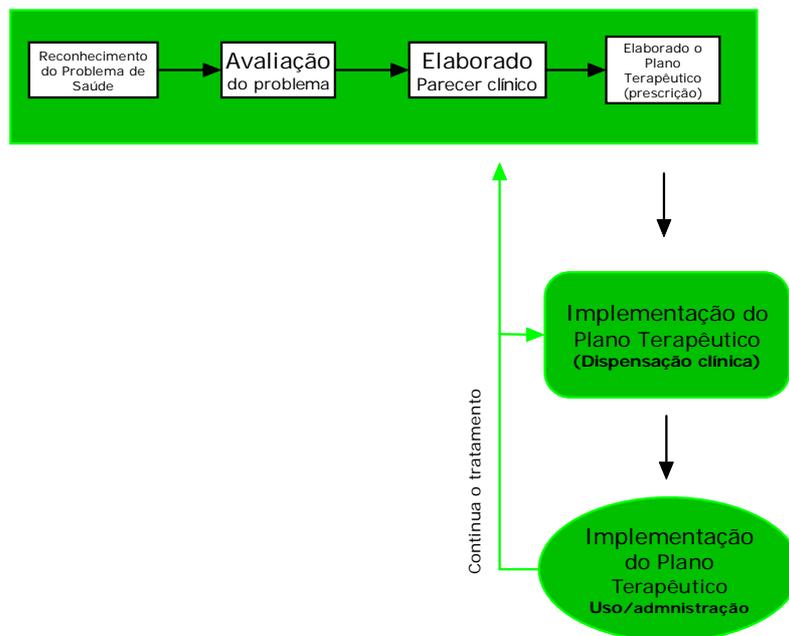


Figura 7. Diagrama do Processo de Uso dos Medicamentos

Na Figura 7, podemos observar o diagrama do processo de uso dos medicamentos¹⁵. O início da terapêutica inicia-se pelo reconhecimento do problema de saúde que o doente apresenta. Esta avaliação pode ser realizada pelo médico, pelo farmacêutico ou pelo próprio doente, num processo que designamos respectivamente de prescrição médica, indicação farmacêutica ou automedicação.

No momento da dispensação clínica o farmacêutico entrega o medicamento seleccionado acompanhado das informações necessárias ao seu uso adequado. Nesse momento o farmacêutico procura identificar, prevenir e resolver os PRM encontrados.

Casos Práticos

Caso Prático 1 (explicado):

Um doente do sexo masculino está a tomar, há cerca de três anos, Captopril (Capoten®) 25 mg antes das três refeições principais.

Os valores de Pressão Arterial medidos pelo farmacêutico foram de 167/90mmHg e de 164/89 mmHg em dois dias consecutivos, respectivamente. Durante a entrevista inicial o doente refere que muitas vezes não toma a medicação sobretudo o comprimido da hora de almoço.

Na avaliação da farmacoterapia o farmacêutico identifica um RNM de inefectividade quantitativa. A causa deste Resultado Negativo associado à Medicação é a falta de adesão à terapêutica. O farmacêutico realiza uma intervenção no sentido do doente cumprir a medicação prescrita. Após 12 dias o doente apresentou valores de pressão arterial normais.

Elabore um estado de situação utilizando o impresso do anexo 2 (Estado de Situação).

Caso Prático 2 (explicado):

Um doente do sexo masculino está a tomar, há cerca de três meses, captopril 25 mg (Capoten®) antes das três refeições principais.

Os valores de Pressão Arterial medidos pelo farmacêutico são 139/85. O doente cumpre a medicação.

Durante a entrevista inicial o doente queixa-se que desde há cerca de um mês começou a sentir uma tosse seca, irritante que “quase não o deixa dormir” e que “não se encontra sequer constipado”.

Na avaliação da farmacoterapia o farmacêutico após a consulta a um Centro de Informação de Medicamentos (CIM)¹⁶ identificou uma Insegurança Não Quantitativa, devida ao Captopril uma vez que está descrito na literatura que os Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA) podem produzir esse tipo de situação e que pode aparecer até 9 meses após o início da medicação. Além disso o farmacêutico teve a informação, através da documentação enviada pelo CIM, que esse efeito negativo do captopril não desapareceria com a redução da dose mas sim com a alteração do medicamento. O farmacêutico envia um relatório farmacoterapêutico ao médico, através do doente. O médico substituiu o IECA por valsartan, um Antagonista da Recaptação da Angiotensina II(ARA). Após uma semana a tosse seca que o doente se queixou desapareceu totalmente e os valores de pressão arterial continuaram normais.

Elabore um Estado de Situação utilizando o impresso do anexo 2 (Estado de Situação).

Para estudar o caso prático deve consultar as seguintes fontes de informação (<http://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php>):

Resumo das Características do Medicamento Capoten 25, comprimidos

Resumo das Características do Medicamento Aspirina 100, comprimidos

Resumo das Características do Medicamento Glucobay 100, comprimidos

Prontuário Terapêutico (<http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>)

Módulo III

Método para Realizar Seguimento Farmacoterapêutico

(Método Dáder)



Objectivo

O objectivo deste módulo é ensinar um método de seguimento farmacoterapêutico (SF) que permita:

1. Identificar todos os Resultados Negativos Associados à Medicação (RNM) de um doente;
2. Resolver todos os Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) identificados no doente.

Conceitos

De um modo geral, o Método de SF baseia-se na obtenção da História Farmacoterapêutica do doente, isto é, nos problemas de saúde que este apresenta, nos medicamentos que utiliza e na avaliação do seu Estado de Situação numa determinada data, de forma a identificar e resolver os possíveis Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) que o doente apresenta. Após esta identificação realizam-se as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os RNM e posteriormente avaliam-se os resultados obtidos^{17 18}.

O Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico é um método simples, que permite ao farmacêutico aplicar os seus conhecimentos sobre problemas de saúde e medicamentos, com o objectivo de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos seus doentes, resolvendo os Resultados Negativos associados à Medicação (RNM).

O Método Dáder foi desenvolvido pelo Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade de Granada nos anos 90 e é a ferramenta de trabalho de muitos farmacêuticos comunitários e hospitalares, que praticam seguimento farmacoterapêutico.

Este método, para além de proporcionar procedimentos simples para se realizar seguimento farmacoterapêutico, também é um método de formação contínua (Programa Dáder), baseado na técnica de “aprender-fazendo”, que visa melhorar a competência e a qualidade da Intervenção Farmacêutica na área da farmacoterapia¹⁹.

Entende-se por Problema de Saúde (PS) a seguinte definição, “qualquer queixa, observação ou facto que o doente e/ou o médico percebem como um desvio à normalidade e que afectou, possa afectar ou afecte a capacidade funcional do doente”.

A Intervenção Farmacêutica (IF) é o que diferencia a dispensa de medicamentos do SF e define-se como a acção do farmacêutico que visa melhorar o resultado clínico dos medicamentos, mediante a alteração da utilização dos mesmos. Esta intervenção enquadra-se dentro de um plano de actuação acordado previamente com o doente.

O Plano de Actuação é o conjunto de intervenções que o doente e o farmacêutico acordam realizar, para resolver os RNM detectados por este.

O Plano de Seguimento é o programa de visitas acordado entre o doente e o farmacêutico para assegurar que os medicamentos que o doente toma são apenas aqueles que ele necessita e que continuam a ser os mais efectivos e seguros possível.

Fases do Seguimento Farmacoterapêutico

O Método de SF tem um procedimento concreto em que se elabora um Estado de Situação objectivo do doente, e a partir do qual vão resultar as correspondentes Intervenções Farmacêuticas, em que cada farmacêutico, em conjunto com o doente e o seu médico, decide a acção a tomar em função dos seus conhecimentos e das condições particulares de cada caso.

O procedimento do SF contém as seguintes fases (Figura 8):

- 0) Fase prévia (Oferta do Serviço)
- 1) Primeira visita (História Farmacoterapêutica)
- 2) Estado de Situação
- 3) Fase de Estudo
- 4) Fase de Avaliação
- 5) Plano de Actuação
- 6) Intervenção Farmacêutica
- 7) Resultado da Intervenção farmacêutica
- 8) Novo Estado de Situação
- 9) Entrevistas sucessivas

Figura 8. Fases do Seguimento Farmacoterapêutico

Passamos a descrever cada uma dessas etapas:

Fase prévia (Oferta do Serviço): Selecciona-se um doente de entre os que frequentam a farmácia (seja qual for a sua patologia) e que esteja a utilizar medicamentos ou que necessite de os utilizar (Figura 9).

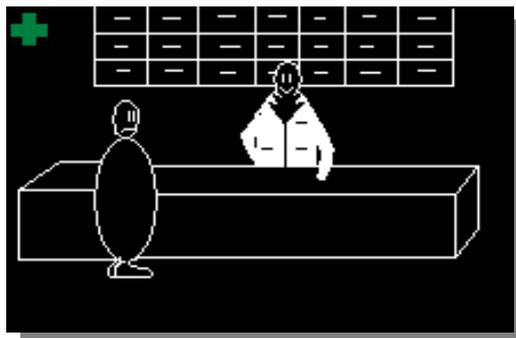


Figura 9. Oferta do serviço

Convidamo-lo para a Primeira Visita, em data e hora marcadas, e solicita-se que traga à farmácia todos os medicamentos que tem em casa para uso próprio (mesmo os que já tomou anteriormente).

Primeira visita (História Farmacoterapêutica): A entrevista está estruturada em 3 etapas: a) preocupações de saúde; b) saco com medicamentos; c) revisão (Ver anexo 1). O objectivo é recolher informação sobre todos os medicamentos que o doente está a tomar e sobre todos os problemas de saúde que o doente refere (Figura 10).

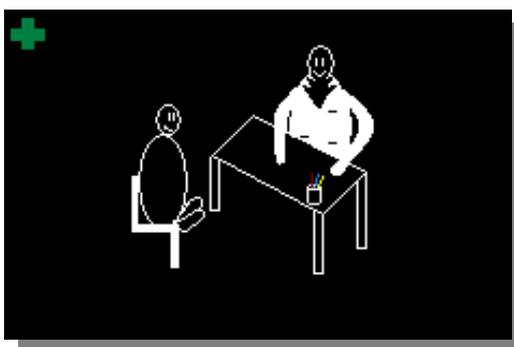


Figura 10. Primeira visita

1ª Etapa - Preocupações de Saúde (ver anexo 1)

Pergunta aberta. Depois de cumprimentar o doente, pede-se para falar sobre o que o preocupa quanto à sua saúde e aos seus medicamentos.

Não se deve interromper o doente. Contudo, se for necessário, deve-se reconduzir a entrevista para os problemas de saúde e para os medicamentos. Nesta fase não se deve perguntar nada, pois pode-se distrair a atenção do doente das suas verdadeiras preocupações. Se for pertinente aprofundar algum aspecto concreto, utiliza-se a terceira fase da visita (revisão).

Nesta primeira fase da entrevista, o doente apenas refere os problemas de saúde que o preocupam mais. Os outros problemas de saúde que o doente possa apresentar obtêm-se na segunda fase (saco dos medicamentos) ou na terceira fase (revisão).

2ª Etapa - Saco dos Medicamentos (ver anexo 1)

O objectivo desta fase é obter toda a informação possível sobre cada um dos medicamentos. O farmacêutico tira os medicamentos do saco, um a um, e segurando um medicamento na mão de cada vez, obtém todas as respostas às dez perguntas do impresso. O procedimento deve ser repetido para cada medicamento.

É necessário que o doente responda a cada uma das perguntas fechadas, e depois de todas respondidas, o farmacêutico deve classificar de – Bem (B), Regular (R) ou Mal (M) - o cumprimento e o conhecimento que o doente tem de cada medicamento; se não for possível classificar com as respostas já obtidas, tem que se efectuar uma pergunta complementar.

Considera-se que o doente cumpre Bem (B) quando toma sempre o medicamento. Cumpre Regular (R) quando algumas vezes não o toma. Cumpre Mal (M) quando frequentemente não o toma. Esta avaliação é qualitativa e é o farmacêutico que a faz.

Considera-se que o doente toma um medicamento, quando o faz de forma contínua, descontínua ou esporádica, e que não o toma quando efectivamente já não o toma, e neste caso só se fazem as perguntas 1, 3, 4 e 10 (medicação anterior).

A pergunta 7 (como é que o toma?) faz-se para averiguar se toma o medicamento antes, durante ou depois das refeições e se o faz com água ou leite, etc. A resposta a esta pergunta permite ao farmacêutico avaliar o conhecimento que o doente tem sobre o medicamento em causa. Considera-se conhecer Bem (B) um medicamento quando o doente respeita sempre as precauções com a toma; Regular (R) quando nem sempre as respeita; conhece Mal (M) quando não respeita as precauções com a toma. O conceito de “conhecimento” de um medicamento é importante pois as precauções com a toma podem interferir com a absorção dos fármacos e noutros aspectos farmacocinéticos relacionados com a utilização dos medicamentos (ex.: o alendronato de sódio tomado após a refeição não será absorvido e conseqüentemente não será efectivo, o captopril tomado com os alimentos pode reduzir a absorção até quase 40%, a aspirina tomada em jejum pode produzir problemas de estômago, etc.).

Deste modo, a falta de cumprimento ou conhecimento podem ser eventuais causas de um RNM. No entanto, por vezes, um doente pode cumprir mal e/ou conhecer mal e não ter nenhum RNM, porque um RNM é um efeito e não uma causa.

3ª Etapa – Revisão (ver anexo 1)

A revisão inicia-se dizendo ao doente que já terminou a entrevista, mas que vamos proceder a uma revisão rápida para garantir que não nos esquecemos de nada, enumerando de seguida e de forma rápida a lista (sempre perguntando: “toma alguma coisa para...?”) e aprofundando apenas os aspectos que sejam necessários, para atingir todos os objectivos.

Esta etapa da visita tem três objectivos:

- Obter informação sobre outros medicamentos que o doente esteja a utilizar e que não tenha trazido no saco (cremes que não considera medicamentos e que tem na casa de banho, plantas medicinais, medicamentos não sujeitos a receita médica, etc...). Sobre cada medicamento que aparece é necessário obter a mesma informação que se recolheu para os anteriores e anotá-la na parte anterior do questionário (saco dos medicamentos).
- Obter informação sobre outros problemas de saúde que o doente tem e que se esqueceu de referir na primeira fase ou que o preocupam menos. Ou sobre problemas de saúde que o preocupam bastante, mas no início da entrevista não teve à vontade para os mencionar.

- Obter informação complementar útil para a avaliação posterior, detendo-se onde seja necessário, incluindo dieta ou hábitos do doente. Por exemplo, se é um doente a tomar antidiabéticos orais (deve-se perguntar quantas calorias tem a dieta prescrita).

Quer as situações fisiológicas (gravidez, lactantes) como as alergias a medicamentos, são extremamente importantes para a avaliação da terapêutica, pelo que não devem passar despercebidas.

O farmacêutico também deve informar-se sobre os hábitos sociais do doente, por exemplo, cafés, álcool, hábitos tabágicos, etc.

Se se justificar, isto é, se o doente tiver algum problema de saúde que necessite de medições de parâmetros biológicos, então o farmacêutico deve fazer as medições necessárias, se tiver equipamento e respeitando os procedimentos adequados.

Anotam-se também os dados do doente que o farmacêutico considera mais relevantes. Esta parte pode-se ir completando nas visitas sucessivas.

O registo do número de telefone é imprescindível para que se possa combinar uma data ou para perguntar algo ao doente, que se considere importante no momento de fazer a avaliação e que se tenha esquecido de perguntar na primeira visita.

Termina-se a visita transmitindo ao doente, que nos parece que vale a pena trabalhar juntos e que seguramente conseguiremos tirar melhor partido dos resultados obtidos com a sua medicação, que estudaremos com detalhe toda a informação e que o contactaremos para combinar uma visita onde o informaremos de tudo.

Estado de situação: O objectivo desta fase é dispor resumidamente da informação mais relevante obtida na primeira visita, de forma que a partir deste impresso seja mais fácil estudar os medicamentos (utilizados ou por utilizar), face aos problemas de saúde do doente (Figura 11).

Também se anotam aqui, como veremos mais adiante, os novos medicamentos e os novos problemas de saúde que surjam em visitas posteriores para voltar a fazer um novo estudo e uma nova avaliação. Quando surgem novos problemas de saúde anota-se se o preocupam Bastante (B), Regular (R) ou Pouco (P). Se um problema de saúde não estava controlado e passou a estar tem de registar-se esta nova informação. Quando surgem novos medicamentos anota-se a dose diária, se cumpre (Bem, Regular, Mal) e se conhece (Bem, Regular, Mal). Qualquer alteração na dose ou intervalo de toma tem de ser registado. Em suma, qualquer alteração num dos parâmetros do estado de situação tem de ser registada e terá de se estudar tudo novamente, após a elaboração de um novo estado de situação.

Geralmente, considera-se que os problemas de saúde referidos na 1ª fase da entrevista (pergunta aberta) são os que preocupam mais o doente. Os problemas de saúde obtidos durante a fase do "saco" (perguntas fechadas) são os que o preocupam regular e os obtidos na fase de revisão, geralmente, são os que o preocupam pouco. É evidente que, por vezes, existem alguns aspectos que embora só detectados na revisão podem preocupar bastante o doente. É o caso de problemas do foro íntimo ou sexual, que só quando o doente ganha algum grau de confiança com o farmacêutico os refere.

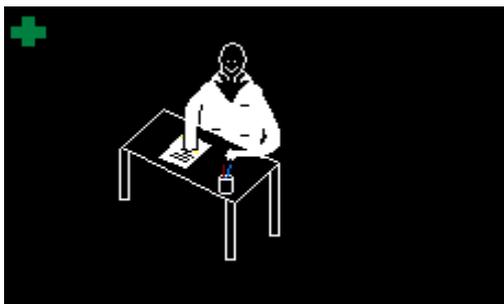


Figura 11. Estado de Situação

Fase de estudo: Nesta fase estudam-se todos e cada um dos medicamentos que o doente está a utilizar, procurando uma possível relação com os seus problemas de saúde. Também se estuda toda a informação necessária sobre cada problema de saúde (Figura 12)²⁰.

Esta fase tem de ser repetida de forma completa, cada vez que se produzir uma nova situação, por exemplo: de alteração de dose, de medicamento ou se surgir um novo problema de saúde.



Figura 12. Fase de Estudo

Fase de avaliação: Depois do estudo de cada medicamento e problema de saúde, procura-se e identifica-se as suspeitas de RNM, de acordo com a classificação de RNM do Terceiro Consenso de Granada (Figura 13).



Figura 13. Fase de Avaliação

Utiliza-se a sistemática de identificação de RNM (Ver página 12).

Plano de actuação: Registam-se todas as suspeitas de RNM encontradas, quer sejam RNM manifestados ou não. Priorizam-se e decidem-se as actuações para resolver os RNM identificados, assim como se elabora a estratégia para a monitorização do doente (Figura 14).



Figura 14. Plano de actuação

Intervenção Farmacêutica: Comunica-se ao doente o resultado negativo detectado e a proposta de solução, combinando-se com ele como resolvê-lo. Também se estabelece uma data para uma próxima visita, que pode ser presencial ou telefónica, com o objectivo de avaliar a resolução ou não do resultado negativo da medicação (Figura 15).

A intervenção farmacêutica representa a penúltima etapa de cada ciclo de seguimento farmacoterapêutico que termina na avaliação dos resultados clínicos alcançados pelo doente. Define-se Intervenção Farmacêutica como a acção do farmacêutico que visa melhorar o resultado clínico [clinical outcome] dos medicamentos, mediante a alteração da utilização dos mesmos²¹.



Figura 15. Intervenção Farmacêutica

A intervenção farmacêutica pode ser realizada de duas formas:

- **Farmacêutico - Doente:** se o RNM se deve a causas derivadas do uso do medicamento por parte do doente;
- **Farmacêutico - Doente - Médico:** se a estratégia delineada pelo médico não atinge os efeitos esperados, ou se se trata de um problema de saúde que necessite de diagnóstico médico.

A intervenção Farmacêutico-Doente realizar-se-á de uma forma verbal ou escrita, conforme decisão do farmacêutico, com o intuito de obter o maior êxito possível. Contudo, a Intervenção Farmacêutico-Doente-Médico realizar-se-á com uma comunicação escrita, que deve conter os seguintes itens:

Apresentação do Doente: referindo todos os dados do doente (problemas de saúde e medicamentos) imprescindíveis para abordar o problema.

Motivo da Comunicação: causa pela qual se remete ao médico. Deve referir-se dados dos problemas de saúde que possuem parâmetros quantitativos, sinais e sintomas que o doente apresente, sem utilizar palavras que levem a pensar que o farmacêutico possa fazer diagnóstico ou prognóstico de algum problema de saúde.

Parecer Farmacêutico: relação possível do resultado negativo com os medicamentos, uma vez estudados, todos eles.

Despedida: realçando o papel de decisão do médico e a importância da intervenção, bem como, oferecendo colaboração para o seu êxito.

Resultado da Intervenção Farmacêutica: Na data marcada avalia-se se o RNM foi resolvido ou não. Considera-se que se resolveu um RNM quando a intervenção efectuada conduziu ao desaparecimento ou melhoria clinicamente significativa do problema de saúde que lhe deu origem. Se após a intervenção o problema de saúde não desapareceu nem melhorou, diz-se que não se resolveu o RNM (Figura 16).

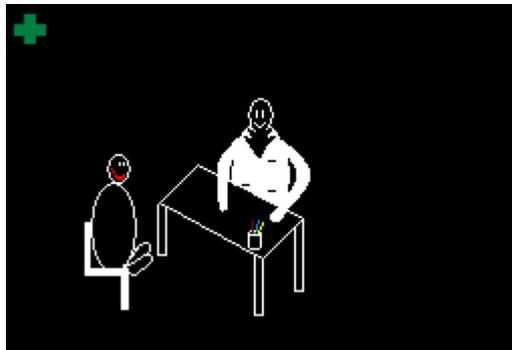


Figura 16. Resultado da Intervenção

Novo Estado de Situação: O resultado da intervenção dará lugar a um Novo Estado de Situação do doente cujo objectivo é recolher as alterações existentes desde a intervenção, relativas aos problemas de saúde e medicamentos.

Toda a metodologia de seguimento farmacoterapêutico tem de ter em conta a necessidade de comunicar com o médico em caso de suspeita de RNM.

Entrevistas Sucessivas: Esta fase tem por objectivos:

- Continuar a resolver os RNM pendentes segundo o plano de actuação acordado.
- Cumprir o plano de seguimento para prevenir o aparecimento de novos RNM.
- Obter informação para poder documentar os novos estados de situação e melhorar a fase de estudo.

Em conclusão, na realização de uma correcta metodologia de Seguimento Farmacoterapêutico o farmacêutico necessita de ter conhecimentos em várias áreas científicas, ser detentor de uma boa capacidade de comunicação (tanto com o doente como com os restantes profissionais de saúde), tomar decisões com base na evidência e em fontes de informação fiáveis, e possuir uma formação específica contínua e actualizada em Seguimento Farmacoterapêutico.

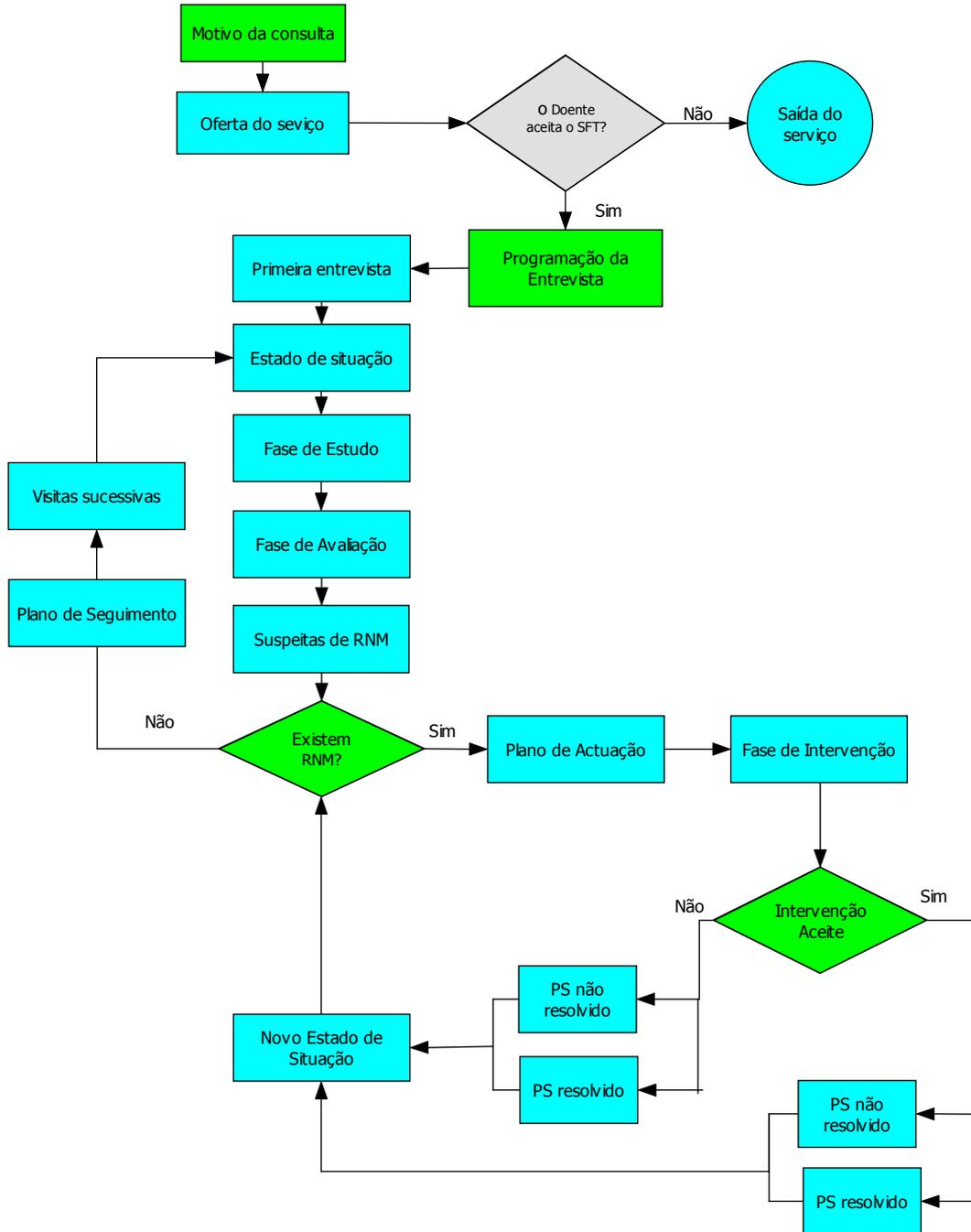


Figura 17. Fluxograma do Seguimento Farmacoterapêutico

Resolução de um Caso prático de Seguimento Farmacoterapêutico

João tem 66 anos. Está reformado, situação que o leva a ter uma vida um pouco sedentária. No dia 4 de Outubro de 2006, na entrevista inicial, queixa-se ao farmacêutico estar muito preocupado com a "diabetes que lhe apareceu há cerca de 5 anos." Desde essa altura que toma Glibenclamida 5 mg antes das três principais refeições. Desde há cerca de 4 anos que tem a pressão arterial alta, que está sempre controlada pois toma captopril 25 mg antes do pequeno-almoço e do jantar, desde Setembro de 2005 e amlodipina 5 mg que já toma desde Outubro de 2002 ao pequeno-almoço.

O farmacêutico realiza a entrevista inicial e na parte final executa alguns testes analíticos. Detectou que o doente apresenta valores de colesterol total de 301 mg/dl e o valor de glicemia em jejum de 240 mg/dl.

A pressão arterial está a 123/78 mm de Hg. O Índice de Massa Corporal (IMC) é de 31,1.

Resolução do caso:

Após a entrevista inicial o farmacêutico elabora o Estado de Situação. Coloca em cada linha do Estado de Situação o Problema de Saúde e o Medicamento que o trata.

Após a Fase de Estudo avalia-se a farmacoterapia (parte amarela do impresso), elaborando-se as perguntas da sistemática de identificação de RNM.

A Glibenclamida é necessária para tratar a Diabetes? Está a ser efectiva? Está a ser segura?

Como existe uma resposta negativa para a efectividade da glibenclamida, o farmacêutico pergunta se esta inefectividade depende da quantidade? A resposta é que não depende da quantidade identificando-se assim um RNM de inefectividade não quantitativa, uma vez que a magnitude do efeito não depende da quantidade do medicamento mas sim da alteração do esquema terapêutico, isto é, vai ser necessário adicionar um novo medicamento uma vez que a glibenclamida já está a ser tomada numa quantidade suficiente (15 mg/dia) e de acordo com a literatura consultada, o doente, sendo obeso, pode estar com a resistência à insulina aumentada.

Repete-se a sistemática para a medicação da Pressão Arterial.

A última pergunta é se existe algum problema de saúde que não se encontra tratado. A resposta é afirmativa para o colesterol total que se encontra a 301 mg/dl, identificando-se uma Necessidade de Medicação ou seja um RNM por problema de saúde não tratado, de acordo com a classificação do Terceiro Consenso de Granada (Figura 5).

Imprima um impresso do Estado de Situação (anexo 2) e tente elaborar um Estado de Situação para este caso prático. Corrija o Estado de Situação que elaborou com o caso resolvido que se apresenta a seguir:

Doente nº 35-00 - 17787 - 00001

Sexo: M

Idade: 66 anos

Data: 4/10 /06

Estado de situação	Caracterização do doente: IMC = 31,1, Reformado, vida sedentária							Avaliação			
	Data início	Problema de Saúde	P	Data início	Substância activa	Posologia	Cu	Co	N	E	S
2001	A. Diabetes não controlada	B	2001	1. Glibenclamida 5mg	1/1/1	B	B	S	N	S	Inefectividade não quantitativa da medicação
2002	B. HTA elevada Controlada	R	10-2002 09-2005	2. Amlodipina 5 mg 3. Captopril 25 mg	1/0/0 1/0/1	B B	B B	S S	S S	S S	
4-10-2006	C. Colesterol total não controlado	P									Problema de saúde não tratado

Data	Pressão arterial (mmHg)	Glicémia jj (mg/dl)	Colesterol (mg/dl)
28/9/06	124/79	239	303
30/9/06	128/80	260	
2/10/06	125/80	320	
4/10/06	123/78	240	301

P – Grau de preocupação para o doente.

Cu – Grau de adesão à terapêutica (cumprimento)

Co – Grau de conhecimento das precauções de utilização do medicamento

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

Doente nº : 35 /00/XXXXX /00001

Data:7/10/06

RNM tipo: Problema de saúde não tratado

Manifestado ou não manifestado: Manifestado

Medicamento (s): Não existe

Problema de Saúde: Colesterol total elevado (303 mg/ml)

1. DESCRIÇÃO DO RNM.

O doente sofre de um problema de saúde associado ao facto de não receber a medicação que necessita.

2. CAUSA:

1. Interação
2. Incumprimento
3. Duplicação
4. **Nenhuma das anteriores.**

3. QUE SE PRETENDE FAZER PARA RESOLVER O RNM:

Iniciar a medicação para controlar o colesterol total.

4. VIA DE COMUNICAÇÃO:

1. Oral farmacêutico – doente
2. Escrita farmacêutico – doente
3. Oral farmacêutico – doente – médico
4. **Escrita farmacêutico – doente – médico**

5. RESULTADO: (após a intervenção)

Data:21/11/06

	P. Saúde Resolvido	P. Saúde Não resolvido
Intervenção aceite	X	
Intervenção não aceite		

6. O QUE ACONTECEU?

O médico prescreveu atorvastatina 10 mg para baixar o colesterol total. Após 6 semanas de tratamento e melhoria do regime alimentar o doente tinha o colesterol inferior a 200 mg/ml.

7. Nº DE MEDICAMENTOS QUE ESTAVA A TOMAR (na data da intervenção): 3

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

Doente nº : 35 /00/XXXXX/00001

Data: 7/10/06

RNM tipo: Inefectividade não quantitativa da medicação

Manifestado ou não manifestado: Manifestado

Medicamento (s): Glibenclamida 5 mg comp.

Problema de Saúde: Diabetes não controlada

1. DESCRIÇÃO DO RNM

O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefectividade não quantitativa da medicação.

2. CAUSA:

1. Interacção
2. Incumprimento
3. Duplicação
4. **Nenhuma das anteriores.**

3. QUE SE PRETENDE FAZER PARA RESOLVER O RNM:

Alterar o esquema terapêutico.

4. VIA DE COMUNICAÇÃO:

1. Oral farmacêutico – doente
2. Escrita farmacêutico – doente
3. Oral farmacêutico – doente – médico
4. **Escrita farmacêutico – doente – médico**

5. RESULTADO: (após a intervenção)

Data:21/11/06

	P. Saúde Resolvido	P. Saúde Não resolvido
Intervenção aceite	X	
Intervenção não aceite		

6. O QUE ACONTECEU?

O médico adicionou Cloridrato de Metformina 1000 mg após as três principais refeições. Os valores de glicemia em jejum medidos na farmácia durante três dias consecutivos foram inferiores a 110 mg/dl.

7. Nº DE MEDICAMENTOS QUE ESTAVA A TOMAR (na data da intervenção): 3

Referências Bibliográficas

1. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug-related services. *Am J Pharm Educ* 1980; 44(3):276-8.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 3(47):533-43.
3. FIP. El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención a la Salud: Atención Farmacéutica. Informe de la Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de Agosto al 3 de Septiembre 1993. Buenas Prácticas de Farmacia: Normas de Calidad de Servicios Farmacéuticos. Tóquio: FIP, 1993-1994.
4. Council of Europe. Resolution ResAP (2001)2 concerning the pharmacist's role in the framework of health security. 2001.
5. Ministério da Saúde. Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos (aprovado pelo Decreto-Lei nº 288/2001, de 10 de Novembro). 2001.
6. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharmaceutica* 2001; 42:221-41.
7. Baena MI, Fajardo P, Luque FM *et al.* Problemas relacionados con los medicamentos en usuarios de un servicio de urgencias hospitalario: resultados de la validación de un cuestionario. *3. saned*, 2001:345-57.
8. Baena I. Costes de las consultas evitables producidas por PRM en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. *Pharm Care Esp* 2003; 5((Extraordinário)):42-4.
9. 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. Granada: 2004.
10. Farris KB, Kirking DM. Assessing the quality of pharmaceutical care. II. Application of concepts of quality assessment from medical care. *Ann Pharmacother* 1993; 27(2):215-23.
11. Foro de Atención Farmacéutica (FPhCE, SEFaC), GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionadas con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación. a Publicar (DRAFT).
12. Santos HJ, Iglésias P, Fernández-Llimós F, Faus MJ, Rodrigues LM. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos - Tradução Intercultural de Espanhol para Português (europeu). *Acta Médica Portuguesa* 2004; 17(1):59-66.
13. Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MÁ, Baena MI, Tuneu L, Martínez Maritínez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(3):195-205.
14. Donabedian A . Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44:166-203.
15. Hepler CD, Segal R. Preventing Medications Errors and Improving Drug Therapy Outcomes: A management Systems Approach. Florida: Crc Press, 2003.

16. Iglésias P. Cuidados farmacêuticos no tabagismo. Lisboa: I Curso de Formação Pós- Graduada, 2005.
17. Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico (versão em português europeu). 3ª edition. Lisboa: Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona - Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (Universidad de Granada), 2005.
18. Caelles N, Ibáñez J, Machuca M, Martínez-Romero F , Faus MJ. Entrevista farmacêutico-paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapêutico. 4. Madrid: saned, 2002:55-9.
19. Faus MJ, Fernández-Llimós F, Martínez-Romero F. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico-Casos clínicos. 1ª edition. Barcelona: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.Universidad de Granada, 2001.
20. Solá N. Curso de Atención Farmacéutica de Seguimiento Farmacoterapêutico (Mét.Dáder): Fase de estudio de la metodologia Dáder de Seguimiento Farmacoterapêutico con el paciente(Curso 10). El Farmacéutico 2002; 282:68-73.
21. Santos HJ. Intervenção farmacêutica no seguimento farmacoterapêutico. Mundo Farmacêutico 2005; 3(16):42-4.

Anexo 1 (História Farmacoterapêutica)

HISTÓRIA FARMACOTERAPÊUTICA

Doente nº:

35	-		
----	---	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--

NOME:

DATA:



PRIMEIRA VISITA

Doente nº:

3	5			/						/				
---	---	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

PROBLEMAS / PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE

Controlado Início

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

SACO COM MEDICAMENTOS

Medicamento 1:	CUMPRE: B;R,M	CONHECE: B,R,M
1. está a tomá-lo?	6. quanto?	
2. quem o receitou?	7. como?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade na utilização?	
5. desde quando?	10. algum problema?	



Medicamento 2:	CUMPRE: B;R,M CONHECE: B,R,M
1. está a tomá-lo? 2. quem o receitou? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto? 7. como? 8. até quando? 9. dificuldade na utilização? 10. algum problema?
Medicamento 3:	CUMPRE: B;R,M CONHECE: B,R,M
1. está a tomá-lo? 2. quem o receitou? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto? 7. como? 8. até quando? 9. dificuldade na utilização? 10. algum problema?
Medicamento 4:	CUMPRE: B;R,M CONHECE: B,R,M
1. está a tomá-lo? 2. quem o receitou? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto? 7. como? 8. até quando? 9. dificuldade na utilização? 10. algum problema?
Medicamento 5:	CUMPRE: B;R,M CONHECE: B,R,M
1. está a tomá-lo? 2. quem o receitou? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto? 7. como? 8. até quando? 9. dificuldade na utilização? 10. algum problema?
Medicamento 6:	CUMPRE: B;R,M CONHECE: B,R,M
1. está a tomá-lo? 2. quem o receitou? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto? 7. como? 8. até quando? 9. dificuldade na utilização? 10. algum problema?
Medicamento 7:	CUMPRE: B;R,M CONHECE: B,R,M
1. está a tomá-lo? 2. quem o receitou? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto? 7. como? 8. até quando? 9. dificuldade na utilização? 10. algum problema?
Medicamento 8:	CUMPRE: B;R,M CONHECE: B,R,M
1. está a tomá-lo? 2. quem o receitou? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto? 7. como? 8. até quando? 9. dificuldade na utilização? 10. algum problema?
Medicamento 9:	CUMPRE: B;R,M CONHECE: B,R,M
1. está a tomá-lo? 2. quem o receitou? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto? 7. como? 8. até quando? 9. dificuldade na utilização? 10. algum problema?



Medicamento 10:	CUMPRE: B;R,M CONHECE: B,R,M
1. está a tomá-lo? 2. quem o receitou? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto? 7. como? 8. até quando? 9. dificuldade na utilização? 10.algum problema?
Medicamento 11:	CUMPRE: B;R,M CONHECE: B,R,M
1. está a tomá-lo? 2. quem o receitou? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto? 7. como? 8. até quando? 9. dificuldade na utilização? 10.algum problema?
Medicamento 12:	CUMPRE: B;R,M CONHECE: B,R,M
1. está a tomá-lo? 2. quem o receitou? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto? 7. como? 8. até quando? 9. dificuldade na utilização? 10.algum problema?

B= Bem R = Regular M= Mal

Medicação anterior

Medicamento 1:	
1. está a tomá-lo? 3. para quê?	4. melhorou? 10.algum problema?

Medicamento 2:	
1. está a tomá-lo? 3. para quê?	4. melhorou? 10.algum problema?

Medicamento 3:	
1. está a tomá-lo? 3. para quê?	4. melhorou? 10.algum problema?

Medicamento 4:	
1. está a tomá-lo? 3. para quê?	4. melhorou? 10.algum problema?

Medicamento 5:	
1. está a tomá-lo? 3. para quê?	4. melhorou? 10.algum problema?



REVISÃO

- CABELO:
- CABEÇA:
- OLHOS, OUVIDOS, NARIZ, GARGANTA:
- BOCA (ferida, seca):
- PESCOÇO:
- MÃOS (dedos, unhas):
- BRAÇOS E MÚSCULOS:
- CORAÇÃO:
- PULMÃO:
- APARELHO DIGESTIVO:
- RINS (urina):
- FÍGADO:
- APARELHO GENITAL:
- PERNAS:
- PÉS (dedos, unhas,..):
- MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (gota, dor nas costas, tendinite....):
- PELE (seca, erupções,...):
- PSICOLÓGICO (depressão,...):
- NEUROLÓGICO (epilepsia,...):
- IMC:
- PARÂMETROS: (temperatura, PA, colesterol, glicose...):
- CIGARROS:
- ALCÓOL:
- CAFÉ:
- CHÁS:
- OUTRAS DROGAS:
- OUTROS HÁBITOS ANORMAIS (actividade física, dieta...):
- VITAMINAS E SAIS MINERAIS:
- VACINAS:
- **ALERGIAS A MEDICAMENTOS E/OU RAM:**
- SITUAÇÕES FISIOLÓGICAS (e data):
- OBSERVAÇÕES:

OUTROS DADOS DO DOENTE

- Telefone: _____
- Morada: _____
- Profissão: _____ Data de nascimento: _____
- Médico de família: _____
- Médicos especialistas: _____
- Cuidador: _____

MINUTOS: _____

Assinatura do Farmacêutico: _____



Anexo 2 (Estado de Situação)

ESTADO DE SITUAÇÃO

Doente:	DATA:
---------	-------

SEXO:	IDADE:	IMC:	ALERGIAS:
-------	--------	------	-----------

<i>ESTADO DE SITUAÇÃO</i>								<i>AVALIAÇÃO</i>			<i>I.F</i>	
PROBLEMAS DE SAÚDE				MEDICAMENTOS				N	E	S	Suspeita de PRM	(Data)
Problemas de Saúde	Início	Controlado	Preocupa	Início	Medicamento (p.a.)	Posol.	Cu/Co					

OBSERVAÇÕES:	DATA	PARÂMETROS



Anexo 3 (Folha de Intervenção)

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

Doente nº: - -

Data de Início: ___/___/___

PRM tipo:

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

PRM: Risco de PRM:

Medicamento(s):
 Problema de Saúde:

DESCRIÇÃO DO PRM (Começar com Necessidade - ou não -, Inefectividade ou Insegurança).

CAUSA:

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Interacção |
| <input type="checkbox"/> | 2. Incumprimento |
| <input type="checkbox"/> | 3. Duplicidade |
| <input type="checkbox"/> | 4. Nenhuma das anteriores (Descrever) |

QUE SE PRETENDE FAZER PARA RESOLVER O PRM:

VIA DE COMUNICAÇÃO:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Oral farmacêutico – Doente |
| <input type="checkbox"/> | 2. Escrita farmacêutico – Doente |
| <input type="checkbox"/> | 3. Oral farmacêutico – Doente – médico |
| <input type="checkbox"/> | 4. Escrita farmacêutico – Doente – médico |

RESULTADO:

	<i>P. Saúde Resolvido</i>	<i>P. Saúde não Resolvido</i>
<i>Intervenção Aceite</i>		
<i>Intervenção Não aceite</i>		

O QUE ACONTECEU?

Nº MEDICAMENTOS QUE ESTAVA A TOMAR (na data da intervenção): _____

Nº VISITAS ANTERIORES À RESOLUÇÃO: _____

Data fim da intervenção: _____