

## MÉTODO CLÍNICO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA

*Cassyano J Correr; Michel F Otuki*

O processo de atenção farmacêutica obedece a uma seqüência de passos conhecida como método clínico. O método clínico inclui a coleta de dados, identificação de problemas, implantação de um plano de cuidado e seguimento do paciente. De modo geral, todas as profissões da saúde seguem estas mesmas etapas no processo de cuidado do paciente, sendo a principal característica de uma profissão sua *expertise e autonomia* na resolução de um grupo específico de problemas do paciente. Os farmacêuticos são especialistas em medicamentos e, portanto, são aptos a resolver problemas relacionados à farmacoterapia, com objetivo de promover seu uso racional e assim garantir sua máxima efetividade e segurança. Como profissionais da saúde, os farmacêuticos devem ter também uma visão integral do paciente, seu momento entre os ciclos de vida, e prover cuidados em saúde adequados às suas necessidades. A atenção farmacêutica é uma prática clínica centrada no paciente, na qual as decisões e as responsabilidades são compartilhadas com o paciente e a equipe de saúde.

### **O método clínico de Atenção Farmacêutica**

Há várias metodologias de atenção farmacêutica disponíveis na literatura. No Brasil, na Espanha, e outros países de origem latina, o termo seguimento farmacoterapêutico se desenvolveu como sinônimo do que, no Estado Unidos e países anglo-saxões em geral, se entende como Pharmaceutical Care. Mais recentemente, nos EUA, o termo *Medication-Therapy Management (MTM)* foi criado como um serviço clínico voltado a pacientes polimedicados do sistema Medicare. O MTM é realizado seguindo também as etapas que serão aqui descritas.

Entre as metodologias mais citadas no Brasil estão o Método Dáder, o *Pharmacotherapy WorkUp* e o *Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM)*. Todos esses visam fornecer ao farmacêutico algumas ferramentas e um pacote de abordagens e procedimentos para a realização do atendimento clínico. De modo geral, todos os métodos de atenção farmacêutica disponíveis advêm de adaptações do método clínico clássico de atenção à saúde e do sistema de registro SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) proposto por Weed na década de setenta. Descreveremos a seguir uma abordagem geral do método clínico, baseado no desenvolvido por Weed, utilizando abordagens e ferramentas propostas nos diversos métodos de atenção farmacêutica internacionais, numa perspectiva adaptada à cultura e realidade brasileira.

A atenção farmacêutica não precisa se focar apenas em pacientes com condições crônicas. Há muitas experiências no Brasil da implantação de seguimento farmacoterapêutico a pacientes hipertensos e diabéticos em farmácias comunitárias, com ótimos resultados, entretanto a maioria desses serviços não se perpetua por mais do que uns poucos anos. Por muitos motivos, entre os quais a baixa qualificação do farmacêutico, a falta de planejamento de longo prazo, a desarticulação do serviço farmacêutico com os serviços de saúde locais e, principalmente, a ausência de um plano de remuneração por serviços. Além disso, é comum ouvir de farmacêuticos que durante o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, por exemplo, todo o processo permanece demasiadamente atrelado ao médico e extremamente dependente das condições estruturais do sistema público de saúde. Ainda que muitos desses argumentos sejam questionáveis, todos esses fatores pressionam o farmacêutico no médio prazo a desistir do seguimento farmacoterapêutico e a retornar exclusivamente à dispensação de medicamentos.

Por esse motivo, a atenção farmacêutica deve estar adequada às demandas dos usuários da farmácia comunitária ou do serviço onde o farmacêutico esteja inserido. O farmacêutico deve especializar sua consulta nos problemas comuns de sua região e nas queixas que normalmente são mal atendidas no balcão da farmácia. Em outras palavras, o perfil epidemiológico da região e as necessidades dos pacientes devem ser os fatores-guia da construção do serviço clínico farmacêutico. Isso pode incluir o atendimento de transtornos menores, métodos contraceptivos, uso de medicamentos por gestantes, problemas dermatológicos e cosméticos, pacientes polimedicados com dificuldades de adesão, pacientes idosos fragilizados ou pacientes crônicos que necessitam de cuidado contínuo. A consulta farmacêutica é única. O método clínico de atenção farmacêutica é único. Mudam os

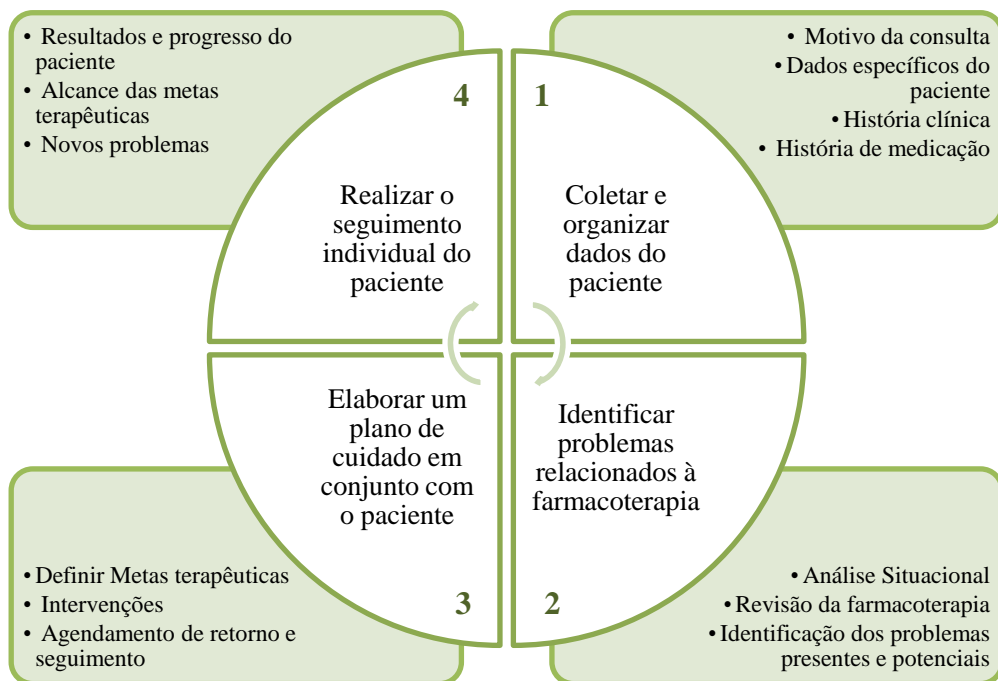
problemas do paciente, os procedimentos e as prioridades do plano de cuidado, conforme se pode observar na Figura 1.

| Condição | Duração do problema                         | Foco / Objetivos Terapêuticos        | Prioridade no plano de cuidado                                 | Duração do seguimento   |
|----------|---|--------------------------------------|--|---|
| Aguda    | Limitada (dias, semanas)                    | Cura e alívio de sintomas            | Alta. Requer ação imediata                                     | Curto prazo. Focado na resolução do problema e na alta.           |
| Crônica  | Longo (> 3 meses, anos) e não auto-limitada | Controle e prevenção de complicações | Variável. Depende da presença de agravo e controle da condição | Longo prazo. Focado na estabilização e no suporte ao autocuidado. |

**Figura 1.** Características da atenção farmacêutica segundo a condição do paciente

O método clínico de atenção farmacêutica segue as etapas detalhadas na Figura 2. Na prática diária o farmacêutico atenderá seus pacientes um a um, em consultas individualizadas. Inicialmente, o objetivo será coletar e organizar dados do paciente. Para isso utilizam-se técnicas de semiologia farmacêutica e entrevista clínica. É aberta uma ficha para registro do atendimento, que será arquivada no prontuário do paciente. De posse de todas as informações necessárias, o farmacêutico será capaz de revisar a medicação em uma abordagem clínica e identificar problemas relacionados à farmacoterapia presentes e potenciais do paciente. Será elaborado então um plano de cuidado em conjunto com o paciente, que pode incluir intervenções farmacêuticas e/ou encaminhamento a outros profissionais. Deverá ser entregue ao paciente ao final da consulta a Declaração de Serviço Farmacêutico<sup>1</sup>, que registra e materializa o atendimento. Por fim, o farmacêutico deve agendar o retorno ou a frequência de seguimento, a fim de avaliar os resultados de suas condutas. Todo processo é reiniciado no surgimento de novos problemas, queixas ou mudanças significativas no tratamento.

<sup>1</sup> Declaração de Serviço Farmacêutico: documento escrito, elaborado pelo farmacêutico após a prestação do Serviço Farmacêutico, previsto na legislação vigente. A Declaração de Serviço Farmacêutico deve ser emitida em duas vias, sendo que a primeira deve ser entregue ao usuário e a segunda permanecer arquivada no estabelecimento, podendo esta ser de forma eletrônica.



**Figura 2.** Processo geral de atenção farmacêutica do paciente

### Coleta e organização de dados do paciente

A consulta farmacêutica tem início com a coleta de dados do paciente. Esta é feita por meio de uma anamnese e exame clínico e o paciente é a principal fonte das informações. Além do relato que o próprio paciente faz sobre sua saúde, seus problemas médicos e tratamentos em curso, outras informações podem ser obtidas de familiares e cuidadores ou de outros profissionais da saúde. São indispensáveis ainda os dados advindos de exames clínicos, laboratoriais, prescrições médicas, entre outros documentos pertencentes ao histórico clínico do paciente. Quando a consulta é agendada, ajuda muito pedir ao paciente que leve seus medicamentos, suas receitas médicas e últimos exames. A entrevista clínica é focada no perfil do paciente, história clínica e história de medicação. A história clínica inclui a queixa principal, história da doença atual, história médica pregressa, história social, familiar e revisão por sistemas. A figura 3 demonstra o esquema geral das etapas da entrevista clínica (esse tema será abordado com maiores detalhes no capítulo 6: entrevista clínica e semiologia farmacêutica). A história de medicação inclui os medicamentos em uso, plantas medicinais, medicação pregressa, histórico de alergias, reações adversas a medicamentos e a experiência de medicação do paciente.



**Figura 3.** Elementos da história clínica do paciente

O farmacêutico deve buscar conhecer todos os medicamentos em uso pelo paciente, incluindo suas indicações, regime posológico (dose, via de administração, frequência e duração) e a resposta (efetividade e segurança). Tão importante quanto os medicamentos prescritos são aqueles usados por automedicação, plantas medicinais, suplementos vitamínicos e vacinas, normalmente pouco valorizados pelos pacientes como medicamentos. Esta abordagem deve ser feita valorizando o conhecimento do paciente, sua percepção dos problemas, sua cultura e condição social e como os medicamentos se encaixam em sua rotina de vida, seus horários e seus hábitos.

Nesta fase inicial do seguimento farmacoterapêutico, é essencial ao farmacêutico compreender a experiência de medicação relatada pelo paciente. Esta inclui as atitudes, desejos, expectativas, receios, entendimento e o comportamento do paciente com relação aos medicamentos e é fundamental na tomada de decisões clínicas. A adesão terapêutica do paciente só pode ser entendida de forma segura com essa aproximação e só a partir dela será possível educar o paciente ou influenciar seu comportamento quanto ao uso correto dos medicamentos.

Durante a entrevista, o farmacêutico deve anotar as informações relevantes de modo a construir o histórico do paciente no prontuário. Deve-se buscar o equilíbrio entre escutar e interagir com o paciente e tomar notas enquanto o paciente fala. Com tempo e experiência, o farmacêutico será capaz de dar fluidez ao atendimento, ao mesmo tempo em que registra as informações, proporcionando ao paciente a sensação de acolhimento e profissionalismo.

As informações sobre o paciente organizadas pelo farmacêutico durante a entrevista devem compor uma “foto” do paciente conhecida como Estado Situacional. O estado situacional (Em espanhol diz-se *Estado de Situación*) consiste na relação completa dos problemas de saúde e de toda farmacoterapia, de modo que se conheçam detalhadamente os medicamentos em uso e as condições clínicas não tratadas do paciente. Nesta “foto” inicial deve ser possível também avaliar os resultados terapêuticos obtidos até o momento. O estado situacional é a base de informações sobre a qual o farmacêutico realizará a revisão da farmacoterapia e a identificação de problemas do paciente relacionados à farmacoterapia, etapas estas que compõem a próxima etapa do método clínico.

### **Identificação de problemas relacionados à farmacoterapia**

De posse de todas as informações necessárias sobre o paciente, o farmacêutico deve aplicar um raciocínio clínico sistemático a fim de avaliar e identificar todos os problemas relacionados à farmacoterapia do paciente. Estes correspondem ao “coração e a alma” da prática da atenção farmacêutica. A identificação e resolução desses problemas são o território próprio do profissional farmacêutico, aquilo que o diferencia de outras profissões da saúde e que justifica socialmente sua prática. O propósito de identificar problemas relacionados à farmacoterapia é ajudar os pacientes a atingirem suas metas terapêuticas e a obterem o máximo benefício dos medicamentos. Diferente do que se pode pensar, trabalhar com problemas da farmacoterapia não impõe ao farmacêutico uma visão estreita focada no medicamento. Pelo contrário, exige do profissional uma visão integral do paciente, sua família e relações sociais, e uma postura voltada para o cuidado e não para o produto.

Identificar problemas relacionados à farmacoterapia está para a atenção farmacêutica, assim como o diagnóstico da doença está para a medicina. Há na literatura autores que utilizam o termo “diagnóstico farmacêutico” (*pharmaceutical diagnose*) para se referir ao raciocínio clínico empregado na identificação desses problemas. Os problemas relacionados à farmacoterapia são problemas clínicos do paciente, passíveis de serem detectados, tratados e prevenidos. É evidente, portanto, que a prevenção destes problemas consiste no papel mais importante do farmacêutico e no maior valor dos seus serviços para com os pacientes.

O conceito do que vem a ser um problema relacionado à farmacoterapia é controverso na literatura internacional. Vários termos são utilizados em português como sinônimos, entre eles “problemas relacionados aos medicamentos (PRM)”, “problemas farmacoterapêuticos” ou “resultados negativos da medicação”. Este último consiste numa nova abordagem da questão proposta no III Consenso de Granada que busca diferenciar os problemas ocorridos no *processo* de uso dos medicamentos das falhas nos *resultados* da farmacoterapia. É proposta a substituição do termo “Problemas Relacionados com Medicamentos” por “Resultados Negativos da Medicação”, sendo estes entendidos como “resultados de saúde não adequados ao objetivo da farmacoterapia e associados ao uso ou à falha no uso de medicamentos”.

A Rede Européia de Seguimento farmacoterapêutico (Pharmaceutical Care Network Europe - PCNE) define problemas relacionados aos medicamentos como “um evento ou circunstância envolvendo a farmacoterapia que interfere atualmente ou potencialmente com os resultados de saúde desejados”.

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica também traz uma definição para Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM): “Um problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário”. O PRM é real, quando manifestado, ou potencial quando há risco de sua ocorrência. Pode ser ocasionado por diferentes causas, tais como as relacionadas ao sistema de saúde, ao usuário e seus aspectos bio-psico-sociais, aos profissionais de

saúde e ao medicamento. Segundo o consenso brasileiro, a identificação de PRMs segue os princípios de necessidade, efetividade e segurança, próprios da farmacoterapia.

O trabalho pioneiro sobre problemas relacionados à farmacoterapia foi publicado no início dos anos 90 por Strand *et al.* e segue sendo até hoje o conceito mais difundido sobre o tema. Atualmente, esses autores os definem como “qualquer evento indesejável vivenciado pelo paciente que envolva a farmacoterapia e que interfere com o alcance das metas terapêuticas do tratamento”. Um problema do paciente relacionado à farmacoterapia sempre possui três componentes principais:

1. Um evento indesejável ou o risco de um evento indesejável é vivenciado pelo paciente. O problema pode ter a forma de uma queixa clínica, sinal, sintoma, diagnóstico, doença, agravo, disfunção, exames laboratoriais alterados ou uma síndrome. Estes eventos podem ser resultado de condições fisiopatológicas, psicológicas, socioculturais ou mesmo econômicas.
2. A farmacoterapia (produtos e/ou regime posológico) faz parte do problema.
3. Há uma relação existente ou suspeita entre o evento e a farmacoterapia. O evento pode ser consequência da farmacoterapia, numa relação direta causa-efeito ou pode requerer a adição ou modificação da farmacoterapia para sua resolução ou prevenção.

Apesar da aparente confusão, todos os conceitos apresentados são muito semelhantes e partem de problemas de saúde vivenciados pelo paciente, que podem ser causados ou tratados pela farmacoterapia. Além disso, os princípios básicos ligados à farmacoterapia, ao processo de uso de medicamentos e aos seus efeitos terapêuticos sobre o paciente são muito bem compreendidos. Neste livro, a fim de desenvolver uma base para o raciocínio clínico farmacêutico, consideramos os princípios da necessidade, efetividade e segurança da farmacoterapia e a adesão terapêutica do paciente como os pontos fundamentais a serem avaliados. Dividiremos o processo de avaliação farmacêutica, que conduzirá a uma lista de problemas do paciente a serem trabalhados na atenção farmacêutica, em duas etapas: 1) Revisão da Medicação e 2) Identificação de Problemas Relacionados à Farmacoterapia.

### **Revisão da Medicação com Foco nos Resultados Terapêuticos**

A revisão abrangente da medicação consiste na avaliação sistemática da **necessidade, efetividade e segurança de todos os medicamentos em uso pelo paciente e de sua adesão ao tratamento**. Isto é, todas as necessidades ligadas aos medicamentos apresentadas pelo paciente. Esta revisão inicia-se no levantamento das informações do paciente durante a entrevista clínica. O farmacêutico deve conhecer a indicação, dose, via de administração, frequência e duração do tratamento para cada medicamento em uso e deve reunir as informações clínicas necessárias para avaliar a resposta do paciente, em termos de efetividade e segurança. Ainda durante a entrevista, o farmacêutico deverá abordar a experiência de medicação do paciente e conhecer como este organiza seus medicamentos em sua rotina e qual o grau de cumprimento do regime posológico. Cabe lembrar que às vezes será necessária mais de uma consulta a fim de se organizar toda informação necessária para a revisão da farmacoterapia. Isso principalmente para pacientes polimedicados e que não dispõe de todas as informações necessárias na primeira consulta.

A avaliação da **necessidade** do uso de medicamentos pode revelar dois problemas comuns: o uso de medicamentos desnecessários ou sem indicação clara para os problemas de saúde do paciente ou a necessidade de utilizar medicamentos para um problema de saúde não tratado até aquele momento. Indicação e necessidade são conceitos ligeiramente diferentes. A indicação diz respeito ao uso aprovado do medicamento, descrito na bula do produto. A necessidade parte da situação clínica do paciente. Quando as indicações do medicamento e o problema clínico coincidem oportunamente, há necessidade da farmacoterapia. O uso de um medicamento, portanto, pode ser considerado necessário quando há um problema de saúde que o justifique e/ou quando há uma prescrição médica válida para tal. Se não há uma condição clínica que requeira farmacoterapia, então esta farmacoterapia é desnecessária. Por outro lado, se há uma indicação terapêutica que não está sendo tratada, então há necessidade de

iniciar a farmacoterapia. Nesta fase, o farmacêutico continuamente se pergunta se o problema de saúde do paciente é causado pela farmacoterapia ou se o problema é algo que precisa ser tratado com farmacoterapia.

A **efetividade** da farmacoterapia é a expressão dos efeitos benéficos do tratamento sobre o paciente. O termo “eficácia clínica” também é comumente usado, ainda que tecnicamente incorreto. A eficácia consiste na capacidade do medicamento em produzir um efeito farmacológico no paciente sob condições ideais de uso, isto é, comprovada por ensaios clínicos. A efetividade consiste no resultado obtido do medicamento sob condições reais de uso, isto é, na prática clínica. A farmacoterapia é considerada efetiva quando conduz ao alcance das metas terapêuticas previamente estabelecidas. O Quadro 2 traz as metas terapêuticas normalmente esperadas para a farmacoterapia. Assim, para que se possa avaliar a efetividade, é preciso estabelecer as metas do tratamento, com base nos sinais e sintomas do paciente ou nos exames laboratoriais alterados associados à enfermidade. A fim de determinar estas metas, o farmacêutico deverá considerar a indicação do medicamento, seu regime posológico e o tempo transcorrido do início do uso, necessário para o alcance das metas.

Quadro 2. Exemplos de problemas de saúde ou exames clínicos e metas da farmacoterapia

| Objetivo Terapêutico                           | Exemplos  |
|--|---|
| Cura de uma doença                             | Pneumonia bacteriana<br>Amigdalite estreptocócica |
| Redução ou eliminação de sinais e/ou sintomas  | Depressão<br>Resfriado comum                      |
| Redução ou interrupção da progressão da doença | Hipertensão<br>Diabetes                           |
| Prevenção da doença                            | Osteoporose<br>Infarto agudo do miocárdio         |
| Normalização de exames laboratoriais           | Anemia ferropriva<br>Hipocalcemia                 |
| Auxiliar no processo diagnóstico               | Exames oftalmológicos<br>Contraste radiológico    |

Adaptado de: Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice. The clinician's guide*. 2th Ed. New York: McGraw-Hill, 2004. 394p.

A **segurança** da farmacoterapia consiste na expressão dos efeitos prejudiciais do tratamento sobre o paciente. Um medicamento pode ser considerado seguro quando não causa um novo problema de saúde no paciente, nem agrava um problema de saúde já existente. As Reações Adversas aos Medicamentos (RAM) e a toxicidade são os problemas mais comuns relacionados à segurança da farmacoterapia. RAM são efeitos nocivos e indesejáveis produzidos pelos medicamentos em doses normais de uso, podendo estar ligados à farmacologia conhecida da droga ou a reações do paciente sobre o medicamento (alergias, intolerância, efeitos idiossincráticos). RAM e toxicidade podem ser resultado do uso de doses muito altas pelo paciente. Assim como na efetividade, as condições clínicas do paciente, a dose, a via de administração, a frequência e a duração do tratamento podem dar origem a problemas de segurança da farmacoterapia. Esses eventos também podem ser vivenciados pelo paciente como sinais, sintomas ou exames laboratoriais alterados.

A avaliação da **adesão terapêutica** do paciente também pode revelar dois problemas comuns: a não adesão involuntária (não-intencional) do paciente, que ocorre quando o paciente apresenta dificuldade em cumprir o tratamento ou o segue de forma inconsistente com as instruções do prescritor. Outro problema consiste na adesão voluntária do paciente, situação na qual o paciente decide racionalmente não utilizar seus medicamentos ou fazê-lo de forma diferente das instruções do prescritor.

Vários fatores podem influenciar a adesão do paciente ao tratamento, entre eles o acesso aos medicamentos, condições socioeconômicas e culturais, conhecimento sobre os medicamentos, capacidade cognitiva, complexidade da farmacoterapia, aspectos religiosos, expectativas e medos ligados ao tratamento, melhora ou agravamento da condição clínica, entre outros. Na prática da atenção farmacêutica, a adesão terapêutica pode ser adequadamente avaliada a partir de uma revisão detalhada de como o paciente faz uso dos medicamentos e de sua experiência de medicação. A responsabilidade do profissional neste caso será compreender a dimensão da adesão do paciente ao tratamento e trabalhar a fim de que ela não seja um problema.

Essas quatro dimensões (necessidade, efetividade, segurança e adesão) permitem ao farmacêutico avaliar os medicamentos em uso pelo paciente em toda sua complexidade e o conduzirão à detecção de riscos ou problemas relacionados à farmacoterapia manifestados. As quatro dimensões devem ser sistematicamente avaliadas exatamente na ordem em que se apresentam. É comum aos farmacêuticos entender a necessidade da farmacoterapia e a adesão terapêutica como dimensões ligadas ao processo do uso dos medicamentos. Por outro lado, a efetividade e segurança são expressão dos efeitos da farmacoterapia sobre o estado de saúde do paciente, refletindo-se em desfechos de saúde. A Figura 2 traz um esquema que facilita a visualização do processo de raciocínio clínico do farmacêutico em relação à farmacoterapia.

Para realizar uma adequada revisão da farmacoterapia, o farmacêutico deve possuir uma base sólida de conhecimento em farmacoterapia e sobre o manejo de condições agudas e crônicas. O caráter generalista da prática farmacêutica faz com que a atualização e a educação permanente sejam parte do seu cotidiano. É fundamental possuir acesso a boas fontes de informação sobre medicamentos e às diretrizes clínicas. Boas fontes de informação terciária sobre medicamentos são livros e compêndios que possuam informação atualizada, completa, confiável e aplicável. No Brasil, há consenso de que os bulários normalmente encontrados nas farmácias não atendem às condições necessárias e não tem qualidade suficiente para a prática da atenção farmacêutica. Diretrizes Clínicas são documentos de orientação da conduta profissional baseados nas melhores evidências científicas, normalmente elaborados por entidades médicas e científicas. Uma boa prática clínica deve se basear nas necessidades específicas dos pacientes, nas melhores evidências disponíveis e na experiência do profissional para a tomada de decisões que maximizem as chances de benefícios ao paciente.

### **Problemas Relacionados à Farmacoterapia**

Além de vários conceitos existentes sobre o que são problemas relacionados à farmacoterapia, os pesquisadores do tema propõem diferentes listas de classificação de problemas, cujos objetivos são funcionar como ferramenta e sistematizar o raciocínio clínico do farmacêutico. Neste ponto residem as maiores discordâncias entre os grupos e não há hoje uma classificação padronizada aceita internacionalmente. Há classificações focadas em isolar desfechos do paciente, como a do Consenso de Granada, e outras que não se preocupam em misturar causas e efeitos, como as classificações de Strand *et al.* e do PCNE. Não há uma proposta brasileira para o tema. Em geral, há consenso de que a decisão de qual problema relacionado à farmacoterapia o paciente vivencia faz parte da tomada de decisão clínica do farmacêutico, podendo haver inclusive variação de interpretação entre diferentes profissionais utilizando o mesmo sistema de classificação.

O III Consenso de Granada, ao modificar o termo PRM (Problemas Relacionados aos Medicamentos) para RNM (Resultados Negativos da Medicação), sugeriu uma lista de PRMs, focadas em problemas no processo de uso de medicamentos e não mais organizada em categorias de necessidade, efetividade e segurança da farmacoterapia. A conhecida classificação de seis PRMs é agora uma classificação com seis RNMs. A nova lista de PRMs inclui problemas como: administração incorreta do medicamento, características pessoais, conservação inadequada, contra-indicação, dose, frequência ou duração inadequada, duplicidade, erro de dispensação, erro de prescrição, não adesão à terapia, interações, entre outros.



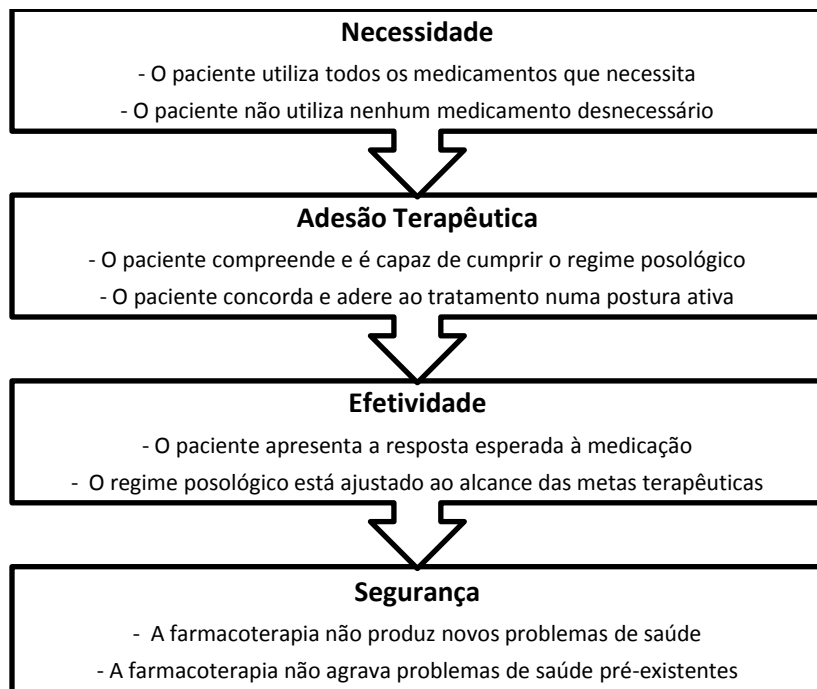


Figura 4. Características de uma farmacoterapia ideal

Baseado nos estudos de Cipolle, Strand, Morley e Fernández-Llimós *et al.*

O Quadro 3 apresenta uma categorização de problemas relacionados à farmacoterapia e suas causas mais comuns. Esta lista não tem por objetivo substituir classificações existentes, mas apresentar uma visão sistêmica sobre as condições ideais da farmacoterapia (necessidade, efetividade e segurança), abordando também a adesão terapêutica do paciente. A lista também não se preocupa em separar variáveis de processo e resultado, mas organizar os problemas em uma ordem lógica de necessidade, efetividade, segurança e adesão terapêutica. Essa ordem lógica serve como guia ao profissional na revisão da farmacoterapia. As causas apresentadas são úteis ainda, na definição de um plano de cuidado visando prevenção e resolução de problemas existentes e o alcance das metas terapêuticas do paciente.

Os problemas relacionados à farmacoterapia devem ser identificados partindo-se dos achados obtidos na coleta de dados e na revisão da farmacoterapia do paciente. Deve haver um problema de saúde manifestado pelo paciente ou um risco claro de sua ocorrência e estes devem estar explicitamente ligados à farmacoterapia. Esta relação deve-se basear em evidências científicas e, principalmente, clínicas que a validem. Na identificação de uma RAM, por exemplo, deve haver suficiente evidência clínica que descarte outras causas e relato científico da ocorrência do efeito em ensaios clínicos ou estudos de base populacional. Nestes casos, informações advindas do fabricante, da literatura e de informes de farmacovigilância podem ser essenciais para o embasamento da avaliação farmacêutica e da relação causa-efeito.

Uma vez identificados todos os problemas do paciente devem ser documentados e será necessário estabelecer níveis de prioridades, decidindo que problemas requerem ações mais urgentes. Para isso, uma avaliação básica inicial de cada problema, identificando sua severidade e até que ponto o problema está ativo ou controlado será necessária. A avaliação da farmacoterapia gera uma lista de problemas a serem resolvidos, com uma determinada ordem de prioridade entre eles.

**Quadro 3.** Categorização de problemas relacionados à farmacoterapia e suas causas mais comuns

| Problema   | Situação Clínica  | Causas Comuns  |
|--|---|--|
| <b>Farmacoterapia necessária</b>                 | Há necessidade de iniciar farmacoterapia no paciente  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Há um problema de saúde não tratado que requer medicamento</li> <li>• O paciente tem dificuldade de acesso ao medicamento (não usa)</li> <li>• Há necessidade de farmacoterapia preventiva para redução de risco do paciente</li> </ul>   |
| <b>Farmacoterapia desnecessária</b>              | O paciente utiliza farmacoterapia que não é necessária  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há uma indicação clínica válida para o medicamento em uso</li> <li>• Múltiplos medicamentos estão sendo usado quando apenas um seria suficiente</li> <li>• O paciente está tratando com medicamento uma RAM que poderia ser resolvida ou evitada</li> <li>• O problema de saúde poderia ser tratado mais adequadamente com medidas não farmacológicas</li> </ul>  |
| <b>Inefetividade da Farmacoterapia</b>           | A farmacoterapia não alcança a meta terapêutica proposta                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O paciente apresenta-se refratário ao tratamento</li> <li>• A forma farmacêutica é inadequada para o problema</li> <li>• O medicamento apresenta problemas de qualidade</li> <li>• O paciente está recebendo uma dose muito baixa</li> <li>• O paciente tem dificuldade de acesso ao medicamento (usa menos)</li> <li>• Há uma interação medicamentosa reduzindo o efeito do medicamento</li> <li>• A frequência de uso ou duração do tratamento é insuficiente para produzir resposta</li> </ul> |
| <b>Insegurança da Farmacoterapia</b>             | O medicamento causa um novo problema de saúde no paciente ou agrava um problema pré-existente | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O paciente está sofrendo uma reação adversa ao medicamento (RAM)</li> <li>• O medicamento é contra-indicado devido a fatores de risco do paciente</li> <li>• Há uma interação medicamentosa aumentando o efeito do medicamento</li> <li>• O paciente está recebendo uma dose muito alta</li> <li>• A frequência de dosagem está muito curta</li> <li>• A duração do tratamento está muito longa</li> </ul>  |
| <b>Baixa Adesão do Paciente à Farmacoterapia</b> | O paciente não adere apropriadamente à farmacoterapia de forma voluntária ou involuntária     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O paciente não entendeu apropriadamente as orientações</li> <li>• O paciente tem dificuldade para se lembrar de tomar os medicamentos</li> <li>• O medicamento não pode ser adquirido pelo paciente</li> <li>• O paciente administra incorretamente o medicamento ou não é capaz de fazê-lo corretamente</li> <li>• O paciente prefere não tomar os medicamentos</li> </ul>   |

Problemas de **altíssima prioridade** podem incluir queixas principais ou motivos de consulta do paciente ou ainda aqueles que oferecem risco de hospitalização ou agravamento importante de sua saúde. Problemas de **alta prioridade** podem incluir situações de não alcance das metas terapêuticas ou problemas de segurança e que podem representar alto risco ao paciente se não forem resolvidas imediatamente. Problemas de **média ou baixa prioridade** consistem em problemas de menor urgência, na qual ações não imediatas não oferecem risco iminente ao paciente ou aquelas em que medidas profiláticas precisam ser tomadas em pacientes de baixo risco. Em geral, problemas relacionados à farmacoterapia manifestados têm prioridade sobre problemas potenciais, mas pode haver exceções. Além disso, problemas que podem ser resolvidos diretamente pelo farmacêutico e paciente podem ter prioridade diferente daqueles que dependem de mais alguém (família, médico, enfermeira ou outro

especialista), principalmente no início da construção da relação terapêutica farmacêutico-paciente. O padrão para documentação de problemas relacionados à farmacoterapia exige que seja registrado o problema de saúde, enfermidade ou queixa envolvida, o medicamento ou terapias envolvidas e a causa provável do problema. Os problemas devem ser registrados juntamente com o plano de cuidado para cada problema de saúde envolvido, assim como as condutas tomadas para sua solução.

### Elaboração do Plano de Cuidado

Nesta fase do processo de seguimento farmacoterapêutico, o paciente já foi avaliado, todas as informações relevantes foram coletadas. O farmacêutico estudou o caso suficientemente, revisou toda farmacoterapia e identificou problemas relacionados à farmacoterapia presentes e potenciais. Há uma lista de problemas a serem resolvidos. O próximo passo será construir um plano de cuidado. É aceitável que todo esse processo inicial leve mais de uma consulta para casos mais complexos.

O objetivo do plano de cuidado, ou plano de intervenções, é determinar em conjunto com o paciente como manejar adequadamente seus problemas de saúde utilizando a farmacoterapia e tudo que deve ser feito para que o plano seja cumprido. Este será composto de três partes: metas terapêuticas, intervenções voltadas aos problemas relacionados à farmacoterapia e o agendamento das avaliações de seguimento.

Elaborar um plano de cuidado requer tomada de decisões clínicas. É altamente recomendável a utilização de um **modelo de decisões compartilhadas centrado no paciente**. Envolver o paciente aumenta a adesão terapêutica, dá maior suporte ao autocuidado e aumenta as chances de manutenção de resultados terapêuticos positivos no longo prazo. Na Espanha, *Tuneu* e col., citados no guia do método Dáder, propõem alguns elementos desta forma de trabalhar com o paciente na atenção farmacêutica:

1. Criar uma atmosfera de intimidade no momento de pactuar decisões, proporcionar escuta ativa e comunicação não verbal que crie um ambiente de confidencialidade;
2. Pesquisar se o paciente deseja envolver-se nas decisões clínicas e conhecer que tipo de informação o paciente deseja receber;
3. Identificar claramente qual é a decisão que precisa ser tomada;
4. Discutir com o paciente seus medos, prioridades e expectativas;
5. Expor as opções terapêuticas com seus “prós” e “contras”. Estas informações devem ser transmitidas de forma compreensível, sem jargões médicos, com auxílio de desenhos no papel se necessário;
6. É importante obter *feedback* do paciente a fim de reconhecer se a explicação foi satisfatória. Podem-se indicar outras fontes para o paciente pesquisar como páginas da web voltadas a pacientes;
7. Compartilhar com o paciente suas experiências pessoais, isto é, o que você faria se estivesse na mesma situação do paciente;
8. Negociar a melhor decisão com o paciente e, se não houver urgência, permitir um tempo para que cada um reflita sobre suas opiniões até a próxima consulta;
9. Uma vez tomada a decisão, qualquer que seja, apoiar o paciente para que se sinta cuidado.

Definir as **metas terapêuticas** consiste, portanto, num trabalho de negociação entre farmacêutico e paciente. Para medicamentos prescritos, ainda, pode ser necessário conversar com o médico caso haja dúvida sobre as metas terapêuticas a serem atingidas com algum tratamento. De modo geral, o que o farmacêutico deve ter em mente é que devem ser definidas metas claras para toda a farmacoterapia e não apenas para medicamentos prescritos pelo farmacêutico ou para problemas relacionados à farmacoterapia. As metas terapêuticas são definidas para cada indicação apresentada pelo paciente (Quadro 2). Na prática, há dois componentes essenciais que precisam ser definidos para cada meta terapêutica: 1) Os parâmetros clínicos e/ou laboratoriais mensuráveis, que serão utilizados para medir o resultado. Estes podem ser sinais ou sintomas observáveis pelo profissional e pelo paciente e/ou exames laboratoriais com valores de referência a serem alcançados; 2) O prazo definido para

alcance dos resultados. Esse prazo deve levar em consideração o tempo esperado para que se produzam as primeiras evidências de efeitos e o tempo necessário para obtenção de uma resposta completa da farmacoterapia.

Uma vez que todas as metas terapêuticas estão claras e definidas, são delineadas as **intervenções farmacêuticas** necessárias. Entende-se como intervenção farmacêutica o “ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas relacionados à farmacoterapia e garantir o alcance das metas terapêuticas”. Cada intervenção deve ser individualizada de acordo com a condição clínica do paciente, suas necessidades e problemas relacionados à farmacoterapia. O delineamento de uma intervenção deve considerar as opções terapêuticas disponíveis e deve ser feito em colaboração com o paciente e, quando apropriado, com seu familiar, cuidador ou médico responsável. Além disso, todas as intervenções devem ser documentadas.

Como as intervenções são feitas segundo problemas específicos dos pacientes, há bastante espaço para a criatividade e, de modo geral, podem existir várias maneiras diferentes de resolver cada problema. Sabater *et al.* mapearam 2.361 intervenções farmacêuticas enviadas ao Programa Dáder no ano de 2002 e observaram que todas elas estiveram direcionadas a três possíveis dimensões: modificação na quantidade de medicamento, modificação na estratégia farmacológica e educação do paciente (Quadro 4). As intervenções mais prevalentes foram substituição de um medicamento em uso (23,6%) e adição de um novo medicamento (23,5%). Nos Estados Unidos, dados do Grupo de Minnesota encontraram como intervenções mais comuns em jovens e idosos o início de nova farmacoterapia, modificação no regime posológico e a educação do paciente.

Uma intervenção importante pode ser a indicação de medicamentos para indicações não tratadas e que requerem farmacoterapia. Esta intervenção encontra-se no topo das estatísticas como uma das principais demandas dos pacientes. A **prescrição farmacêutica** no Brasil é permitida para medicamentos não tarjados, cuja dispensação não exige receita médica. Essa classe de medicamentos encontra-se definida na Resolução n° 138 de 2003 da ANVISA, em uma tabela denominada GITE (Grupos de Indicações Terapêuticas Especificadas). A abrangência desta lista é bastante satisfatória e tende a aumentar em todo mundo. Há países que possuem também listas de medicamentos específicos de prescrição farmacêutica. São os medicamentos chamados *pharmacy only*, *pharmacist only* ou *behind-the-counter*. Ao indicar um medicamento ao paciente, como parte de um plano de cuidado, o farmacêutico deve definir com clareza do objetivo terapêutico, das opções terapêuticas disponíveis, deve negociar com o paciente a escolha do melhor medicamento e fornecer todas as orientações necessárias para o cumprimento do regime posológico, incluindo o agendamento do retorno de seguimento. A decisão terapêutica, portanto, é feita num modelo compartilhado com o paciente, unindo a prescrição farmacêutica à automedicação orientada. Além disso, é desejável que a prescrição farmacêutica ocorra no contexto do processo de seguimento farmacoterapêutico e do plano de cuidado e não como um evento isolado vinculado apenas à dispensação de medicamentos sem receita.

Outra estratégia de intervenção, particularmente voltada à prevenção de problemas relacionados à farmacoterapia, é a **conciliação de medicamentos**. A conciliação consiste na revisão da farmacoterapia e na definição de um plano de cuidado a pacientes que sofreram transferência de nível de atenção, isto é, pacientes hospitalizados que receberam alta e retornaram à sua residência, entre outras circunstâncias. Vários estudos têm demonstrado que esses pacientes são especialmente frágeis para ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, incluindo discrepâncias de medicação, duplicidades terapêuticas, reações adversas e falhas de adesão ao tratamento. Pacientes nesta situação são usuários potenciais do SAF. Pacientes em seguimento devem receber atendimento extra do farmacêutico caso necessitem conciliação de seus medicamentos.

Quando o objetivo da intervenção é educar o paciente ou trabalhar a adesão terapêutica, há diversos recursos e dispositivos disponíveis ao farmacêutico. O processo de **educação e aconselhamento ao paciente** nestes casos deve ir além das informações providas na dispensação de medicamentos, sendo mais elaboradas e focadas nas metas terapêuticas, nas mudanças de comportamento necessárias e na frequência de seguimento. Para casos de

não adesão involuntária podem ser usados calendários, porta-comprimidos, alarmes, entre diversos outros recursos voltados a auxiliar o paciente na rotina de uso de medicamentos.

Quando a intervenção envolve modificação de medicamentos prescritos será necessário **contatar o médico do paciente**. Em princípio, a substituição, adição ou modificação do regime posológico de medicamentos prescritos não deve ser feita sem anuência do prescritor. Esse contato pode ser feito basicamente de três maneiras: 1) contato pessoal ou telefônico, 2) envio de carta escrita ao médico ou 3) orientação ao paciente para que converse com o médico sobre a necessidade de alteração. Cada uma dessas três estratégias pode ser mais ou menos adequada dependendo de cada caso. Para serviços generalistas, voltados a pacientes de todas as idades, o contato com o prescritor original do medicamento faz-se necessário em 20-25% dos casos apenas. Em práticas mais especializadas, voltadas a pacientes crônicos, esse contato não passa de 50%. De modo geral, a maioria dos problemas relacionados à farmacoterapia pode ser negociada e resolvida diretamente entre farmacêutico e paciente.

A **carta ao médico**, também chamada de informe terapêutico, é uma ferramenta poderosa de comunicação. Muitas vezes, é inadequado pedir ao paciente que relate ao médico suas sugestões, pois a informação pode chegar distorcida e gerar desentendimento. Quando o contato telefônico com o médico não está disponível ou é inoportuno, elaborar um informe escrito é a melhor solução. Este deve ser levado e entregue ao médico pelo paciente, preservando a relação médico-paciente e posicionando o paciente como sujeito. O farmacêutico deve ver o médico como parceiro, por isso o conteúdo da carta deve ser ético, cordial e tecnicamente consistente. Isto é, o objetivo da carta não é apontar erros de prescrição, tampouco expor o comportamento do paciente. O objetivo é apresentar um laudo farmacêutico, com a identificação de problemas do paciente, de interesse deste e do médico, e propor alternativas de resolução, deixando claro a responsabilidade e o comprometimento do farmacêutico com a continuidade do cuidado e o trabalho multidisciplinar. O quadro 4 traz os componentes principais de um informes escrito ao médico.

#### Quadro 4. Partes de um informe farmacêutico ao médico

Apresentação: identificação do paciente, medicamentos envolvidos na situação e problemas de saúde sob tratamento.

Motivo do encaminhamento: problemas da farmacoterapia identificados e manifestações clínicas que fundamentam a suspeita (sinais, sintomas, medidas clínicas). Utilizar linguagem técnica e evitar proposições de diagnóstico ou prognóstico.

Avaliação farmacêutica: relação entre os problemas encontrados e a farmacoterapia do paciente, incluindo possíveis causas. Proposta de solução do problema, incluindo alternativas terapêuticas e sugestões.

Fechamento: despedida formal, reforçando a solicitação de avaliação do médico sobre o problema, colocando-se à disposição e reforçando a continuidade do cuidado que será prestado.

Data, carimbo e assinatura do farmacêutico.

Fonte: Machuca M, Martínez Romero F, Faus MJ. Informe farmacêutico-médico según la metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico. Pharm Care Esp 2000; 2: 358-363.

O último passo na elaboração do plano de cuidado é definir o prazo necessário para que o paciente volte à consulta farmacêutica e qual será a frequência dessas consultas, a fim de se avaliar os resultados da farmacoterapia e das intervenções ao longo de tempo. Este passo corresponde ao **agendamento para as**

**avaliações de seguimento** do paciente. Agendar o seguimento do paciente trata-se de um padrão de qualidade da atenção farmacêutica e deve ser feita ou revisada sempre como parte do plano de cuidado, ao final da consulta farmacêutica. O tempo que deve transcorrer entre as consultas depende de muitos fatores. Entre eles o prazo necessário para que se observem os resultados da farmacoterapia, em termos de efetividade e segurança. Para pacientes com quadros mais graves ou problemas relacionados à farmacoterapia de maior complexidade o seguimento deverá ser feito mais amiúde. Para pacientes que não apresentam problemas relacionados à farmacoterapia o seguimento deve ter por objetivo manter as condições de alcance das metas terapêuticas e prover cuidado contínuo ao paciente.

**Quadro 4.** Tipos de intervenções farmacêuticas realizadas na atenção farmacêutica

|   |   |
|---|---|
| 1. Modificação na quantidade de medicamento | 1.1 Modificar a dose do medicamento   |
|   | 1.2 Modificar a frequência de administração ou a duração do tratamento                              |
|   | 1.3 Modificar os horários de uso do medicamento   |
| 2. Modificação da estratégia farmacológica  | 2.1 Iniciar um novo medicamento   |
|   | 2.2 Suspender um medicamento  |
|   | 2.3 Substituir um medicamento   |
| 3. Educação do paciente                     | 3.1 Reduzir a não aderência não-intencional do paciente (educar no uso do medicamento)              |
|   | 3.2 Reduzir a não aderência voluntária do paciente (trabalhar atitudes e comportamento do paciente) |
|   | 3.3 Educar sobre medidas não-farmacológicas   |

Fonte: Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 90-97.

Em muitos casos, quando o farmacêutico tem maior convicção de que o plano de cuidado conduzirá a resultados positivos, o seguimento poderá ser feito de forma mais espaçada ou mesmo por contato remoto. Isso ocorre, por exemplo, para transtornos menores e condições agudas de baixa gravidade, com evolução de dias ou semanas e nas quais os indicadores de efetividade e segurança podem ser facilmente monitorados pelo próprio paciente. Nestes casos o seguimento poderia ser feito por telefone, com a possibilidade de uma nova consulta presencial caso algo ocorra diferente do planejado.

O plano de cuidado elaborado para cada indicação terapêutica do paciente e cada problema relacionado à farmacoterapia fica registrado no prontuário do paciente. Deve ser entregue ao paciente por escrito uma síntese dessas informações ao final da consulta farmacêutica: A **Declaração de Serviço Farmacêutico (DSF)** (Figura 5). A DSF é uma exigência brasileira para farmácias e drogarias e não é obrigatória para outros ambientes de prática (ambulatórios, consultórios, unidades de saúde). Ainda assim trata-se de um padrão de qualidade do SAF fornecer material escrito ao paciente que materialize e documente a consulta farmacêutica. A DSF deve conter os dados completos do estabelecimento, a identificação do paciente e deve ser datada, carimbada e assinada pelo farmacêutico. O conteúdo da declaração pode ser uma síntese do plano de cuidado e pode conter várias informações conforme procedimentos realizados pelo farmacêutico (Quadro 5).

A DSF deve conter a seguinte frase de alerta, quando houver medição de parâmetros fisiológicos ou bioquímicos: “*Este procedimento não tem finalidade de diagnóstico e não substitui a consulta médica ou a realização de exames laboratoriais*”. A DSF é particularmente útil também na prescrição farmacêutica e neste caso deve conter nome do medicamento indicado, regime posológico e prazo para avaliação de seguimento. Não é simples elaborar um modelo único de DSF que atenda a todas as finalidades sem correr o risco de criar algo burocrático, poluído visualmente e confuso para o paciente. Infelizmente, a autoridade sanitária cria as regras sem pensar muitas vezes na operacionalidade e no beneficiado final que é o paciente. Além disso, muitos farmacêuticos utilizam a DSF apenas para registrar a realização de procedimentos técnicos simples como verificação de pressão arterial, glicemia capilar e aplicação de medicamentos injetáveis, num contexto muito distante de qualquer atendimento clínico. Isso deturpa a idéia do que vem a ser um serviço de seguimento farmacoterapêutico e apenas reforça a aproximação (e não diferenciação) dos serviços farmacêuticos com os serviços de técnicos, auxiliares e vendedores de medicamentos. Quando bem utilizada, a obrigatoriedade da DSF é um avanço e uma oportunidade para o farmacêutico que deseja trabalhar com seguimento farmacoterapêutico na farmácia comunitária.

**Quadro 5.** Informações que podem estar contidas na declaração de serviço farmacêutico

| Informações  | Comentários  |
|--|--|
| a) medicamento prescrito e dados do prescritor (nome e inscrição no conselho profissional), quando houver;   | A DSF pode funcionar como um <u>resumo de medicamentos</u> do paciente. Este resumo é essencial para pacientes polimedicados, pois organiza todos os medicamentos em uso, indicações, regime posológico, prescritores e instruções adicionais. O paciente pode usá-lo em consultas com diversos especialistas ou em hospitais e isso pode ajudar a prevenir erros de medicação e problemas relacionados à farmacoterapia.  |
| b) indicação de medicamento isento de prescrição e a respectiva posologia, quando houver;  | A <u>prescrição farmacêutica</u> pode ser uma das intervenções integrantes do plano de cuidado. Podem ser prescritos medicamentos cuja venda não exija receita médica. Deve ser fornecido ao paciente o nome do medicamento, dose, via de administração, frequência, duração do tratamento, meta terapêutica e prazo para avaliação de seguimento.   |
| c) valores dos parâmetros fisiológicos e bioquímicos, quando houver, seguidos dos respectivos valores considerados normais;  | Os parâmetros são úteis ao paciente nos seguintes contextos: <u>Rastreamento</u> de hipertensão e diabetes, na <u>avaliação inicial</u> (Sinais Vitais e Glicemia Capilar) e <u>avaliações de seguimento</u> . Tratam-se de parâmetros de referencia para avaliação do alcance das metas terapêuticas e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia.  |
| e) dados do medicamento administrado, quando houver: 1. nome comercial, exceto para genéricos; 2. denominação comum brasileira; 3. concentração e forma farmacêutica; 4. via de administração; 5. número do lote; e 6. número de registro na Anvisa. | Neste caso, a DSF comprova a <u>administração de medicamentos</u> , particularmente injetáveis e inalatórios. Esses serviços representam muito mais frequentemente um complemento da dispensação do medicamento, do que parte do serviço de seguimento farmacoterapêutico. Ainda assim, é possível que em alguns casos seja necessário administrar medicamentos ao paciente como parte do plano de cuidado ou a fim de resolver problemas relacionados à farmacoterapia. Nada impede que um medicamento administrado por via oral, por exemplo, para uma situação de urgência seja registrado na DSF, contanto que esse paciente possua receita médica ou o medicamento seja de venda livre. |

| Informações                             | Comentários   |
|---|---|
| f) orientação farmacêutica;             | Orientação farmacêutica é um conceito amplo. É possível reforçar por escrito na DSF qualquer <u>orientação feita ao paciente</u> , farmacológica ou não-farmacológica, como parte das informações básicas sobre o uso de medicamentos ou intervenções específicas sobre problemas relacionados à farmacoterapia do paciente. Pode-se ainda escrever <u>um texto destinado ao médico do paciente</u> , utilizando a própria DSF como meio. Neste caso a orientação farmacêutica é voltada ao paciente e ao médico e a DSF funciona como carta de encaminhamento. |
| g) plano de intervenção, quando houver; | Plano de intervenção é sinônimo de <u>plano de cuidado</u> . O plano de cuidado pode conter qualquer das informações descritas acima e deve estar focado nas metas terapêuticas, intervenções voltadas à resolução e prevenção de problemas relacionados à farmacoterapia e no agendamento das avaliações de seguimento necessárias. O ideal seria que toda DSF contivesse o plano de cuidado, resultante do processo de seguimento farmacoterapêutico provido ao paciente.   |

|   |             |   |              |                  |                   |
|---|-------------|---|--------------|------------------|-------------------|
| <p><small>1ª via paciente – 2ª via farmácia</small></p> <p><b>Serviço de Atenção Farmacêutica</b><br/> <b>Declaração de Serviço Farmacêutico</b></p>  |             | <p>[Identificação do estabelecimento]</p> |              |                  |                   |
| <p>Nome:</p>  |             | <p>Data:</p>                              |              |                  |                   |
| <p>[Espaço para transcrição de dados de prescrições, plano de cuidado, indicação de medicamentos isentos de prescrição, etc.]</p>   |             |   |              |                  |                   |
| <p>Parâmetro</p>  | <p>Data</p> | <p>Hora</p>                               | <p>Braço</p> | <p>Resultado</p> | <p>Referência</p> |
| <p><i>“Este procedimento não tem finalidade de diagnóstico e não substitui a consulta médica ou a realização de exames laboratoriais”</i></p> <p>[Identificação do Farmacêutico - Carimbo e Assinatura]</p> |             |   |              |                  |                   |

Cabeçalho, dados da farmácia comunitária ou estabelecimento

Dados do paciente e data do atendimento

Orientação Farmacêutica, transcrição de dados de prescrições, plano de cuidado, indicação de medicamentos isentos de prescrição, etc.

Resultados de parâmetros medidos, incluindo valores desejados

Frase obrigatória e identificação do farmacêutico responsável pelo atendimento

**Figura 5.** Exemplo de Declaração de Serviço Farmacêutico



O **registro do plano de cuidado** no prontuário farmacêutico do paciente deve conter cada indicação clínica do paciente, isto é, cada problema de saúde, a meta terapêutica correspondente, problemas relacionados à farmacoterapia atuais e/ou potenciais (quando presentes), estratégias de intervenção adotada (quando presente), a farmacoterapia utilizada para a indicação (incluindo regime posológico) e a data de retorno agendada.

### **Seguimento e avaliação de resultados**

Entre todas as etapas do processo de seguimento farmacoterapêutico ao paciente, o seguimento do paciente e avaliação dos resultados terapêuticos obtidos é seguramente a fase mais importante. Tanto que os termos “seguimento farmacoterapêutico” e “acompanhamento farmacoterapêutico” são freqüentemente referidos como sinônimos de seguimento farmacoterapêutico. Cipolle, Strand e Morley chegam a afirmar em seu guia: “se não houve seguimento, não houve seguimento farmacoterapêutico”. De fato, o seguimento dos resultados obtidos após implantação do plano de cuidado é o que faz da atenção farmacêutica uma prática orientada ao paciente e aos resultados da farmacoterapia, mais do que ao processo de uso de medicamentos. Charles Hepler, um dos mais importantes pensadores da farmácia do século 20, afirma que a ausência de seguimento consiste na principal falha do sistema de saúde atual e que a freqüência das consultas médicas raramente é ditada pelo tempo da farmacoterapia, motivos esses altamente relacionados ao surgimento de eventos adversos ligados aos medicamentos. No Brasil, Mendes aponta como um dos principais problemas do sistema de saúde a orientação do modelo de atenção às condições agudas, em detrimento da atenção às condições crônicas, que deve se basear na continuidade, no seguimento e no suporte ao autocuidado. Por conseguinte, sem a realização de seguimento, a atenção farmacêutica passa a ser apenas mais uma parte do problema, não da solução.

Três atividades essenciais compõem o seguimento do paciente: avaliação dos resultados terapêuticos e evolução clínica do paciente, avaliação do alcance das metas terapêuticas e identificação de novos problemas (Quadro 6). Nas consultas de retorno, o farmacêutico terá a possibilidade de verificar as mudanças de comportamento do paciente, da prescrição médica, dos exames laboratoriais e dos relatos do paciente sobre seus sintomas. Para cada indicação, um plano de cuidado, com metas terapêuticas definidas, medidas não-farmacológicas e farmacoterapia específicas. Para cada plano de cuidado, um prazo determinado de seguimento e a observação clínica de mudanças em sinais, sintomas, exames laboratoriais e na percepção do paciente sobre sua saúde (desfechos).

Durante o seguimento do paciente, o farmacêutico aprende de forma significativa sobre farmacoterapia. Analisando os resultados de suas intervenções, as mudanças de saúde do paciente e a dinâmica da equipe de saúde, o farmacêutico aprende. O farmacêutico espera que seu estudo do caso seja suficiente, suas decisões clínicas sejam precisas, seu plano de cuidado negociado com o paciente seja efetivo e seguro e que suas intervenções sejam adequadas para resolver e prevenir todos os problemas relacionados à farmacoterapia identificados. Enquanto não há seguimento, entretanto, tudo é probabilidade. O seguimento é necessário para verificar os resultados das ações e gerenciar a situação para o melhor resultado possível.

### **Quadro 6.** Elementos da consulta farmacêutica de retorno

Com base nas metas terapêuticas e no plano de cuidado acordado, verificar:

- Evolução de sinais e sintomas do paciente referentes à efetividade e segurança da farmacoterapia, como ele se sente, como percebe diferenças com o uso dos medicamentos;
- Últimos resultados dos exames laboratoriais referentes à efetividade e segurança da farmacoterapia, comparação com resultados anteriores, mudanças obtidas;
- Ocorrência de novos problemas, novos medicamentos ou modificações no regime terapêutico feitas, por exemplo, pelo médico;
- Avaliação de novos problemas relacionados à farmacoterapia e revalidação do plano de cuidado;
- Agendamento de retorno para continuidade do cuidado.

A evolução do paciente, do ponto de vista dos efeitos da farmacoterapia, é avaliada por meio de indicadores dos resultados terapêuticos produzidos. Esses indicadores, assim como as metas terapêuticas, devem ser definidos na elaboração do plano de cuidado e monitorados durante as consultas de retorno. Para cada indicação tratada do paciente, deverão ser eleitos indicadores adequados para avaliação dos desfechos da farmacoterapia. Um bom indicador deve possuir sensibilidade suficiente para sofrer alterações ao longo do tempo, deve ser mensurável (por meio de dados objetivos ou subjetivos), deve ser específico para a condição clínica do paciente e/ou farmacoterapia e deve guardar relação bem evidenciada com o desfecho final desejado. Por desfecho, entende-se a mudança observada no estado de saúde do paciente que pode ser atribuída à intervenção (farmacoterapia, plano de cuidado).

Há basicamente dois tipos de desfechos clínicos: finais e substitutos. Os desfechos finais, também chamados desfechos duros ou *end-points*, são mais importantes, incluindo morte, cura ou desenvolvimento de complicações da doença, p.ex. doença renal crônica em paciente diabético ou infarto do miocárdio em paciente com dislipidemia. Metas terapêuticas ligadas a esses desfechos têm geralmente conotação preventiva, p.ex. aumento da sobrevida, prevenção da mortalidade precoce, prevenção do surgimento de complicação renal, etc. Desfechos substitutos ou intermediários podem ser observados no curto ou médio prazo como resposta ao tratamento medicamentoso, p.ex. glicemia em jejum e hemoglobina glicada em paciente recebendo antidiabéticos orais ou pressão arterial e frequência cardíaca em paciente recebendo anti-hipertensivos. Um bom desfecho substituto guarda relação direta com o desfecho final desejado, p.ex. o bom controle pressórico em pacientes hipertensos (desfecho intermediário) reduz o risco de desenvolvimento de complicações como infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral (desfecho final).

Indicadores de efetividade do tratamento medicamentoso incluem normalmente sinais observáveis (frequência cardíaca, temperatura corporal, pressão arterial), sintomas (dor, melancolia, cansaço, prurido) ou exames clínicos e laboratoriais (glicemia, LDL-C, TSH, eletrocardiograma, densidade óssea). Os exames laboratoriais são utilizados como parâmetros de monitorização pelas seguintes razões: 1) servem como referência basal (*baseline*) antes do início da farmacoterapia, 2) indicam o progresso em direção às metas terapêuticas, 3) orientam o ajuste de dose da medicação em relação à função renal e hepática do paciente e 4) podem indicar efeitos adversos e tóxicos, assim como doses subterapêutica, dos medicamentos em uso.

Os indicadores, em geral, guardam relação com a história natural da doença e suas manifestações clínicas. Da mesma forma, indicadores de segurança da medicação incluem sinais, sintomas e exames laboratoriais que possam revelar a ocorrência de reações adversas ou toxicidade farmacológica.

Durante o seguimento, o farmacêutico deve comparar a evolução dos parâmetros definidos para cada meta terapêutica (indicadores de desfecho) em relação aos valores basais encontrados na avaliação inicial do paciente. O tempo passado entre a primeira consulta e as consultas de retorno deverá ser suficiente para ocorrência de mudanças nesses indicadores, mostrando a evolução da farmacoterapia em termos de efetividade e segurança. Pacientes com vários problemas de saúde e vários tratamentos medicamentosos em curso terão diferentes tempos de evolução simultaneamente. Por exemplo, um paciente com uma nova prescrição de Enalapril 10mg duas vezes ao dia deverá aguardar entre 2 a 4 semanas que avaliação do controle pressórico (efetividade), enquanto sintomas como tosse ou transtornos gastrointestinais podem surgir já nos primeiros dias de tratamento (segurança). Neste caso específico, o farmacêutico pode agendar a reavaliação para um mês após a consulta inicial, tempo suficiente para avaliar a efetividade e a tolerância do paciente ao tratamento nesta fase inicial.

O **registro da evolução** do paciente no prontuário pode ser feito de várias formas. O modo de registro mais comum no Brasil segue o acrônimo SOAP, em que as informações de cada consulta de retorno são anotadas em ordem cronológica (com data da consulta e tempo) e de forma definida: S – dados subjetivos do paciente, O – dados objetivos do paciente, A – avaliação farmacêutica, P – plano e condutas realizadas pelo farmacêutico. De modo geral, tanto o método Dáder como o modelo de Minnessota criticam o formato SOAP e propõem modelos alternativos de registro da evolução do paciente. Estes modelos podem ser consultados nas obras originais citadas na bibliografia ao final do capítulo.

### **Desfechos “não-clínicos”**

Nem todos os efeitos da farmacoterapia podem ser descritos como sendo desfechos clínicos. Na atenção farmacêutica, é comum a definição de metas terapêuticas mais amplas do que a obtenção de resultados clínicos mensuráveis do ponto de vista do profissional. Os “desfechos humanísticos”, também chamados desfechos relatados pelo paciente (*patient-reported outcomes*), são igualmente importantes e, em alguns casos, prioritários. Estes incluem a qualidade de vida e a satisfação do paciente com os serviços prestados.

A **qualidade de vida** é um parâmetro subjetivo complexo que surge da percepção do paciente sobre sua vida e sua saúde. A saúde é um fator importante da qualidade de vida, mas não é o único. Religião, empregabilidade, lazer, segurança pública, condição social, faixa etária, gênero, família, entre muitos outros fatores, também têm o poder de influenciar de modo significativo a qualidade de vida das pessoas. Por tudo isso, o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) é comumente empregado. Uma forma simples de medir a qualidade de vida é perguntando diretamente ao paciente, numa escala de zero a dez, como este a classificaria. Isso dá chance ao paciente de falar a respeito de sua visão da vida e abre ao profissional um mundo novo de possibilidades de cuidado. Para abordagens mais direcionadas, há diversos questionários validados disponíveis no Brasil, tanto para medidas genéricas (WHO-QoL, SF-36, Perfil de Saúde de Nottingham) como específicas para doenças como diabetes *mellitus* (DQOL), hipertensão (Minichal). O tempo necessário para se observarem mudanças na qualidade de vida dos pacientes com o tratamento pode ser variável, entretanto, são desejáveis melhorias que possam ser sustentadas por longos períodos (avaliação a cada seis meses ou a cada ano).

A **satisfação do paciente** com seu tratamento e com o serviço de saúde também é um desfecho importante, que deve ser avaliados pelo farmacêutico como uma meta geral do processo de seguimento farmacoterapêutico. Assim como na qualidade de vida, há instrumentos validados para essa medida disponíveis no Brasil (vide leitura complementar). Questões como acolhimento, vínculo profissional-paciente, estrutura do serviço e profissionalismo têm repercussão direta na satisfação com os serviços farmacêuticos. Os pacientes percebem o quanto o farmacêutico está disposto a escutar, o quanto se compromete a ajudar e isso também faz parte do cuidado e contribui para os efeitos terapêuticos. De outro lado, a satisfação com o tratamento também precisa ser abordada, como parte das expectativas e da experiência de medicação do paciente. Intervenções voltadas, por exemplo, à simplificação do regime posológico ou aumento da conveniência do tratamento podem ter repercussão

positiva sobre como o paciente manifesta sua satisfação. Alguns especialistas argumentam que pacientes mais satisfeitos apresentam também melhores pontuações de qualidade de vida.

### **Custo do tratamento**

O aspecto econômico da farmacoterapia também pode ser considerado um componente importante do impacto do tratamento sobre a vida do paciente. Juntamente com os desfechos clínicos e humanísticos, os custos do tratamento compõem a tríade conhecida como modelo ECHO (*Economic – Clinical – Humanistic Outcomes*). No Brasil, particularmente para pacientes idosos e polimedicados, os custos do tratamento podem ter grande impacto no orçamento familiar, comprometendo muitas vezes o acesso a alimentação e lazer de qualidade, por exemplo. Além disso, a dificuldade em comprar medicamentos é uma das causas mais comuns de abandono do tratamento. Muitas dessas situações poderiam ser minimizadas estudando-se alternativas terapêuticas como medicamentos genéricos e marcas similares de menor preço. Esse tipo de análise é uma das mais solicitadas no balcão da farmácia e o farmacêutico freqüentemente vê-se diante de dilemas éticos no que diz respeito à substituição da prescrição médica. A lei autoriza a substituição de medicamentos de referência por genéricos, mas não por similares, portanto, substituições desse tipo devem ser discutidas com o médico do paciente, quando a dificuldade de acesso coloca em risco a execução e o sucesso do tratamento.

Na prática da atenção farmacêutica, entretanto, os resultados clínicos obtidos com o medicamento estão à frente do custo, em termos de prioridade. Isso parte do simples pressuposto de que não há medicamento mais caro do que aquele que não funciona. Não há custo maior do que pagar por um medicamento que não é efetivo ou seguro para o paciente. Assim, o custo deve ser analisado em conjunto com os resultados clínicos, num processo de seguimento, e as substituições de fármacos ou de marcas devem ser seguidas de perto a fim de revalidar os resultados que vinham sendo obtidos. É fácil concluir que tratamentos altamente efetivos e de baixo custo são superiores a tratamentos caros e de baixa efetividade, entretanto na prática clínica nem sempre essas diferenças são tão claras. Além disso, não há interesse dos laboratórios farmacêuticos em divulgar comparações econômicas de seus produtos em relação a alternativas terapêuticas similares. É preciso buscar informação em fontes mais confiáveis.

Na literatura, há basicamente quatro tipos de estudos que comparam opções terapêuticas em relação a seus custos: análises de minimização de custos, custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício. O que se faz é comparar o custo do tratamento (não só do medicamento) aos desfechos obtidos em termos de efetividade clínica, melhoria da qualidade de vida ou economia de recursos (prevenção de internações, tratamento de complicações, etc.). Para que o leitor possa se aprofundar no assunto, recomendamos a leitura dos materiais complementares indicados ao final deste capítulo.

### **LEITURA COMPLEMENTAR**

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.

Correr CJ, Pontarolo R, Melchioris AC, Souza RAP, Rossignoli P, Fernández-Llimós F. Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do *Pharmacy Services Questionnaire* para o Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009 Jan; 25(1): 87-96.

Secoli SR, Padilha KG, Litvoc J, Maeda ST. Farmacoeconomia: perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. *Ciênc. saúde coletiva* 2005; 10(supl 0): 287-96.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 2004 Abr; 20(2): 580-588.

Wannmacher L, Fuchs FD. Conduta terapêutica embasada em evidências. Rev. Assoc. Med. Bras 2000; 46(3): 237-241.

## BIBLIOGRAFIA

Alcaraz AMC, Padilla CA. Un modelo para toma de decisiones compartidas con el paciente. Aten Primaria 2009; 41(5): 285-7.

American Pharmacist Association. National Association of Chain Drug Stores Foundation. Medication Therapy Management in Pharmacy Practice: Core Elements of an MTM Service Model. Version 2.0. Washington: APha, 2008. 20 p.

American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. Am J Health-Syst Pharm, 1996; 53:1713-6.

Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice. The clinician's guide. 2th Ed. New York: McGraw-Hill, 2004. 394p.

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. Seguin Farmacoter 2004; 2(4): 267-285.

Dáder MJF, Muñoz PA, Martínez-Martínez F. Atención Farmacéutica. Conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid: Ergon, 2008. 210p.

Escovitz A, Pathak DS. Health outcomes and pharmaceutical care. Measurement, applications and initiatives. New York: Pharmaceutical Products Press, 1997. 227 p.

Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. Seguin Farmacoter 2004; 2(3): 195-205.

Fernández-Llimós F, Faus MJ. From “drug-related problems” to “negative clinical outcomes”. Am J Health Syst Pharm 2005; 62(22): 2348-50.

Fernández-Llimós F. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. Pharm Care Esp 1999;1:90-96.

Gomes CAP et al. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte: Ed. FUNED, 2007. 70p.

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Método Dáder para el Seguimiento Farmacoterapéutico. Ars Pharm. 2005; 46 (3): 309-337.

Kozma CM. Outcomes research and pharmacy practice. Am Pharm. 1995 Jul;NS35(7):35-41.

Sabater DS, Castro MMS. Dáder MJF. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. 3a Edición. Granada: GIAF-UGR, 2007. 127p.

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.

Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. Guia do cuidado farmacêutico : uma estratégia para promover o uso racional de medicamentos e a farmacovigilância no SUS. Belo Horizonte : SES-MG, 2010. 112 p.

Organização Pan-Americana da Saúde (org). Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica - Proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. PCNE Classification for drug related problems. (revised 01-05-06 vm) v5.01. Zuidlaren, May 2006. Disponível em: <http://www.pcne.org>

Rovers JP, Currie JD. A practical guide to pharmaceutical care. A clinical skills primer. 3th Ed. Washington: APhA, 2007. 303p.

Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 90-97.

Sexton J, Nickless G, Green C. Pharmaceutical care made easy. London: Pharmaceutical Press, 2006. 178p.

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.

Tindall WN, Millonig MK. Pharmaceutical care: insights from community pharmacists. Washington DC: 2003. 172 p.

Van Mil JWF, Westerlund LOT, Hersberger KE, Schaefer MA. Drug-related problem classification systems. Ann Pharmacother 2004; 38: 859-67.