



METODO DÁDER

MANUAL DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

Terceira Edição

(Versão em português europeu)

2009

Daniel Sabater Hernández
Martha Milena Silva Castro
María José Faus Dáder

AUTORES

Daniel Sabater Hernández

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

Martha Milena Silva Castro

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

María José Faus Dáder

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

Tradução:

Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, PharmD, MSc*

Revisão técnica e adaptação:

Paula Iglésias Ferreira, PharmD, MSc*

Henrique José Santos, BSc, PharmD, MSc, EFI (OF)*

*Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona (GICUF-ULHT)

Traduzido do original em espanhol:

Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico, 2007

Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico, 2009, versão em português europeu (acordo ortográfico)

© dos textos: Dos autores

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

Impressão:

I.S.B.N.: **978-972-8881-75-7**

N. DL: **306825/10**

Nome fornecedor: ROLO & FILHOS II, S.A. - INDÚSTRIAS GRÁFICAS

Título: Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico

Autor: Hernández, Daniel Sabater e outros

Editor: Edições Universitárias Lusófonas

Local Pub.: Lisboa

Data Pub.: 2010

Edição: 1

AGRADECIMENTOS

A José Pedro García-Corpas porque sem a sua valiosa colaboração não se teria podido finalizar este guia.

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

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

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

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

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

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

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

Os autores.

Índice

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

4.6.1. Características e generalidades do plano de atuação	66
4.6.2. Etapas para desenhar o plano de atuação	68
4.7. Entrevistas farmacêuticas sucessivas (resultado da intervenção farmacêutica).....	77
4.7.1. Registo das entrevistas sucessivas.....	78
4.7.2. Registo das intervenções farmacêuticas.....	79
5. CASO PRÁTICO ORIENTADO DE ACORDO COM O MÉTODO DÁDER	85
5.1. Oferta do serviço	85
5.2. Entrevista farmacêutica: primeira entrevista	85
5.3. Primeiro estado de situação	91
5.4. Fase de estudo	92
5.5. Fase de avaliação	98
5.6. Fase de intervenção: plano de atuação	100
5.6.1. Definição e hierarquização por prioridade dos objetivos. Intervenções farmacêuticas: planificação.....	100
5.6.2. Relatório ao médico	102
5.7. Entrevistas sucessivas (resultado da intervenção).....	103
5.7.1. Novos estados de situação gerados no SF	107
5.7.2. Nova fase de estudo	108
5.7.3. Novas entrevistas com o doente e novos estados da situação: avaliação das intervenções	111
5.7.4. Fase de intervenção: novas considerações no plano de atuação	114
5.7.5. Agenda do doente	116
5.7.6. Registo das intervenções farmacêuticas	117
6. BIBLIOGRAFIA	119

1. Abreviaturas

AINE: anti-inflamatórios não esteróides

AMPA: automedicação da pressão arterial

CF: cuidados farmacêuticos

DCV: doença cardiovascular

E: efetividade

EpS: educação para a saúde

ES: estado da situação

FRCV: fator de risco cardiovascular

HBP: hipertrofia benigna da próstata

HTA: hipertensão arterial

IF: intervenção farmacêutica

IMC: índice de massa corporal

Kg: quilograma

m: metro

N: necessidade

PA: pressão arterial

pa: princípio ativo

PRM: problema relacionado com os medicamentos

RCV: risco cardiovascular

RNM: resultado negativo associado à medicação

S: segurança

SF: seguimento farmacoterapêutico

THS: terapêutica hormonal de substituição

2. Introdução

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

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

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

Estes fracassos da farmacoterapia foram publicados em numerosos estudos, e atualmente não existem dúvidas de que provocam perdas na saúde dos doentes e perdas económicas ao conjunto da sociedade¹⁻³. Não obstante, também se demonstrou que os fracassos da farmacoterapia são, em grande percentagem, evitáveis^{4,5}.

Este facto, justifica o desenvolvimento do conceito de **Cuidados Farmacêuticos (CF)**, que pretende trazer soluções para este problema de Saúde Pública e constituir uma resposta efetiva para detetar, prevenir e resolver estes fracassos da farmacoterapia.

Os Cuidados Farmacêuticos englobam todas as atividades assistenciais do farmacêutico orientadas para o doente que utiliza medicamentos. Entre estas atividades, o **seguimento farmacoterapêutico (SF)** apresenta uma efetividade maior para atingir os melhores resultados em saúde possíveis, quando se utilizam medicamentos.

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

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

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

2.1. APROXIMAÇÃO AO CONCEITO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO (SF)

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

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

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

Atualmente define-se seguimento farmacoterapêutico (SF) como “o serviço profissional que tem como objetivo detetar problemas relacionados com medicamentos (PRM), para prevenir e resolver os resultados negativos associados à medicação (RNM). Este serviço implica um compromisso e deve ser disponibilizado de um modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o doente e com os profissionais do sistema de saúde, com a finalidade de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente”⁸.

Seguimento Farmacoterapêutico

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

Terceiro Consenso de Granada sobre PRM e RNM. 2007

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

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

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

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

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

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

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

2.2. DOCUMENTAÇÃO DO SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

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

Em relação à documentação clínica é importante assinalar o seguinte:

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

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

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

exige a aplicação, de certas **medidas de segurança**, à documentação clínica^{15,16}. Estas medidas estão estabelecidas no Regulamento de medidas de segurança dos ficheiros informatizados que contenham dados de carácter pessoal.

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

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

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

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

2.3. HISTÓRIA FARMACOTERAPÊUTICA DO DOENTE

A *história farmacoterapêutica* é o conjunto de documentos, elaborados e/ou reunidos pelo farmacêutico durante o processo de assistência ao doente, que contêm os dados, opiniões (pareceres clínicos) e informações de qualquer índole, destinados a monitorizar e a avaliar os efeitos da farmacoterapia utilizada pelo doente.

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

- **Motivo da oferta do serviço de SF.**
- **Problemas de saúde e efeitos ou resultados devidos à utilização da farmacoterapia.** A história farmacoterapêutica deve conter a informação clínica¹ que permita avaliar o estado de saúde do doente e as alterações que ocorrem, em consequência, do uso dos medicamentos:
 - Medições clínicas (ex.: valores de glicemia, pressão arterial, etc.)
 - Sintomas e sinais
 - Eventos clínicos
 - Outras apreciações que o doente possa fazer sobre a evolução dos seus problemas de saúde.

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

- **Farmacoterapia do doente.** Inclui-se a informação sobre datas de início e fim de uso dos medicamentos, ajustes nas doses, dosagens e esquemas terapêuticos, alterações da forma farmacêutica e via de administração, médicos prescritores, etc.
- **Apreciações do farmacêutico.** Na história farmacêutica devem estar todos os pareceres elaborados pelo farmacêutico acerca do estado de saúde e da farmacoterapia do doente. Estas apreciações podem constituir, em muitas ocasiões, o fundamento das decisões tomadas durante o SF.
- **Planificação, evolução e resultado das intervenções farmacêuticas realizadas para melhorar ou preservar os resultados da farmacoterapia.** Trata-se de toda a informação relacionada com as ações empreendidas pelo farmacêutico para atingir os objetivos acordados com o doente durante o SF. Anotam-se as alterações produzidas na conduta e nos comportamentos do doente, as decisões médicas tomadas em resposta às intervenções realizadas, assim como, a informação que permita determinar a evolução do estado de saúde do doente, após as intervenções.

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

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

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

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

Todos estes documentos poderão arquivar-se, como parte da história farmacoterapêutica do doente (dentro da pasta desenhada para o efeito) juntamente com outros documentos de proveniências diversas (ex.: relatórios médicos, análises laboratoriais, documentos de registo da dispensação e da indicação farmacêutica, entre outros).

História Farmacoterapêutica

Doente: _____

Código Dáder:

Dados de Contacto

Morada: _____

e-mail: _____

Telefone: _____



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

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

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

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

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

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

3. Resultados negativos associados à medicação (RNM)

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

Em 1990 Strand e col²⁴ publicaram o primeiro artigo onde se abordou conceitualmente o termo “drug-related problems”, traduzido para espanhol como Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM). Desde então, e até ao ano 2007, o debate acerca da idoneidade e do significado deste termo permaneceu em aberto.

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

É necessário ter em atenção certos aspetos desta definição:

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

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

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

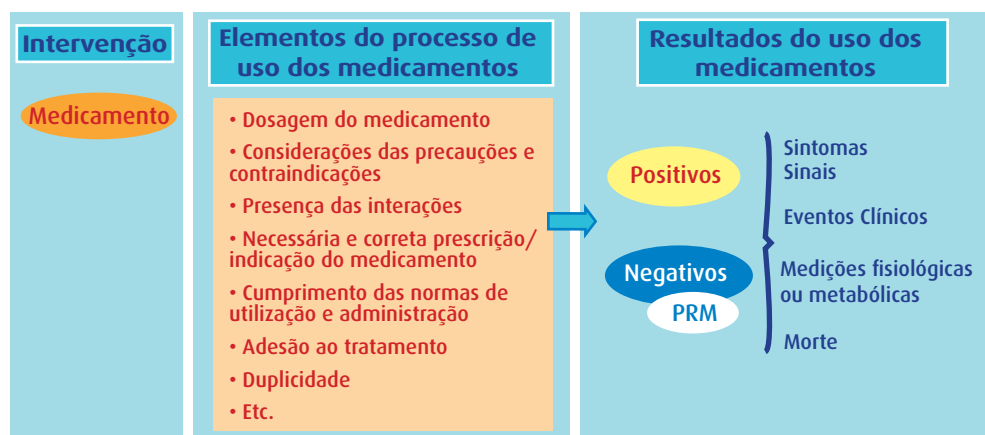
- Os PRM consideravam-se "...resultados clínicos negativos...". Em 1993, Kozman y col.²⁹ definiram, no chamado modelo ECHO, os distintos tipos de resultados que devem ser esperados de qualquer atividade em saúde e classificaram-nos em: humanísticos, económicos e clínicos. Por definição, os PRM pertenciam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

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

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

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

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



²⁸ Problema de saúde: "qualquer queixa, observação ou fato que o doente e/ou médico percecionam como um desvio da normalidade que tenha afetado, possa afetar ou afete a capacidade funcional do doente".

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

3.2. A EVOLUÇÃO DO TERMO PRM

3.2.1. Resultados negativos associados à medicação

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

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

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

Este mesmo raciocínio poderia aplicar-se ao incumprimento, à interação farmacológica, à duplicação, etc. Todos estes, tal como a sobredosagem, são problemas que podem aparecer durante o processo de uso dos medicamentos e influir sobre as variáveis clínicas do doente.

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

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

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

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

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

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

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

medicamentos; de forma abreviada **resultados negativos associados à medicação (RNM)**⁸.

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

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

3.2.2. O termo PRM atualmente

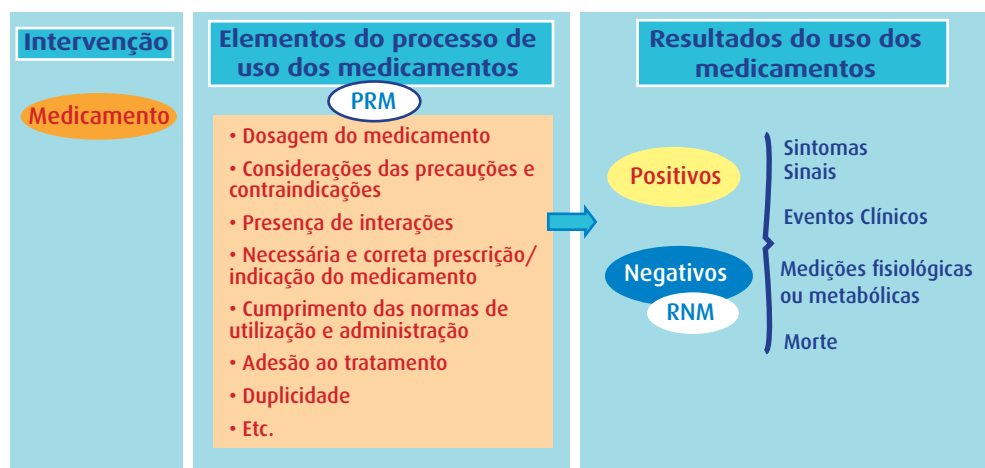
Uma vez esclarecida a necessidade de se utilizar termos de maior especificidade (RNM), que se prestem à menor confusão possível, é preciso começar a aplicá-los. Não obstante, este passo não é fácil de dar. Isto deve-se fundamentalmente ao facto do termo PRM se encontrar muito enraizado e difundido no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

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

Este novo conceito de PRM foi proposto desde o Foro de Atención Farmacéutica³⁸. Esta instituição política e das ciências relacionadas com o mundo da farmácia, consciente da importância de uma linguagem comum, assumiu o compromisso de consensualizar um conjunto de definições, de modo a que todos os profissionais que estão relacionados, de qualquer forma, com os Cuidados Farmacêuticos, utilizem os mesmos termos com significado idêntico.

As distintas instituições e sociedades científicas que constituem o Foro são: o Ministerio de Sanidad y Consumo, o Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, as Sociedades Científicas de Atención Primaria (SEFAP), de Farmacia Comunitária (SEFaC), e de Farmacia Hospitalaria (SEFH), a Fundación Pharmaceutical Care España, o Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada e a Real Academia Nacional de Farmácia.

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



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

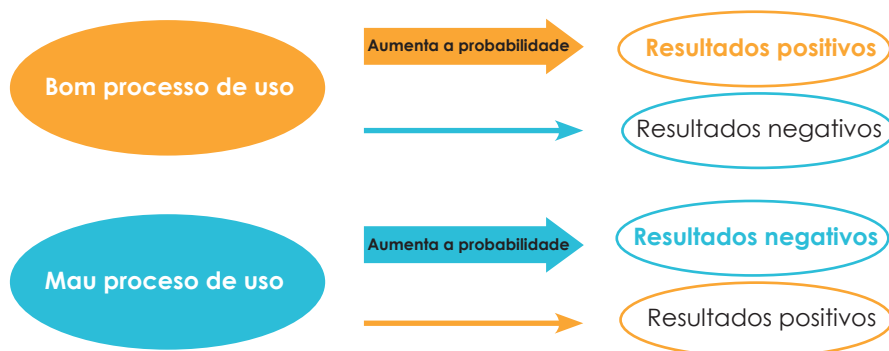
- Administração errada do medicamento
- Características pessoais
- Conservação inadequada
- Contraindicação
- Dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada
- Duplicação
- Erros na dispensação
- Erros na prescrição
- Incumprimento
- Interações
- Outros problemas de saúde que afetam o tratamento
- Probabilidade de efeitos adversos
- Problema de saúde insuficientemente tratado
- Outros

3.3. IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS NEGATIVOS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO

Considere-se o caso de um doente hipertenso, corretamente diagnosticado, tratado com o fármaco que mais se adequa à sua situação clínica, que foi corretamente informado sobre o uso do medicamento e que apresenta uma adequada adesão às instruções recebidas e ao esquema terapêutico prescrito. A pergunta é: *Todos estes factos garantem que a pressão arterial do doente esteja controlada durante as 24 horas do dia?* Responder que sim seria arriscado, já que são numerosos os casos nos quais, por diversos motivos, não se atingem os resultados desejados.

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

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



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

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

Pelo seu elevado interesse e relevância, é necessário que os resultados em saúde devidos a qualquer atividade assistencial farmacêutica sejam devidamente avaliados e medidos. Só deste modo se poderá avaliar e demonstrar o benefício

e a efetividade da intervenção do farmacêutico na saúde do doente. Por vezes, a ausência de resultados ou a ausência de melhoria foi usada como argumento contra o benefício da intervenção do farmacêutico. Em investigação, não medir os resultados clínicos de uma intervenção ou tratamento é considerado uma debilidade, em qualquer estudo sobre uma prática assistencial.

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

3.4. SUSPEITAS DE RESULTADOS NEGATIVOS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO

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

A partir desta definição depreende-se que:

- O SF procura resolver **RNM manifestados no doente**. Estes poderão ser detetados, pois existem variáveis clínicas que permitem confirmar a sua presença.
- SF também tem de **prevenir o aparecimento ou a manifestação de RNM no doente**. Estes RNM podem não ter aparecido, mas apresentam uma elevada probabilidade de se manifestarem, ou então não existe a possibilidade de confirmar a sua presença, por não se dispor de uma variável clínica que permita avaliar o seu estado (existe o problema de saúde, mas não pode ser medido). Nestes casos, embora não se possa confirmar a presença do RNM, poder-se-á identificar a(s) situação(ões) de risco (PRM ou outras causas) que aumenta(m) a probabilidade do RNM aparecer ou se manifestar. Estes casos serão designados por **suspeitas de resultados negativos da medicação**.

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

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

3.5. CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS NEGATIVOS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO

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

Para classificar os RNM é necessário considerar as três premissas que a farmacoterapia utilizada pelos doentes deve cumprir: **necessária** (deve existir um problema de saúde que justifique o seu uso), **efetiva** (deve atingir os objetivos terapêuticos planeados) e **segura** (não deve produzir nem agravar outros problemas de saúde).

O medicamento (s) que origina um RNM não cumpriu, pelo menos, uma destas premissas. Assim sendo, o RNM (ou a suspeita de RNM, depende da situação) classificar-se-á em função da (s) premissa (s) que “não se cumpre (m) ”.

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

- Desaparece o termo PRM.
- Desaparecem os números que se associavam a cada tipo de PRM.
- No enunciado dos resultados negativos associados à medicação substitui-se “em consequência de” na versão original em espanhol e “resultante de” na versão traduzida para português europeu por “associado”, evitando-se assim uma relação causal tão direta.

Classificação de Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) ^[8]	
NECESSIDADE	Problema de Saúde não tratado O doente sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita. Efeito de medicamento não necessário O doente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.
EFETIVIDADE	Inefetividade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação. Inefetividade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.
SEGURIDADE	Inseguridade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade não quantitativa de um medicamento. Inseguridade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade quantitativa de um medicamento

Por exemplo:

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

4. Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico

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

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

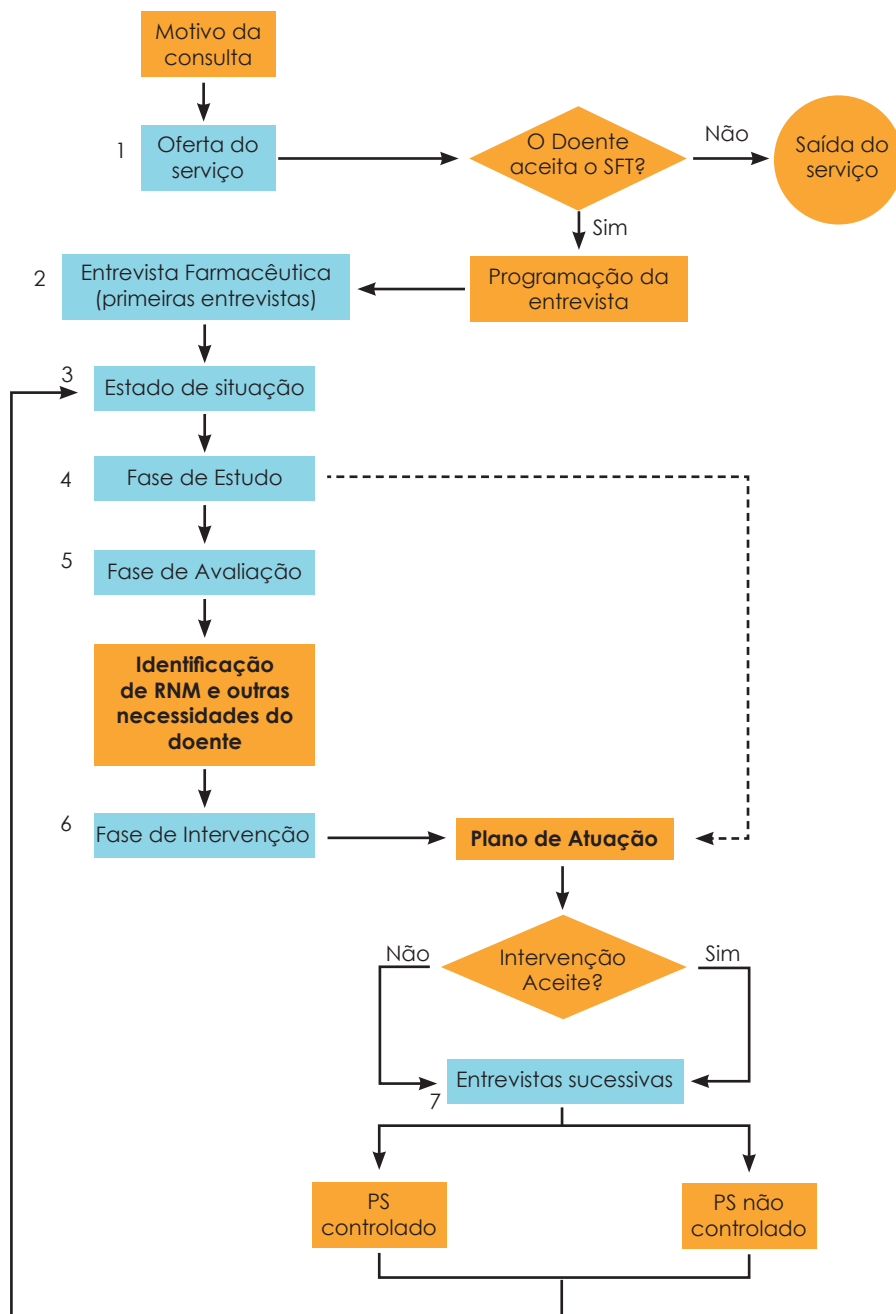
Apesar do Método Dáder estabelecer normas básicas para a realização do SF, este método caracteriza-se por ser adaptável e por se ajustar às particularidades do local assistencial onde se pode realizar ^{39,40}.

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

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

A utilidade deste procedimento manifesta-se quando se percebe o elevado número de farmacêuticos, de diversos países do mundo, que o põem em prática⁴⁴⁻⁴⁷. Igualmente, destaca-se a sua capacidade de aplicação em distintos contextos assistenciais. ⁴⁸⁻⁵⁴

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



4.1. OFERTA DO SERVIÇO

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

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

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

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

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

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

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

Como se deve oferecer o serviço?

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

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

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

- **O objetivo do SF é conseguir o máximo benefício dos medicamentos que utiliza.** Utilizar frases do tipo “podemos **ajudá-lo** a obter o máximo benefício dos seus medicamentos”, ou “vamos **tentar** melhorar os resultados dos seus medicamentos” podem servir para suscitar o interesse do doente por este serviço que poderá receber.
- **O farmacêutico não vai substituir a função de nenhum outro profissional de saúde, mas sim trabalhar em equipa.** Deixar-se-á claro que não se pretende iniciar nem suspender nenhum tratamento, assim como, não se alterarão esquemas terapêuticos sem a decisão do médico. Recorrer-se-á sempre ao médico quando existir algum aspeto dos medicamentos que possa ser melhorado.
- **A corresponsabilidade e a colaboração entre o farmacêutico e o doente são elementos fundamentais**⁵⁵. O doente tem que saber que não se tomará nenhuma decisão sobre os seus medicamentos sem a sua participação e que, em qualquer caso, tratar-se-á sempre de fazer um acordo entre ambos, para tomar a decisão mais oportuna que permita resolver os problemas que possam surgir. Podem-se empregar expressões como “vamos trabalhar juntos para conseguir os objetivos a que nos propusemos”. Por outro lado, é necessário esclarecer o doente, que é livre de abandonar o serviço quando o desejar.
- O serviço prolongar-se-á no tempo. Explicar-se-á que periodicamente lhe será pedido que venha à farmácia, o que acontecerá em função das suas necessidades relacionadas com a sua farmacoterapia. Isto pode explicar-se, comentando que (em continuação da frase anterior): “Isto pode demorar algum tempo, pelo que, teremos de continuar a ver-nos”.

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

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

Quem deve ser o primeiro doente em SF?

Embora o SF permita trabalhar com qualquer doente que tome medicamentos, aconselha-se a começar com doentes cujos problemas de saúde possam ser tratados e monitorizados na farmácia (ex.: doentes com hipertensão, com diabetes, com dislipidemia).

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

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

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

- Tomem muitos medicamentos (mais de 5 ou 6).
- Padeçam de doenças psiquiátricas.
- Apresentem dificuldades em comunicar.

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

Exercício 1. Escolhamos um doente.

Para aprender a fazer SF é preciso superar os receios e escolher o primeiro doente. É importante que saibamos que o propósito para trabalhar com o primeiro doente é aprender, e que provavelmente não conseguiremos ajudá-lo tanto quanto desejaríamos o que poderemos fazer quando dominarmos o processo.

Escolha um doente que se adeque às metas estabelecidas e proponha-lhe o serviço de SF. Não se esqueça de marcar uma data para a primeira entrevista e diga-lhe para trazer o saco com os medicamentos e os documentos de que disponha.

4.2. ENTREVISTA FARMACÊUTICA: PRIMEIRA ENTREVISTA

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

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

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

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

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

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

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

1. Conhecer os problemas de saúde e os medicamentos do doente antes de entrevistá-lo, o que ajuda a focar os aspetos que se vão abordar durante a entrevista.
2. Verificar e complementar a informação obtida na entrevista farmacêutica.

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

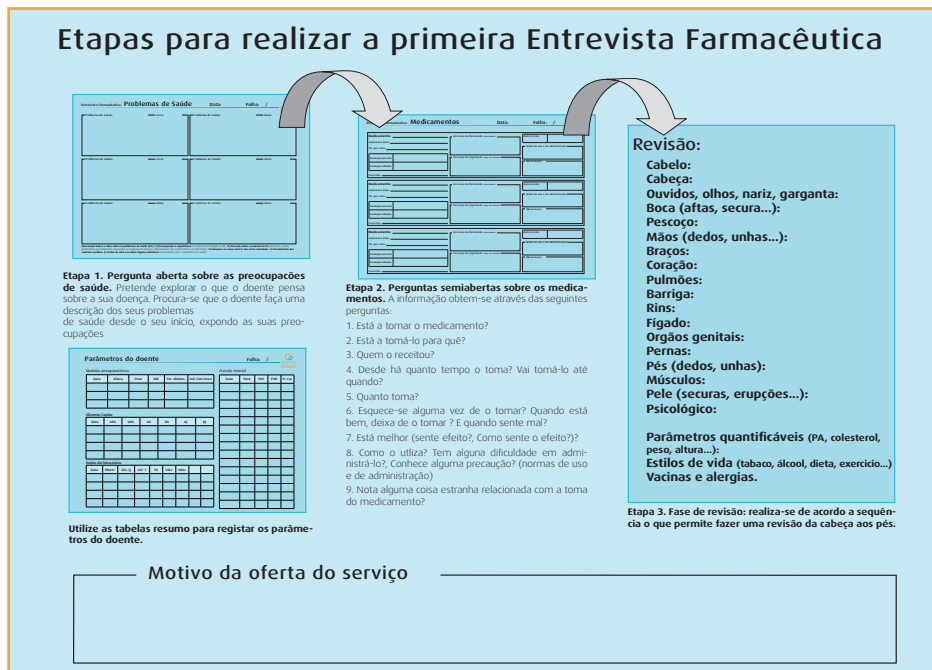
4.2.1. Estrutura e desenvolvimento da primeira entrevista farmacêutica

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

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

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

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



Esquema da primeira entrevista. Pasta da história farmacoterapêutica.

Fonte: Programa Dáder®.

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidade de Granada.

A. Preocupações e problemas de saúde.

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

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

Por exemplo:

“Boa tarde, o meu nome é XXX e sou farmacêutico. Gostaria de falar um pouco

consigo sobre os seus medicamentos. Mas antes, gostaria que falássemos uns minutos sobre o que mais o preocupa em relação à sua saúde". Feito isto, o doente deve iniciar a sua resposta.

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

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

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

Para conduzir uma conversa com um doente tem que se ter alguma experiência e ter a habilidade necessária, para que qualquer comentário que surja, não constitua

uma interrupção nem seja interpretado, pelo doente, como um incómodo. Isto pode ocasionar dificuldades na comunicação.

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

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

B. Medicamentos.

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

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

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

1. **Toma/utiliza o medicamento?:** Pretende saber se o doente usa o medicamento atualmente e de forma regular.
2. **Para que o toma/utiliza?:** Procura identificar se o doente conhece o problema de saúde para o qual toma o medicamento.
3. **Quem o prescreveu/indicou?:** Permite conhecer o destinatário de futuras intervenções.
4. **Desde há quanto tempo toma/usa o medicamento?:** Pretende identificar a data de início da prescrição. Trata-se da data de início do medicamento novo ou, nos casos em que o medicamento já está a ser utilizado, a data em que ocorreu a última modificação de: concentração, dose, dosagem, esquema terapêutica, forma farmacêutica, via de administração, etc. Nesta fase, também é conveniente perguntar **até quando deve tomá-lo/usá-lo?**, e determinar se o doente vai deixar de tomar o medicamento em algum momento determinado ou se vai modificar alguns dos aspetos comentados anteriormente.

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

C. Revisão geral por sistemas:

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

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

Em traços gerais, a fase de revisão está pensada para:

- **Descobrir novos problemas de saúde e medicamentos** que não tenham sido mencionados anteriormente.
- **Obter informação** que o doente não tenha fornecido anteriormente.
- **Verificar** a informação obtida nas secções anteriores.
- **Aprofundar** os aspetos que não tenham ficado claros.
- **Corrigir qualquer erro e esclarecer confusões** que o doente possa apresentar.

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

As primeiras entrevistas a doentes servem para que cada farmacêutico descubra e assuma o seu próprio perfil como entrevistador, e conheça quais são as suas atitudes e as suas limitações.

Não se deve pretender fazer uma boa entrevista nem dominar a técnica com os primeiros doentes; nem sequer num curto período de tempo. O trabalho e a experiência são os elementos fundamentais que permitem ao farmacêutico ir superando as dificuldades encontradas e ir adquirindo a destreza e as habilidades necessárias para otimizar os futuros encontros com o doente.

Existem **documentos destinados a registar ordenadamente a informação da primeira entrevista**. Para a sua conceção teve-se em conta a estrutura descrita (pergunta aberta sobre os problemas de saúde, perguntas semiabertas sobre os medicamentos e a revisão geral). Estes documentos também poderão ser utilizados noutras fases do SF, quando requeridos, para adicionar informação à história farmacoterapêutica do doente.

Entrevista Farmacêutica: Problemas de Saúde		Data:	Folha: /	
Problema de Saúde:	Início:	Problema de Saúde:	Início:	
Problema de Saúde:	Início:	Problema de Saúde:	Início:	
Problema de Saúde:	Início:	Problema de Saúde:	Início:	

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

Medicamento: _____ Substância Ativa: _____ P.S. que trata: _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">Posologia prescrita</td> <td style="width: 85%; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Posologia utilizada</td> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table> Prescritor: _____	Posologia prescrita		Posologia utilizada		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Percepção da Efetividade: <i>Está melhor?</i> </td> <td style="width: 40%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Data de início</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Data de fim</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> Percepção da Seguridade: <i>Algo de estranho?</i> </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> Modo de uso e de administração _____ Observações _____ </td> </tr> </table>	Percepção da Efetividade: <i>Está melhor?</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Data de início</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Data de fim</td> <td></td> </tr> </table>	Data de início		Data de fim		Percepção da Seguridade: <i>Algo de estranho?</i>	Modo de uso e de administração _____ Observações _____
Posologia prescrita													
Posologia utilizada													
Percepção da Efetividade: <i>Está melhor?</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Data de início</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Data de fim</td> <td></td> </tr> </table>	Data de início		Data de fim									
Data de início													
Data de fim													
Percepção da Seguridade: <i>Algo de estranho?</i>	Modo de uso e de administração _____ Observações _____												

programa
DADER

Pressão Arterial

[illegible]

Data	APA	DPA	AA	DA	AJ	DJ

[illegible]

41

4.2.2. Aspetos da comunicação a considerar durante a entrevista farmacêutica

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

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

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

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

- Neste mesmo sentido, o contacto emocional facilita a comunicação. Expressar sentimentos de pesar face ao mal-estar do doente, ou de alegria pelos seus progressos, sem exagero emocional, potencia a sensação de confiança e compreensão.
- Desde o início do relacionamento farmacêutico-doente deve fomentar-se a decisão partilhada. O modelo de decisão partilhada é o melhor, uma vez que adapta a evidência clínica, proporcionada pelo profissional de saúde, aos valores e prioridades de cada doente, que obviamente são individuais e, em alguns casos, podem não ser coincidentes com as decisões dos profissionais ⁶⁰.

Exercício 2. Começemos a trabalhar.

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

4.3. ESTADO DA SITUAÇÃO

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

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

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

- **Avaliar a farmacoterapia do doente.**
- **Visualizar o panorama global do estado de saúde do doente.**
- **Expor um caso numa sessão clínica.**

Para que a avaliação da farmacoterapia não apresente dificuldades e o processo de identificação dos RNM decorra satisfatoriamente (ver subcapítulo 3.5), o estado da situação tem que estar corretamente preenchido. Por outras palavras, um estado de situação mal preenchido, quer por falta de informação, quer por má organização da informação nas tabelas, pode dar lugar a erros e/ou a complicações na identificação dos RNM.

4.3.1. Estrutura e preenchimento do estado da situação

Como se pode observar, o estado da situação tem uma configuração de emparelhamento horizontal entre os problemas de saúde e os medicamentos que o doente está a tomar para esse problema de saúde^{61,62}.

Esta configuração do estado de situação está pensada para poder levar a cabo o processo de identificação dos resultados negativos da medicação da forma mais ordenada, estruturada e com a maior probabilidade de êxito possível.

Estado da Situação

Data: Folha: /



Doente:
Código Dáder:

Sexo:
Idade:
IMC:
Alergias:

Problemas de Saúde				Medicamentos				Avaliação			I.F.	
Início	Problema de saúde	Controlado	Preocupa	Desde	Medicamento (substância ativa)	Posologia		N	E	S	Classif. RNM	Data início
						Prescrita	Utilizada					

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

OBSERVAÇÕES

DATA	PARÂMETROS

Modelo de Estado da Situação. Correr CJ, Melchior AC, Rossignoli P, Fernández-Llimós F. Aplicabilidad del estado de situación en el cálculo de complejidad de la medicación en doentes diabéticos. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 103-11.

44

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada.

O estado da situação apresenta **cinco partes distintas**:

1. Parte superior. Contém a data do estado da situação, a identificação do doente e outros dados demográficos e clínicos, como o sexo, a idade, o índice de massa corporal e as alergias.

O número que identifica cada doente é composto por 16 dígitos:

- Dois dígitos representativos do país (ex.: Portugal, 35).
- Dois dígitos correspondentes a cada sub-região (NUTS II): Norte (11), Centro (12), Lisboa e Vale do Tejo (13), Alentejo (14), Algarve (15), Região Autónoma dos Açores (16), Região Autónoma da Madeira (17). Ver os códigos regionais em www.daderweb.es.
- Cinco dígitos que correspondem ao número de inscrição da farmácia no Infarmed (ex.: 09999).
- Dois dígitos referentes ao farmacêutico que realiza SF, que se estabelecem segundo o critério de cada um (ex.: 01).
- Cinco dígitos finais que correspondem ao doente (ex.: 00056).

Finalmente, a identificação deste doente seria: 35/00/09999/01/00056

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

- **Problemas de saúde.** Aqui diferenciam-se quatro colunas: *início do problema de saúde* (data de aparecimento), *nome do problema de saúde* (marca-se com um asterisco quando corresponde a um diagnóstico médico e colocar-se-á entre aspas quando corresponde a uma explicação do doente), *controlo do problema de saúde* (indicar-se-á: Sim, Não, Não se sabe) e *preocupação* (indicar-se-á: P=pouco; R=regular; B=bastante).
- **Medicamentos.** Este bloco também apresenta quatro colunas: *data de início da prescrição* (data de início do medicamento ou da última modificação realizada), *nome dos princípios ativos do medicamento*, *esquema terapêutico prescrito* pelo médico e o *esquema terapêutico que o doente utiliza*.
- **Avaliação.** É composta por quatro colunas, três que permitem levar a cabo a avaliação da farmacoterapia e que estão encabeçadas pelas siglas N (necessidade), E (efetividade) e S (*seguridade*), e uma quarta onde se classificam os RNM detetados.

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

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

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

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

Parte posterior do Estado da Situação. Fonte: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada
No seguinte esquema mostra-se a informação que deve conter cada uma das células que compõe o estado de situação:

No seguinte esquema mostra-se a informação que deve conter cada uma das células que compõe o estado de situação:



O ESTADO DA SITUAÇÃO EM ETAPAS

Nome ou número de identificação do doente
(segundo o Método Dáder)

Doente:

Idade:

Sexo:

IMC:

Alergias:

Desde: Data do diagnóstico ou do aparecimento do problema de saúde.

Refere-se ou grau de **preocupação** que sente o doente em relação ao problema do saúde. Classificado como Pouco (P), Regular (R) e Bastante (B).

Posologia prescrita ou indicada. Ex: 1-0-1

Resultados da avaliação. Classificação dos Resultados Negativos associados a Medicação.

Características do doente que podem influenciar a avaliação do Estado da Situação, também chamado "fotografia do doente"

Data:

Dia/Mês/Ano a que corresponde o Estado da Situação

Data do início das intervenções farmacêuticas destinadas a resolver ou prevenir os Resultados Negativos associados a Medicação.

Problemas de saúde

Referido se o problema de saúde está ou não **controlado** no doente.

Medicamentos

Posologia usada: refere o esquema terapêutico efetivamente utilizado pelo doente, que pode coincidir ou não com a posologia prescrita ou indicada.

Necessidade. Avaliação da necessidade do medicamento ou estratégia terapêutica.

E: Eficácia. Avaliação da eficácia do medicamento ou estratégia terapêutica.

S: Segurança. Avaliação da segurança de cada medicamento.

Problemas de saúde		Medicamentos			Avaliação			I.F.
		Desde	Posologia Prescrita	Posologia Utilizada	N	E	S	
1	Problema de saúde	Preocupação						
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Observações

Campo reservado para resumir aspetos da história farmacoterapêutica relevantes para a avaliação do Estado da Situação do doente.

Parâmetros quantificáveis em uma determinada data: dados analíticos (glicemias, colesterol, ...) valores de pressão arterial, frequência cardíaca, etc...

DATA

Formação em SF: Desenho de uma ferramenta docente para o ensino de seguimento farmacoterapêutico segundo o Método Dáder. Fonte: Ocaña-Arenas A, González-García L, García-Jiménez E, García Corpas JP, López-Domínguez E. Granada; CAF STADA: 2005.

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

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

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

Por exemplo: doente com hiperplasia benigna da próstata (HBP) em tratamento com tansulosina. Para elaborar o estado da situação, o medicamento tansulosina emparelha-se com o problema de saúde que está a controlar: este medicamento é para os sintomas funcionais da HBP relacionados com dificuldades na micção, gotejamento, micção imperiosa e necessidade de urinar frequentemente. Ou seja, a tansulosina não trata o problema de saúde HBP e, como tal, não deve emparelhar-se com ele; emparelhar-se-á com o problema de saúde “problemas de micção”. Para verificar se o emparelhamento está correto, pode-se questionar a efetividade do tratamento (que será realizada depois, na fase de avaliação):

não é o mesmo formular a pergunta: A tansulosina é efetiva para a HBP? do que a tansulosina é efetiva para os problemas de micção? Apenas a segunda pergunta pode ser respondida com coerência.

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

- No caso de um **medicamento que se utilize para mais do que problema de saúde**, este deverá aparecer emparelhado com todos os problemas de saúde para os quais se usa.
- Quando se preenche a coluna do **controlo do problema de saúde**, determinar-se-á que está controlado quando se atingem os objetivos terapêuticos previamente estabelecidos. Não se poderá determinar se o problema de saúde está controlado quando: não se conhecem os objetivos terapêuticos, não se dispõe da informação clínica necessária, os dados que se possuem não são fiáveis ou conclusivos, ou quando não passou o tempo suficiente para se poder avaliar o controlo do problema de saúde.
- A **data de início do medicamento** é aquela em que se iniciou o medicamento, se este é novo, ou a data em que ocorreu alguma modificação quanto à sua potência, dose, posologia, isto, quando o princípio ativo continua a ser o mesmo.
- Podem existir **problemas de saúde para os quais o doente não esteja a utilizar medicamentos**, pelo que, a célula do medicamento, emparelhada com esse problema de saúde (na mesma linha), deve ficar vazia.
- No estado da situação não só devem figurar os **problemas de saúde** manifestados, como também os **não manifestados que apresentam uma alta probabilidade de ocorrer**. Por outro lado, estes problemas não manifestados (riscos) podem estar a ser tratados com medicamentos. Por exemplo, um doente idoso de 70 anos que toma um AINE de forma crônica. No estado da situação

deve aparecer o risco de lesão gástrica provocado pelo uso crónico dos AINE em idosos. Por outro lado, este problema de saúde pode estar a ser tratado, por exemplo, com omeprazol (prevenção de riscos).

- Podem aparecer **medicamentos sem que exista um problema de saúde associado que justifique o seu uso**. Nestes casos deixar-se-á a célula do problema de saúde em branco ou indicar-se-á nesta o que o doente comentar sobre para que usa o medicamento (isto aparecerá entre aspas). Esta situação será avaliada posteriormente na fase de avaliação.

Exercício 3. Visualizemos o estado da situação do doente.

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

4.4. FASE DE ESTUDO

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

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

- Em muitas fases de qualquer prática clínica existem “lacunas” de conhecimento que devem ser identificadas e preenchidas.
- A informação clínica está em constante evolução e os avanços científicos devem incorporar-se na prática assistencial.
- A tomada de decisões tem de estar apoiada na evidência científica. Localizar e aceder a esta evidência científica (com informação atualizada e oportuna) está a transformar-se, cada vez mais, numa habilidade crucial para os profissionais de saúde.
- A informação facilmente acessível e com evidência atualizada, é um padrão de qualidade dos cuidados de saúde.
- O conhecimento assistencial (do farmacêutico) requer que este esteja

focado na perspectiva da farmacoterapia e não, nas ciências médicas básicas. A literatura predominante e acessível está destinada a outros profissionais assistenciais e não a farmacêuticos.

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

- **Avaliar criticamente a necessidade, a efetividade e a segurança** da medicação que o doente utiliza numa determinada data.
- **Desenhar um plano de atuação com o doente** e a equipa de saúde, que permita melhorar e/ou manter os resultados da farmacoterapia de forma prolongada no tempo.
- **Promover a tomada de decisões clínicas** baseada na evidência científica ⁶³ durante todo o processo de SF.

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

4.4.1. Fase de estudo dos problemas de saúde

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

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

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

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

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

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

problema de saúde está controlado.

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

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

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

- **Crítérios de encaminhamento ao médico.** Determinar-se-ão as situações em que, pela sua gravidade e importância, requerem encaminhamento ao médico.

As **Guias de Prática Clínica** disponibilizam com clareza os critérios de encaminhamento para os diferentes níveis de cuidados médicos. A nível institucional deve ter-se em conta os protocolos existentes acordados entre os profissionais de saúde.

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

terapêutico para tratar o problema de saúde, mas sim de indagar sobre as estratégias farmacológicas que segundo a evidência científica, apresentam um elevado valor terapêutico e que se têm de preservar, de acordo com a situação clínica do doente. Isto é, **conhecer a medicação mais idónea (tratamento de eleição) em circunstâncias clínicas próximas à situação clínica do doente.**

Os **Manuais de Terapêutica** são as fontes que dão um panorama geral sobre o tratamento (farmacológico e não farmacológico) do problema de saúde. As **Guias de Prática Clínica** são fontes mais específicas para entender o tratamento e geralmente incluem algoritmos de decisão da instauração do tratamento em função do problema de saúde e da situação clínica do doente.

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

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

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

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

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

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

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

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

• 4.4.2. Fase de estudo dos medicamentos

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

1. Indicação do medicamento
2. Ação farmacológica e mecanismo de ação
3. Objetivo terapêutico do medicamento
4. Dose, dosagem e frequência (posologia) do medicamento
5. Normas do correto uso e administração
6. Efeitos adversos
7. Aspetos que possam comprometer a efetividade e a segurança dos medicamentos
8. Educação para a saúde sobre o medicamento

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

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

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

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

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

- **Fontes para encontrar a informação essencial sobre medicamentos:**

Indicação	Resumo das Características do Medicamento (RCM)/Ficha técnica, Catálogo de especialidades, Vade-mécuns
Ação farmacológica	Livros de farmacologia básica
Mecanismo de ação	Livros de farmacoterapia
Objetivo terapêutico do medicamento	Guias de Prática Clínica Livros de Farmacoterapia Manuais de Terapêutica Vade-mécuns
Intervalo de utilização do Medicamento (margem terapêutica)	RCM, Catálogo de especialidade Livros de farmacoterapia Vade-mécuns
Dose, dosagem e frequência do medicamento	Fontes específicas*
Normas de correto uso e administração	Catálogo de especialidades, prospectos/folhetos de informação Livros de farmacoterapia Vade-mécuns Fontes específicas*
Efeitos indesejados	RCM, Catálogo de especialidades Livros de farmacologia básica Livros de farmacoterapia Vade-mécuns Fontes específicas*
Aspetos que podem comprometer a efetividade e seguridadade dos medicamentos	RCM, Catálogo de especialidades Livros de farmacologia básica Livros de farmacoterapia Guias de Prática Clínica Fontes específicas*
Efeito dos problemas de saúde e outras situações do doente sobre o medicamento	Livros de farmacoterapia Livros de medicina clínica Guias de Prática Clínica Fontes específicas*

* Fontes específicas: livros, bases de dados, recursos web ou aplicações informáticas desenhadas para algum aspeto concreto da farmacoterapia.

IMPORTANTE: Na fase de estudo de medicamentos novos ou de pertinência terapêutica, efetividade ou seguridadade questionável deve recorrer-se a fontes mais especializadas pela seguinte ordem **(1) Evidência para os Cuidados de Saúde, (2) revisões sistemáticas e (3) artigos originais.**

4.4.3. Onde se pode encontrar informação para realizar SF?

Tipo de documento	Características	P.S.	Tto. Farm.	Tto. não Farm.	Atuações com a EqSad
Revisões sistemáticas da literatura científica	- Atualizações de referência científica - Alto nível de evidência - Contêm informação básica e prática	✓	✓	✓	✓
Evidência para os Cuidados de Saúde	- Atualizações de referência clínica - Alto nível de evidência - Contêm informação básica e prática	✓	✓	✓	✓
Guia de Prática Clínica	- Atualizações por consenso de peritos - Alto/médio nível de evidência - Contêm informação focada na prática clínica	✓	✓	✓	✓
Artigos originais	- Atualizações periódicas (revistas especializadas) - Todos os níveis de evidência - Contêm informação científica de toda índole	✓	✓	✓	✓
Boletins	- Atualizações periódicas (institucionais) - Todos os níveis de evidência - Contêm informação concreta em temas de interesse na área da saúde	✓	✓	✓	✓
Vade-mécum	- Atualizações periódicas (institucionais) - Todos os níveis de evidência - Contêm informação concreta sobre medicamentos		✓		
Livros e compêndios	- Atualizações pouco frequentes - Todos os níveis de evidência	✓	✓	✓	✓
Patologia Clínica ou Fisiopatologia	Contêm conhecimentos básicos sobre problemas de saúde	✓			
Medicina clínica (interna, pediatria, etc.)	Contêm informação básica sobre a interpretação clínica da fisiopatologia	✓	✓	✓	✓
Manuais de terapêutica	Contêm informação básica sobre a abordagem de um problema de saúde (Diagnóstico, prognóstico e Tto)	✓	✓	✓	✓
Farmacoterapia	Contêm informação básica sobre o uso de medicamentos na prática clínica	✓	✓		
Farmacologia	Contêm conhecimentos básicos sobre medicamentos		✓		

Legenda: ✓ Tem informação relevante sobre este tema. ✓ Tem pouca informação sobre este tema.
P.S.: problema de saúde; Tto Farm.: Tratamento Farmacológico; Tto não Farm.: Tratamento não Farmacológico; EqSad: Equipa de Saúde.

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

Em anexo, encontra-se uma listagem de Recursos Web provenientes de 2 consensos de peritos, que recomendam páginas web fiáveis para apoiar a tomada de decisões clínicas e a pesquisa de informação para realizar seguimento.

Algumas recomendações para realizar a fase de estudo.

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

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

Que pode acontecer após finalizar a fase de estudo?

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

Exercício 4. Aprendamos com o caso.

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

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

Quantas mais fases de estudo se realizarem, sobre os problemas de saúde e os medicamentos do doente, estas serão cada vez mais focadas no caso.

4.5. FASE DE AVALIAÇÃO

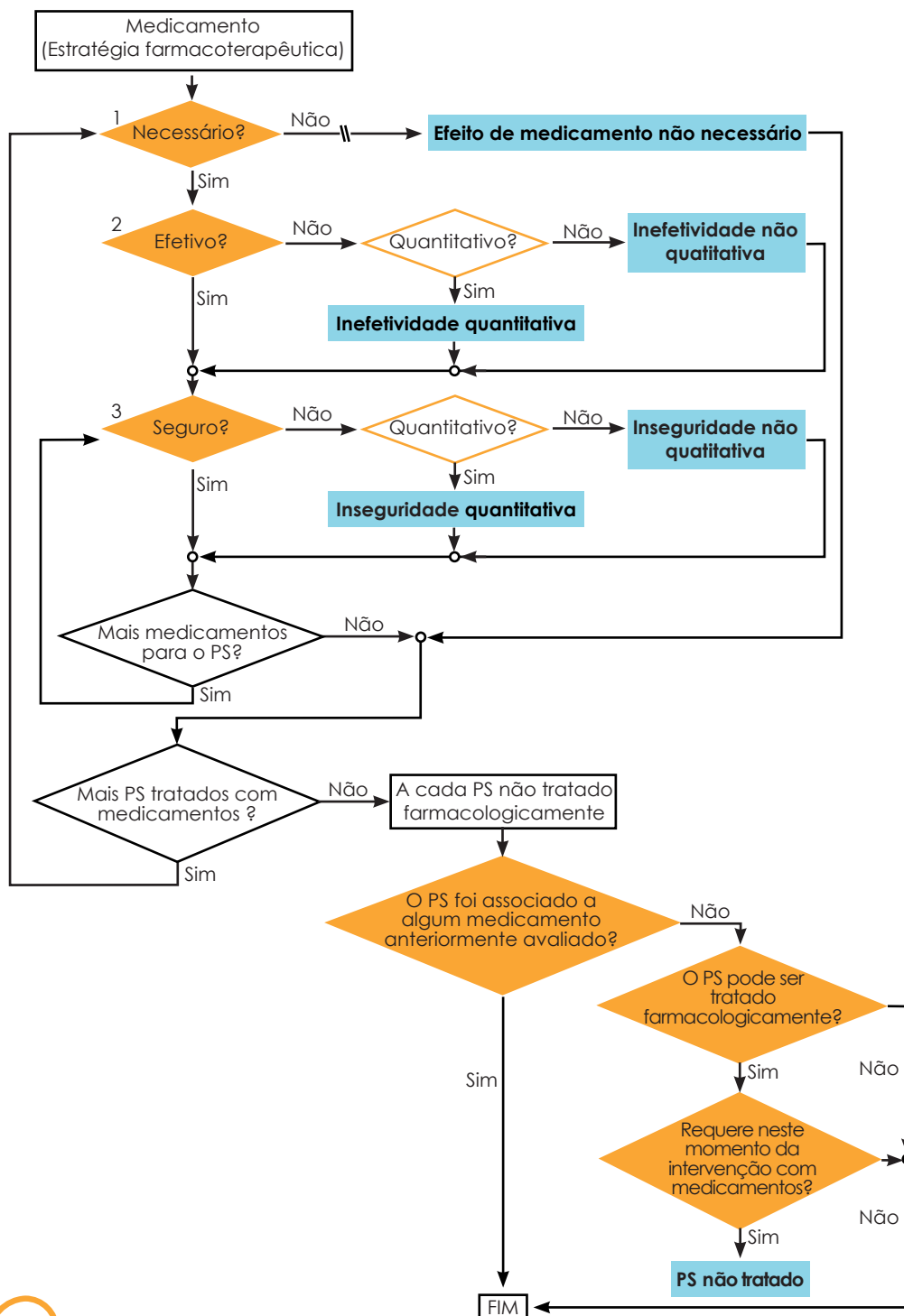
O **objetivo** da fase de avaliação é **identificar os resultados negativos associados à medicação** que o doente apresenta (quer os manifestados, quer as suspeitas de RNM).

Antes de começar a fase de avaliação.

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

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

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



1. A primeira premissa que a farmacoterapia tem de cumprir é que seja **necessária** para o doente. É por isto, que a primeira pergunta que se deve realizar é:

É (ou são) necessário (s) o (s) medicamento (s)?

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

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

Se a farmacoterapia for necessária (resposta afirmativa à pergunta), far-se-á a pergunta seguinte do processo de identificação dos RNM.

Caso contrário, se se considerar o medicamento (s) desnecessário (s), ter-se-á detetado um PRM e haverá que perguntar se está a produzir algum **RNM ou suspeita de RNM associado a esse (s) medicamento (s)**. Isto é, utilizar um medicamento (s) desnecessário (s) pode produzir um dano (resultado negativo manifestado) ou, no mínimo, constituir o risco de aparecer (suspeita de resultado negativo).

Neste caso, não se avaliará a efetividade, pois o medicamento não trata um problema de saúde que o doente apresente e, como tal, não se espera nenhum efeito terapêutico. Também não se avaliará a seguridade, uma vez que está a produzir ou que possa produzir, foi associado ao facto do medicamento ser necessário.

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

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

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

saúde.

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

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

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

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

A **avaliação da seguridade dos medicamentos**, independentemente do resultado da avaliação da necessidade e da efetividade, **realizar-se-á para cada medicamento em separado**. Isto é, os medicamentos, embora tenham sido prescritos para atuar conjuntamente sobre o problema de saúde, apresentam um perfil de seguridade distinto. Qualquer medicamento pode causar um problema

de seguridade distinto dos causados pelos outros.

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

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

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

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

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

Caso existam estes problemas de saúde, determinar-se-á se são suscetíveis de ser tratados com medicamentos e, em caso afirmativo, avaliar-se-á se a instauração de farmacoterapia é necessária. Se a resposta for positiva, então ter-se-á detetado um **RNM associado ao facto de o doente não receber um tratamento farmacológico que necessita**.

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

Exercício 5. Dêmos sentença (Avaliemos o caso).

Chegou o momento de avaliar a farmacoterapia do doente. Comece pela primeira linha com medicamentos e pergunte-lhes acerca da sua necessidade, efetividade e seguridad. Lembre-se que a necessidade e a efetividade avaliam a estratégia farmacológica completa e a seguridad cada medicamento em separado. Finalmente elabore a lista de RNM do doente e registre as suas avaliações.

4.6. FASE DE INTERVENÇÃO: PLANO DE ATUAÇÃO

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

O plano de atuação é um **programa de trabalho continuado** no tempo, desenhado em conjunto com o doente, onde ficam registadas as diferentes intervenções farmacêuticas que se vão empreender para melhorar ou preservar o estado de saúde do doente.

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

4.6.1. Características e generalidades do plano de atuação

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

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

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

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

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

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

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

Para além de ser com o doente, na fase de intervenção será preciso **contar com outros profissionais de saúde** que também podem estar a atender o doente. Isto acontece, por exemplo, cada vez que a intervenção farmacêutica pretende alterar alguma característica do tratamento que necessita avaliação por parte de um médico. Finalmente, este será quem decide acerca da idoneidade desta mudança que se propõe. Noutros casos, a intervenção farmacêutica pode requerer, através da comunicação, que outros profissionais de saúde abordem aspetos concretos do tratamento do doente. Por exemplo, o caso do pessoal de enfermagem que trabalha com os doentes nos centros de cuidados primários e desenvolve uma importante atividade educativa, entre outras, ou o caso dos profissionais da nutrição que efetuam uma orientação alimentar ao doente.

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

4.6.2. Etapas para desenhar o plano de atuação

O desenho do plano de atuação inclui os seguintes passos:

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

4.6.2.1 Definir objetivos

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

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

Neste sentido, é importante que o farmacêutico tenha em consideração e que vá ao encontro de qualquer necessidade que perceçione no doente, no que diz respeito à sua medicação e que se relacione com o apoio no tratamento básico dos distintos problemas de saúde, independentemente de existirem RNM ou não (participação na abordagem terapêutica integral).

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

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

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

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

4.6.2.2. Hierarquizar as prioridades

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

Os problemas de saúde podem ter uma relevância clínica distinta uns dos outros. A relevância clínica é determinada pela gravidade ou importância do problema

no estado de saúde do doente e passa a ser conhecida, pelo farmacêutico, após realizar a fase de estudo.

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

Como tal, para poder hierarquizar os objetivos, assim como as respetivas intervenções, será preciso estabelecer um acordo com o doente, onde se deve integrar a visão do farmacêutico (gravidade objetiva) com a do doente (gravidade subjetiva) e assim criar uma visão realista dos problemas de saúde e da farmacoterapia.

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

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

Para além da relevância clínica ou das preferências do doente, outro aspeto a considerar na intervenção, é o facto das diferentes escolhas poderem ser comprometedoras ou até arriscadas e que o farmacêutico se confunda, principalmente quando não tem experiência suficiente. Em certos casos, escolher a opção menos comprometedora e ir ganhando confiança pouco a pouco, é um bom critério para priorizar/hierarquizar os objetivos.

4.6.2.3. Determinar as intervenções farmacêuticas

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

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

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

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

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

Categoria	Intervenção	Definição
Intervir na quantidade de medicamentos	Alterar a dose	Ajuste da quantidade de fármaco que se administra de uma vez.
	Alterar a dosagem	Alteração na frequência e/ou duração do tratamento.
	Alterar a frequência da administração (redistribuição da quantidade)	Alteração do esquema pelo qual ficam repartidas as tomas do medicamento ao longo do dia.
Intervir na estratégia farmacológica	Adicionar um medicamento (s)	Incorporação de um novo medicamento aos que o doente já usa (não substitui)
	Retirar um medicamento (s)	Abandono da administração de um determinado(s) medicamento(s) dos que o doente utiliza.
	Substituir um medicamento (s)	Substituição de algum medicamento dos que o doente utilizava por outros de composição diferente, diferente forma farmacêutica ou via de administração.
Intervir na educação ao doente	Educar no uso do medicamento (diminuir o incumprimento involuntário)	Educação nas instruções e precauções para a correta utilização e administração do medicamento.
	Alterar atitudes respeitantes ao tratamento (diminuir incumprimento voluntário)	Reforço da importância da adesão do doente ao seu tratamento.
	Educar nas medidas não farmacológicas	Educação do doente em todas as medidas higieno-dietéticas que favoreçam a realização dos objetivos terapêuticos.
Não está claro: Não se estabelece com clareza qual é a ação que se deveria realizar. Encaminha-se ao médico para que este avalie a situação do doente e leve a cabo a ação mais adequada.		

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

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

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

Algumas destas intervenções situam-se na área da prevenção da doença ⁷⁴ e ultrapassam as intervenções destinadas a prevenir os RNM, pois podem não estar relacionadas diretamente com o medicamento, mas estar vinculadas à gestão integral do problema de saúde. Alguns exemplos descritos por farmacêuticos são:

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

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

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

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

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

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

Para cada relatório é conveniente tirar três cópias: uma para o médico, outra para o doente e a última para o farmacêutico.

4.6.2.4. Planificação das intervenções farmacêuticas

Para finalizar a estratégia de intervenção é preciso determinar como se introduzirão as distintas intervenções ao longo do tempo. Por vezes, é necessário que as intervenções se vão fazendo gradualmente, outras vezes, por exemplo, perante uma situação grave, poder-se-ão iniciar várias ações em simultâneo. Em geral, é conveniente que, para cada intervenção que se pretenda realizar, se estabeleça e acorde, ainda que seja aproximadamente:

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

Uma vez realizada a programação das intervenções destinadas a atingir cada objetivo, finalizou-se o desenho do plano de atuação com o doente. Quer os objetivos como as intervenções destinadas a atingi-los, registam-se na **folha do plano de atuação**.

Este documento inclui duas tabelas. A primeira permite enumerar e descrever os objetivos planeados com o doente, ficando indicada a sua prioridade (alta, média ou baixa), a data em que se planearam e, nos casos em que seja possível, a sua realização dos mesmos. A segunda tabela permite descrever e planificar, de forma geral, as intervenções farmacêuticas empreendidas para atingir os distintos objetivos planeados. Igualmente, anotar-se-ão as datas em que estas intervenções foram realizadas e revistas (datas de início, controlo e resultado). A informação proveniente das mesmas, recolher-se-á durante as entrevistas sucessivas com o doente e será anotada utilizando as folhas de entrevistas sucessivas (ver mais à frente, secção 4.7.1).

Plano de atuação

Data: _____ Folha: / _____



Nº	Objetivos (Descrição)	Data (planeada)	Prioridade	Alcançado	Data
1				☐	
2				☐	
3				☐	
4				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	

Intervenções Farmacêuticas		
Descrição e Planificação	Objetivo relacionado (Nº)	Data: início, controlo, resultado

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

Por outro lado, o plano de atuação tem de ficar registado numa “**agenda do doente**”. É um calendário onde se apontam as intervenções que se tem de fazer com o doente para atingir os objetivos, devidamente ordenadas de acordo com a prioridade estabelecida. Idealmente, na agenda, anotar-se-ão (previamente) as datas para o controlo periódico das intervenções e as datas para comprovar se a medida instituída foi efetiva.

[illegible]

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

Exercício 6. Ajudemos o doente.

Analise as necessidades do doente e estabeleça quais são os objetivos a atingir. Agora, pense quais são prioritários e como pode atingi-los. Registe tudo isto utilizando a folha do plano de atuação e a agenda do doente. Por último, passe à ação: intervenha com o seu primeiro doente!

4.7. ENTREVISTAS FARMACÊUTICAS SUCESSIVAS (RESULTADO DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA)

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

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

- **Conhecer a resposta do doente e/ou do médico à proposta de intervenção realizada pelo farmacêutico.** Desta forma, poder-se-á determinar se a intervenção foi aceite ou não, pelos restantes membros da equipa de saúde, incluindo o doente. Anotar-se-ão as alterações produzidas em consequência da intervenção: alterações na farmacoterapia, incorporação de novos estilos de vida ou medidas higieno-dietéticas por parte do doente, etc.
- **Comprovar a continuidade da intervenção.** Quer dizer, assegurar que as alterações promovidas pelas intervenções se mantêm ou continuam no tempo. Isto terá que se realizar periodicamente, segundo a natureza da intervenção e aproveitar-se-á para reforçar os comportamentos positivos adquiridos.
- **Obter informação sobre o resultado da intervenção farmacêutica.** Passado o tempo necessário, medir-se-ão as variáveis clínicas (sintomas, sinais, medições fisiológicas ou metabólicas) que permitam avaliar o efeito da intervenção. O resultado da intervenção é favorável se a melhoria conseguida atingiu o objetivo terapêutico planeado para o doente ou se se manteve o estado de saúde inicial, quando este era o adequado. Caso contrário, considera-se que a situação não está resolvida, podendo originar novas intervenções.

Para além de supervisionar as intervenções farmacêuticas em marcha, as entrevistas sucessivas com o doente podem servir para iniciar **novas intervenções previstas no plano de atuação** e destinadas a reforçar a realização de um objetivo ou atingir outros. Também se poderão iniciar **novas intervenções farmacêuticas que possam ir surgindo de acordo com as circunstâncias**.

Outros motivos pelos quais se podem programar novas entrevistas com o doente são: o aparecimento **de novos problemas de saúde ou de novos medicamentos** ou a solicitação de alguma **consulta por parte do doente**.

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

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

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

É preciso entender que a integração da nova informação na história farmacoterapêutica originará **novos estados da situação**, que devem conter as alterações ocorridas (como se recorda, os estados da situação com uma determinada data, elaboram-se a partir da história farmacoterapêutica).

Como é óbvio, estas mudanças no estado de situação estão associadas às datas da nova informação sobre o doente.

4.7.1. Registo das entrevistas sucessivas

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

Entrevistas Sucessivas

Data:

Folha: /



Data	Problema de Saúde e Motivo da Consulta	Observações	Próxima revisão

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

4.7.2. Registo das intervenções farmacêuticas

Para recolher, resumidamente, a informação sobre as intervenções farmacêuticas realizadas, quer para resolver ou prevenir RNM (manifestados e suspeitas de RNM), quer para manter os resultados positivos atingidos no doente, o Método Dáder inclui, como parte do seu material impresso, as denominadas **folhas de intervenção farmacêutica**.

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

Para que tudo isto ocorra, é preciso que as folhas de intervenção farmacêutica sejam **enviadas para o Programa Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico**, onde se armazenará a informação para posterior análise pelos responsáveis do programa^{77,78}.

A folha de intervenção farmacêutica recolhe informação:

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

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

4.7.2.1. Folha de intervenção farmacêutica para registar os RNM

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

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

1. Identificação do resultado negativo.

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

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

2. Atuação

- a) **Data de início da atuação:** indica-se a data em que se iniciou a primeira ação destinada a resolver o RNM.
- b) **Objetivo:** de acordo com o definido na fase de estudo para o doente. Permitirá definir qual é a “meta ideal” que se pretende atingir.
- c) **Tipo de intervenção realizada:** indica-se qual foi o modo eleito para tentar solucionar o RNM detetado (ver tabela de tipos de intervenção mostrada anteriormente). Por vezes, pode ocorrer que se tenham realizado várias ações em simultâneo para resolver o RNM. Nestes casos, assinalar-se-ão tantas opções, quantas as necessárias. Além disto, existe um quadro de texto que permite explicar mais detalhadamente a intervenção realizada.
- d) **Via de comunicação:** assinala-se a opção que mais se adequa ao caso.

3. Resultado

- a) **O que ocorreu com a intervenção?:** refere-se ao sucedido com a proposta de intervenção realizada pelo farmacêutico: qual foi a resposta do doente e/ou do médico (se existir). Indica-se a data de revisão da intervenção.
- b) **O que ocorreu com o problema de saúde (RNM)?:** após decorrer o tempo necessário para avaliar o efeito da intervenção realizada, indicar-se-á qual foi a evolução do problema de saúde. Neste momento assinala-se a data de finalização da intervenção.
- c) **Medição final:** indica-se, quando existe, o valor final do parâmetro quantificável que permite medir o resultado final da intervenção.
- d) **Resumo final da intervenção:** indica-se a opção que, dentro da tabela, melhor se ajuste ao acontecido durante a intervenção farmacêutica (resolução do RNM e se a intervenção por parte do médico e/ou do doente foi aceite).

Se após decorrer o tempo suficiente para se avaliar o resultado da (s) intervenção (ões) o RNM não estiver resolvido, e se o RNM persistir, utilizar-se-á uma nova folha de intervenção para relatar o que acontecer a partir desse momento. Por outras palavras, um RNM não resolvido será considerado como um “novo RNM”, que deverá ser registado numa nova folha de intervenção.

Folha de intervenção

Resultados Negativos associados à Medicação



Identificação		Atuação																	
Data:	RNM:	Data:	Objetivo:																
Classificação do RNM (Marcar uma opção) ☐ Problema de Saúde não tratado ☐ Efeito de medicamento desnecessário ☐ Inefetividade não quantitativa ☐ Inefetividade quantitativa ☐ Insegurança não quantitativa ☐ Insegurança quantitativa		Situação do PS (Marcar uma opção) ☐ Problema manifestado ☐ Risco de aparecimento Medição inicial																	
Medicamento (s) implicado (s) <table border="1"> <tr> <th>Código</th> <th>Nome, Dosagem, Forma Farmacéutica</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				Código	Nome, Dosagem, Forma Farmacéutica														
Código	Nome, Dosagem, Forma Farmacéutica																		
Causa: identificação do PRM (selecionar as opções que considere oportunas) ☐ Administração errada do medicamento ☐ Características pessoais ☐ Conservação inadequada ☐ Contraindicação ☐ Dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada ☐ Duplicação ☐ Erros na dispensação ☐ Erros na prescrição ☐ Incumprimento ☐ Interações ☐ Outros problemas de saúde que afetam o tratamento ☐ Probabilidade de efeitos adversos ☐ Problema de saúde insuficientemente tratado ☐ Outros Descrição:																			
O que se pretende fazer para resolver o problema <table border="1"> <tr> <td>Intervir na quantidade dos medicamentos</td> <td> ☐ Modificar a dose ☐ Modificar a dosagem ☐ Modificar o esquema terapêutico (redistribuição da quantidade) </td> </tr> <tr> <td>Intervir na estratégia farmacológica</td> <td> ☐ Adicionar um medicamento ☐ Retirar um medicamento ☐ Substituir um medicamento </td> </tr> <tr> <td>Intervir na educação do doente</td> <td> ☐ Modo de uso e de administração do medicamento ☐ Aumentar a adesão ao tratamento (ensinar ao doente) ☐ Educar em medidas não farmacológicas ☐ Não está claro </td> </tr> </table> Descrição:				Intervir na quantidade dos medicamentos	☐ Modificar a dose ☐ Modificar a dosagem ☐ Modificar o esquema terapêutico (redistribuição da quantidade)	Intervir na estratégia farmacológica	☐ Adicionar um medicamento ☐ Retirar um medicamento ☐ Substituir um medicamento	Intervir na educação do doente	☐ Modo de uso e de administração do medicamento ☐ Aumentar a adesão ao tratamento (ensinar ao doente) ☐ Educar em medidas não farmacológicas ☐ Não está claro										
Intervir na quantidade dos medicamentos	☐ Modificar a dose ☐ Modificar a dosagem ☐ Modificar o esquema terapêutico (redistribuição da quantidade)																		
Intervir na estratégia farmacológica	☐ Adicionar um medicamento ☐ Retirar um medicamento ☐ Substituir um medicamento																		
Intervir na educação do doente	☐ Modo de uso e de administração do medicamento ☐ Aumentar a adesão ao tratamento (ensinar ao doente) ☐ Educar em medidas não farmacológicas ☐ Não está claro																		
Via de comunicação <table border="1"> <tr> <td>Verbal com o doente</td> <td>Escrita para o doente</td> </tr> <tr> <td>Verbal doente-médico</td> <td>Escrita doente-médico</td> </tr> </table>				Verbal com o doente	Escrita para o doente	Verbal doente-médico	Escrita doente-médico												
Verbal com o doente	Escrita para o doente																		
Verbal doente-médico	Escrita doente-médico																		
Resultado <table border="1"> <tr> <td>O que aconteceu com a intervenção?</td> <td>Data:</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>O que aconteceu com o problema de saúde?</td> <td>Data:</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				O que aconteceu com a intervenção?	Data:							O que aconteceu com o problema de saúde?	Data:						
O que aconteceu com a intervenção?	Data:																		
O que aconteceu com o problema de saúde?	Data:																		
<table border="1"> <tr> <th>Resultado</th> <th>RNM resolvido</th> <th>RNM não resolvido</th> <th>Medição final:</th> </tr> <tr> <td>Intervenção aceite</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Intervenção não aceite</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Resultado	RNM resolvido	RNM não resolvido	Medição final:	Intervenção aceite				Intervenção não aceite									
Resultado	RNM resolvido	RNM não resolvido	Medição final:																
Intervenção aceite																			
Intervenção não aceite																			

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

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

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

A folha de intervenção dos resultados positivos atingidos está concebida para registar as ações farmacêuticas indispensáveis para manter os resultados positivos atingidos no doente. Esta folha pretende motivar os farmacêuticos, pois possibilita o registo das intervenções farmacêuticas que incidem na manutenção do estado de saúde do doente.

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

1. Identificação do resultado positivo.

- Data de identificação:** corresponde ao dia em que se avaliou a farmacoterapia do doente e se identificou o resultado positivo.
- Resultado positivo:** indica-se a situação clínica que se pretende manter.

- c. **Medição inicial:** indica-se, quando existe, o valor inicial do parâmetro quantificável que se quer manter, reforçar ou melhorar.
- d. **Medicamentos envolvidos:** incluem-se apenas os medicamentos implicados na realização do resultado positivo.

2. Ação

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

3. Resultado

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

Folha de intervenção

Resultados Positivos Alcançados



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

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

Exercício 7. Como continuará o doente?

Chegou o momento de verificar se as alterações propostas se realizaram, de saber como estão as intervenções iniciadas e qual foi o resultado obtido. Se tem o resultado de alguma das intervenções realizadas, complete o preenchimento da folha de intervenção e envie-a para o Programa Dáder.

Já está a fazer seguimento farmacoterapêutico! A partir de agora, continue.

Boa sorte!

5. Caso prático orientado de acordo com o Método Dáder

O caso prático que se apresenta em seguida baseia-se num caso real de seguimento farmacoterapêutico ⁷⁹, que foi adaptado para a docência.

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

5.1. OFERTA DO SERVIÇO

Uma mulher de 50 anos, utente habitual da farmácia, numa das suas visitas habituais consulta a farmacêutica sobre umas dores de cabeça que tem vindo a sofrer nos últimos meses e, que ela, relaciona com a toma de um medicamento em concreto.

Perante isto, oferece-se o SF (16/01/06), explicando-lhe que é um novo serviço que a farmácia disponibiliza e que pretende obter o máximo benefício possível dos medicamentos que utiliza. Para além disto, comenta-se que se trata de um serviço que se vai prolongar no tempo e que não pretende alterar os tratamentos, já que estes são da responsabilidade do médico (s) que a trata (m). Por outro lado, enfatiza-se que sempre que ocorra algo de importante em relação à sua medicação, será informada para se tentar encontrar uma solução em conjunto. No momento que desejar, é livre de abandonar este serviço, sem que isto prejudique os cuidados que recebe habitualmente. A doente aceitou esta proposta. Em seguida, agenda-se o dia para a primeira consulta (primeira entrevista farmacêutica: 17-01-06, 10:00h).

Antes de se despedir da doente, recorda-se-lhe que não se esqueça de trazer o saco com todos os medicamentos que tenha em casa, assim como, os relatórios médicos e as análises que tenha, fundamentalmente as mais recentes.

5.2. ENTREVISTA FARMACÊUTICA: PRIMEIRA ENTREVISTA

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

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

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

PS-1) 1) Preocupações e expectativas do doente em relação ao PS., 2) Percepção sobre o controle do PS. (sintomas, sinais, parâmetros quantificáveis associados à evolução da doença, interpretação dos parâmetros quantificáveis). 3) Situações ou causas do PS. não estar controlado. 4) Periodicidade dos controles médicos. 5) Estilos de vida e medidas higiêno-dietéticas relacionadas com o problema de saúde.

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

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

Entrevista Farmacéutica: Medicamentos

Data: 17.01.06 Folha: /

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

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

Medicamento: _____		Perceção da Efectividade: Está melhor? _____		Data de início	
Substância Ativa: _____				Data de fim	
P.S. que trata: _____				Modo de uso e de administração	
Posologia prescrita		Perceção da Seguridade: Algo de estranho?			
Posologia utilizada				Observações	
Prescritor: _____					

Entrevista Farmacêutica: Medicamentos

Medicamento: _____		Percepção da Efetividade: Está melhor? _____		Data de início _____	
Substância Ativa: _____				Data de fim _____	
P.S. que trata: _____				Modo de uso e de administração _____	
Posologia prescrita			Percepção da Seguridade: Algo de estranho? _____	Observações _____	
Posologia utilizada					
Prescritor: _____					

Medicamento: _____		Percepção da Efetividade: Está melhor? _____		Data de início _____	
Substância Ativa: _____				Data de fim _____	
P.S. que trata: _____				Modo de uso e de administração _____	
Posologia prescrita			Percepção da Seguridade: Algo de estranho? _____	Observações _____	
Posologia utilizada					
Prescritor: _____					

Medicação anterior

Nome: _____ Substância ativa: NITROFURANTOÍNA Para quê? INFECÇÃO URINÁRIA Observações: Usou-o há 3 anos. Está fora do prazo e retira-se do saco de medicamentos.	Nome: _____ Substância ativa: _____ Para quê? _____ Observações: _____	Nome: _____ Substância ativa: _____ Para quê? _____ Observações: _____
---	---	---

Medidas antropométricas

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

Glicemia Capilar

[illegible]

Dados do laboratório

[illegible]

Pressão Arterial

[illegible]

5.3. PRIMEIRO ESTADO DE SITUAÇÃO



Data: 17.01.06 Folha: /

Estado da Situação

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

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

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

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

OBSERVAÇÕES
 A doente tem o diagnóstico de enxaqueca desde a sua juventude, mas passou anos sem uma crise. Não tomava nenhum medicamento para este problema, pois segundo ela, os que experimentou não a aliviaram.
 ❖ Não toma o antihipertensor diariamente (dia sim, dia não), embora não seja regular neste modo de o tomar. Hoje não tomou o medicamento.

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

5.4. FASE DE ESTUDO

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

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

Hipertensão arterial⁸⁰⁻⁸⁶

A. Causas do problema de saúde

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

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

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

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

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

A avaliação dos doentes com HTA tem três objetivos:

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

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

D. Tratamento do problema de saúde

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

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

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

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

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

E. Educação para a saúde

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

Enalapril^{82, 87-90}

A. Indicação do medicamento e mecanismo de ação

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

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

B. Dose, dosagem e esquema terapêutico do medicamento

Dose de manutenção: 10-20 mg/dia.

C. Objetivo terapêutico do medicamento

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

D. Normas de correto uso e administração

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

E. Educação para a saúde sobre o medicamento

Alguns aspetos destacáveis são:

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

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

Síndrome climatérico⁹¹⁻⁹⁵

A. Definição e conceito do problema de saúde

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

B. Controlo do problema de saúde. Manifestações clínicas.

No controlo deste problema de saúde deve-se considerar, por um lado, os sintomas associados, e por outro, as complicações que podem surgir, por exemplo, a

osteoporose e o risco de fratura ou as doenças cardiovasculares.

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

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

C. Tratamento do problema de saúde

Existem diferentes estratégias terapêuticas no tratamento dos sintomas vasomotores:

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

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

A. Objetivo terapêutico do medicamento

Alívio dos sinais e sintomas ocasionados pela deficiência estrogénica.

B. Normas de correto uso e administração

Se a doente ainda apresenta ciclos menstruais, o tratamento deve começar durante

os cinco primeiros dias da menstruação. As doentes com períodos pouco frequentes ou as doentes postmenopáusicas podem começar o tratamento em qualquer momento, após excluir previamente a possibilidade de gravidez.

C. Efeitos indesejados

As doentes que recebem Terapêutica Hormonal de Substituição (THS) podem sentir uma diminuição ou um aumento das crises de enxaqueca. As crises podem aumentar imediatamente depois de se iniciar a terapia ou aparecerem gradualmente, devido ao uso prolongado dos produtos que contenham estrogénio.

A THS deve suspender-se imediatamente e devem fazer-se análises e iniciar o tratamento adequado, se acontecer alguma das seguintes circunstâncias, entre outras: Cefaleia pouco comum, intensa e prolongada, perturbações repentinas da visão, do ouvido ou outros transtornos da percepção, síncope, entorpecimento ou debilidade num lado do corpo, ou outros sinais ou sintomas indicativos de acidente vascular cerebral.

Embora se tenha relacionado as doses elevadas de estrogénios com um aumento da pressão arterial, o uso de THS para a menopausa em mulheres normotensas apresenta um efeito reduzido na pressão arterial ou está associado a uma ligeira descida.

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

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

Enxaqueca⁹⁸⁻¹⁰⁰

A. Definição e conceito do problema de saúde

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

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

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

C. Controlo do problema de saúde. Objetivo terapêutico

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

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

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

E. Tratamento do problema de saúde

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

Medidas gerais. Dentro das medidas gerais (não farmacológicas) deve-se tentar conhecer, e se possível eliminar, os fatores desencadeantes, particularmente o *stress*, e recomendar uma vida saudável, sono regular, exercício físico moderado e uma dieta equilibrada.

Tratamento sintomático da enxaqueca. Os triptanos são o tratamento de eleição das crises de enxaqueca moderada-grave. Não se conhece o perfil do doente ideal para cada triptano; é frequente que um doente não tolere ou não responda a um triptano e que responda ou tolere perfeitamente outro.

Tratamento preventivo. Pretende reduzir a frequência e a intensidade das crises. Está indicado em doentes com mais de 3 crises por mês, principalmente se têm uma má resposta ao tratamento sintomático ou se produzem efeitos secundários. Também está especialmente indicado quando ocorrem ataques de intensidade grave que limitam muito a vida diária. Não existe um tratamento preventivo ideal e a sua escolha é feita de acordo com as características do doente (idade, sexo, situações clínicas associadas, etc.) e os possíveis efeitos adversos de cada fármaco. As principais opções do tratamento preventivo são: beta-bloqueadores (propranolol, nadolol) ou flunarizina (antagonista dos canais de cálcio).

F. Educação para a saúde

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

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

5.5. FASE DE AVALIAÇÃO

Tendo por base a fase de estudo realiza-se a avaliação da farmacoterapia, seguindo a sistemática de identificação de RNM:

Estado da situação

Data: 21.01.06Folha: /

Doente:

Código Dáder: 341800004

Sexo: MulherIdade: 50IMC: 26

Alergias: Não conhecidas

Problemas de Saúde

Início

Problema de saúde

Controlado

Preocupa

20-02-04

Hipertensão Arterial*

N

P

15-09-05

Síndrome Climatérico*

S

P

4 meses

Enxaqueca*

N

B

Medicamentos

Desde

Medicamento (substância ativa)

Posologia

Prescrita

Utilizada

20-02-04

Enalapril 20 mg

1-0-0

❖

15-09-05

Levonorgestrel 75 mcg/
Estradiol 2 mg

0-0-1

0-0-1

Avaliação

N

E

S

S

N

S

S

S

N

I.F.

Data início

Diagnóstico Médico Documentado

riedade (S)

Preocupa: Pouco (P); Regular (R); Bastante (B)

Avaliação: Necessidade (N); Eficácia (E); Segu-

OBSERVAÇÕES

A doente tem o diagnóstico de enxaqueca desde a sua juventude, mas passou anos sem uma crise. Não tomava nenhum medicamento para este problema, pois segundo ela, os que experimentou não a aliviaram.
❖ Não toma o antipertensor diariamente (dia sim, dia não), embora não seja regular neste modo de o tomar. Hoje não tomou o medicamento.

PARÂMETROS

DATA

PAS média (mmHg)

PAD média (mmHg)

17.01.06

154

95

18.01.06

158

93

19.01.06

156

93

20.01.06

157

92

21.01.06

150

94

98

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada.

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

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

5.6. FASE DE INTERVENÇÃO: PLANO DE ATUAÇÃO

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



Plano de atuação

Data: / /

Folha: /

Nº	Objetivos (Descrição)	Data (planeada)	Prioridade	Alcançado	Data
1	Controlar a HTA	21.01.06	Alta	☐	
2	Monitorizar periodicamente os fatores de RCV	21.01.06	Média	☐	
3	Solucionar/ Aliviar as enxaquecas	21.01.06	Alta	☐	
4	Controlar os "sufocos"	21.01.06	Média	☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	

Intervenções Farmacêuticas			
Descrição e Planificação		Objetivo relacionado (Nº)	Data: Início, controlo, resultado
Promover-se-á a adesão ao tratamento com Enalapril. Para isto, associar-se-á a toma do medicamento a um hábito da vida do doente. Para além disto, oferecer-se-lhe-á informação sobre a HTA e o RCV, que será fornecida no mesmo dia em que se discuta o plano de atuação. Finalmente, instruir-se-á para a automedicação da PA. A partir de então solicitar-se-á que venha periodicamente à farmácia mostrar os dados da sua PA.		1	Início: 22.01.06

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

5.6.2. Relatório ao médico

Farmácia Lusitana
Bairro Alto

Data: 21-01-06

Estimado Dr. XXX

Como sabe, a doente PAR de 50 anos, está a tomar a seguinte medicação:

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

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

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

Fico à sua disposição.

ATENTAMENTE

Farmacêutico Viriato

Nº Carteira profissional: XXXXX

5.7. ENTREVISTAS SUCESSIVAS (RESULTADO DA INTERVENÇÃO)

Entrevistas Sucessivas



Data: / Folha: /

Data	Problema de Saúde e Motivo da Consulta	Observações	Próxima revisão
22.01.06	HTA, enxaqueca e Síndrome climatérica: Acordo do plano de atuação.	A doente entende a necessidade do médico intervir para controlar as suas dores de cabeça. Entrega-se o relatório para levar ao médico. Realiza-se educação sobre HTA e automedicação da PA. Compromete-se a tomar o Enalapril de forma continuada e a monitorizar a sua PA.	25.01.06 Dois dias depois de ir ao médico.
25.01.06	Enxaqueca e Síndrome climatérica: Alterações na farmacoterapia.	O médico reduziu o tratamento hormonal e prescreveu isolflavonas de soja para os sufocos. Para além disto, instaurou zolmitriptano 2,5 mg para tratar os episódios agudos de enxaqueca.	30.01.06
05.02.06	HTA: valores da automedicação da PA. Enxaqueca e Síndrome climatérica: Evolução dos problemas.	A doente continua a cumprir o tratamento antihipertensor (ver tabela de parâmetros). Não tem "sufocos" e atualmente não apareceram novas crises de enxaqueca. Não se introduziram mais medidas para o controlo da PA.	20.02.06

Entrevista Farmacéutica: **Medicamentos**Data: **17.01.06** Folha: /

Medicamento: _____		Percepción da Efectividade: Está melhor? _____		Data de inicio _____ 20.02.04	
Substância Ativa: <u>ENALAPRIL 20 MG</u>		Refere que a sua HTA está controlada.		Data de fim _____	
P.S. que trata: <u>HTA</u>				Modo de uso e de administração _____ Não conhece nenhuma recomendação sobre como utilizá-lo. Toma-o quando se lembra, com o pequeno-almoço.	
Posologia prescrita <u>1-0-0</u>		Perceção da Seguridade: Algo de estranho? _____		Observações _____	
Posologia utilizada <u>1-0-0 (Quando se lembra)</u>		Não refere nada estranho relacionado com o medicamento.		Nos dias em que vai ao médico pedir receitas não se esquece de o tomar. "Não vá o médico medir a sua PA". Hoje (17.01.06) não o tomou.	
Prescritor: _____ Médico de família					

Medicamento: _____		Percepción da Efectividade: Está melhor? _____		Data de inicio _____ 15.09.05	
Substância Ativa: <u>LEVONORGESTREL 75 MCG / ESTRADIOL 2MG</u>		Desde que iniciou o tratamento desapareceram os incómodos.		Data de fim _____ 23.01.06	
P.S. que trata: <u>"SUFOCOS"</u>				Modo de uso e de administração _____ Não lhe explicaram as instruções de uso. Crê que o pode tomar a qualquer hora do dia. Não sabe o que fazer quando se esquece de uma toma.	
Posologia prescrita <u>0-0-1</u>		Perceção da Seguridade: Algo de estranho? _____		Observações _____	
Posologia utilizada <u>0-0-1</u>		Tem a certeza que foi o responsável pelo aparecimento das crises de enxaqueca.			
Prescritor: _____ Médico de família					

Medicamento: _____		Percepción da Efectividade: Está melhor? _____		Data de inicio _____ 23.01.06	
Substância Ativa: <u>ZOLMITRIPTANO 2.5 MG</u>				Data de fim _____	
P.S. que trata: <u>CRISE DE ENXAQUECA</u>				Modo de uso e de administração _____ Se após tomar a dose aparecer um novo ataque em menos de 24 h, pode tomar outra dose 2 horas depois da inicial.	
Posologia prescrita <u>Se necessário</u>		Perceção da Seguridade: Algo de estranho? _____		Observações _____	
Posologia utilizada _____				Se não há resposta à primeira dose é improvável que uma segunda seja eficaz para o mesmo ataque. Contudo, ainda não necessitou de usar.	
Prescritor: _____ Médico de família					

Entrevista Farmacêutica: Medicamentos

Medicamento: <u>ESTROFITO FORTE</u>		Percepção da Efetividade: Está melhor? _____	
Substância Ativa: <u>EXTRATO CONC. DE ISOFLAVONAS 100MG</u>		Data de início <u>23.01.06</u>	
P.S. que trata: <u>SUFOCOS</u>		Data de fim _____	
Posologia prescrita	<u>1-0-1</u>	Modo de uso e de administração <u>Tomar depois das refeições</u>	
Posologia utilizada	<u>1-0-1</u>		
Prescritor: <u>Médico de família</u>		Observações _____	

Medicamento: _____		Percepção da Efetividade: Está melhor? _____	
Substância Ativa: _____		Data de início _____	
P.S. que trata: _____		Data de fim _____	
Posologia prescrita	_____	Modo de uso e de administração _____	
Posologia utilizada	_____		
Prescritor: _____		Observações _____	

Medicação anterior _____	
Nome: _____	Nome: _____
Substância ativa: NITROFURANTOÍNA	Substância ativa: _____
Para quê? INFEÇÃO URINÁRIA	Para quê? _____
Observações: Usou-o há 3 anos. Está fora do prazo e retirou-se do saco de medicamentos.	Observações: _____

Parâmetros do doente

Folha: /

Medidas antropométricas

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

Glicemia Capilar

Data	APA	DPA	AA	DA	AJ	DJ

Dados do laboratório

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

Pressão Arterial

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

Estado da situação

Data: 05.02.06 Folha: /



Doente:

Código Dáder:

3	4	1	8	0	0	1	1	9	0	1	0	0	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Sexo: Mulher

Idade: 50

IMC: 26

Alergias: Não conhecidas

Problemas de Saúde				Medicamentos				Avaliação			I.F.	
Início	Problema de saúde	Controlado	Preocupa	Desde	Medicamento (substância ativa)	Posologia		N	E	S	Classif. RNM	Data início
						Prescrita	Utilizada					
20-02-04	Hipertensão Arterial*	N	P	22-01-06	Enalapril 20 mg	1-0-0	❖					
15-09-05	Sintomas vasomotores: sufocos*	S	P	23-01-06	Extrato de Soja 100mg	1-0-1	1-0-1					
4 meses	Enxaqueca*	N	B	23-01-06	Zolmitriptano 2.5mg	Se necessário	Se necessário					

*Diagnóstico Médico Documentado

Preocupa: Pouco (P); Regular (R); Bastante (B)

Avaliação: Necessidade (N); Eficácia (E); Segurança (S)

OBSERVAÇÕES

A doente continua a cumprir o tratamento antihipertensor. Não tem "sufocos" e até à data não teve novas crises de enxaqueca. Não se introduziram novas medidas para o controlo da PA.

DATA	PARÂMETROS		
		PAS média (mmHg)	PAD média (mmHg)
30.01.06	08.20 _{medida}	146	93
30.01.06	19.30 _{medida}	145	93
02.02.06	08.15 _{medida}	144	90
02.02.06	20.00 _{medida}	144	90

5.7.2. Nova fase de estudo.

Isoflavonas de soja¹⁰¹⁻¹⁰³

A. Ação farmacológica

Isómeros dos flavonoides provenientes da soja que atuam como agonistas estrogénicos a nível do Sistema Nervoso Central, atuando no centro termorregulador hipotalâmico

B. Indicação

Tratamento dos sufocos que aparecem durante a menopausa como consequência da privação estrogénica.

As isoflavonas de soja não são um substituto do tratamento estrogénico. Não corrigem a hipopostrofia menopáusicas.

C. Objetivo terapêutico

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

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

D. Dose, dosagem e esquema terapêutico

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

E. Normas de correto uso e administração

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

F. Efeitos indesejados

Existe ausência de informação e não estão documentados, na literatura científica,

efeitos indesejados significativos. Por isto, caso se observe o aparecimento de qualquer efeito indesejado, deve ser notificado através do sistema de farmacovigilância.

G. Educação para a saúde

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

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

A. Ação farmacológica

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

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

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

B. Indicação do medicamento

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

C. Objetivo terapêutico

Controlar as crises de enxaqueca.

D. Dose, dosagem e esquema terapêutico

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

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

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

E. Normas de correto uso e administração

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

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

F. Efeitos indesejados

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

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

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

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

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

H. Educação para a saúde

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

5.7.3. Novas entrevistas com o doente e novos estados da situação: avaliação das intervenções.

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

Entrevistas Sucessivas			
Data: /		Folha: /	
	programa DADER		
Data	Problema de Saúde e Motivo da Consulta	Observações	Próxima revisão
22.01.06	HTA, enxaqueca e Síndrome climatérico: Acordo do plano de atuação.	A doente entende a necessidade do médico intervir para controlar as suas dores de cabeça. Entrega-se o relatório para levar ao médico. Realiza-se educação sobre HTA e automedicação da PA. Compromete-se a tomar o Enalapril de forma continuada e a monitorizar a sua PA.	25.01.06 Dois dias depois de ir ao médico.
25.01.06	Enxaqueca e Síndrome Climatérico: Alterações na farmacoterapia.	O médico retirou o tratamento hormonal e prescreveu isoflovanas de soja para os sufocos. Para além disto, instaurou zolmitriptano 2,5 mg para tratar os episódios agudos de enxaqueca.	30.01.06
05.02.06	HTA: valores da automedicação da PA. Enxaqueca e Síndrome Climatérico: Evolução dos problemas.	A doente continua a cumprir o tratamento antihipertensor (ver tabela de parâmetros). Não tem "sufocos" e atualmente não apareceram novas crises de enxaqueca. Não se introduziram mais medidas para o controlo da PA.	20.02.06
20.02.06	HTA: Automedicação da PA e encaminhamento ao médico.	A doente apresenta novos valores de PA. Escreve-se um relatório ao médico para que leia o conhecimento da evolução da doente. Aguardamos a sua avaliação sobre os PS da doente.	15.03.06
19.03.06	HTA: Automedicação da PA. Enxaqueca e Sufocos: Evolução dos PS. RCV: Análises laboratoriais.	Após 2 meses, as crises de enxaqueca diminuíram em frequência e intensidade, até que desapareceram (21.02.06: sofreu uma crise leve que se solucionou com zolmitriptano). Na sua última visita ao médico (23.02.06), este mantém o zolmitriptano para as crises. Solicitou análises que foram feitas no dia 25.02.06.	10.04.06

Parâmetros do doente

Folha: /

Medidas antropométricas

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

Glicemia Capilar

Data	APA	DPA	AA	DA	AJ	DJ

Dados do laboratório

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

Pressão Arterial

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

Data: 19.03.06 Folha: /

Estado da Situação

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

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

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

*Diagnóstico Médico Documentado Preocupa: Pouco (P); Regular (R); Bastante (B) Avaliação: Necessidade (N); Efectividade (E); Segurança (S)

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

DATA	PARÂMETROS		
		PAS média (mmHg)	PAD média (mmHg)
14.03.06	08.15 _{média}	132	83
14.03.06	19.20 _{média}	131	80
15.03.06	08.00 _{média}	132	85
15.03.06	20.15 _{média}	130	82
16.03.06	08.40 _{média}	133	82
16.03.06	20.05 _{média}	130	85

DATA	HbA1c	Glic.-jj	Col- T	TG	LDLc	HDLc
25-02.06	5.6	89	190	125	90	55

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

Plano de atuação



Data: / Folha: /

Nº	Objetivos (Descrição)	Data (planeada)	Prioridade	Alcançado	Data
1	Controlar a HTA	21.01.06	Alta	☒	20.02.06
2	Monitorizar periodicamente os fatores de RCV	21.01.06	Média	☐	
3	Solucionar/ Aliviar as enxaquecas	21.01.06	Alta	☒	18.03.06
4	Controlar os "sufocos"	21.01.06	Média	☒	18.03.06
5	Manter o controlo da PA	20.02.06	Média	☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	

Intervenções Farmacéuticas		
Descrição e Planificação	Objetivo relacionado (Nº)	Data: Início, controlo, resultado
Promover-se-á a adesão ao tratamento com Enalapril. Para isto, associar-se-á a toma do medicamento a um hábito da vida do doente. Para além disto, oferecer-se-lhe-á informação sobre a HTA e o RCV, que será fornecida no mesmo dia em que se discute o plano de atuação. Finalmente, instruir-se-á para a automedicação da PA. A partir de então solicitar-se-á que venha periodicamente à farmácia mostrar os dados da sua PA.	1	Início: 22.01.06 Controlo: 05.02.06 Resultado: 20.02.06 Controlo: 19.03.06

Intervenções Farmacêuticas			
Descrição e Planificação	Objetivo relacionado (Nº)	Data: Início, controle, resultado	
Promover-se-á a realização de exercício através de atividades quotidianas que atualmente a doente não realiza. Também se registará durante 24 horas a alimentação para identificar maus hábitos alimentares. Em função da resposta da doente, as alterações que se vão realizar imediatamente, tentar-se-á combinar com ela a modificação de alguns hábitos.	1	Início: 27.01.06 – aproximadamente	
Comentar-se-á à doente (quando se puder) a possibilidade de solicitar análises ao médico, para observar o perfil lipídico e outros parâmetros de interesse (glicemia em jejum, proteínas na urina, etc). Aproximadamente dentro de um mês, dir-se-á à doente que vá ao seu médico e solicite análises laboratoriais.	2	Resultado: 25.02.06	
Controlar-se-á periodicamente o peso para seguir a sua evolução. Analisar-se-á cada 3-6 meses.	2	Início: 17.01.06 Controlo: 18.03.06	
Instruir-se-á a doente para que conheça as situações que podem desencadear as crises de enxaqueca. Combinar-se-á uma data com a doente para estabelecer uma conversa com ela onde se abordem estes aspetos. Provavelmente, será realizada no dia em que se discute o plano de atuação ou na semana seguinte.	3		
Enviar-se-á um relatório ao médico, descrevendo a situação da doente e a informação obtida na fase de estudo. Após enviar a carta ao médico, aguarda-se as eventuais alterações. Para isto, marcar-se-á consulta com a doente 2 dias depois de ir ao médico. Passado o tempo necessário, avaliar-se-á a efetividade das alterações produzidas.	3 e 4	Início: 20.01.06 Controlo: 23.01.06 Controlo: 05.02.06 Resultado: 19.03.06	
Iniciar-se-á a proposta formulada para identificar maus hábitos alimentares. Marcar-se-á consulta com a doente para lhe perguntar o que comeu no dia anterior. Isto será realizado à segunda-feira e à quinta-feira da mesma semana. Repetir-se-á mensalmente.	2 e 5	Início: 26.03.06	

5.7.5. Agenda do doente

Durante o tempo de seguimento decorrido, a agenda da doente permitiu ir registrando as consultas que se foram realizando com a doente, assim como outras que acontecerão no futuro.

[illegible]

5.7.6. Registo das intervenções farmacêuticas

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

Estas folhas de intervenção farmacêutica devem ser **remetidas ao Programa Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico**, onde se armazenará a informação para sua posterior análise pelos responsáveis e coordenadores do programa.

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

Folha de intervenção

Resultados Negativos asociados à Medicação

Identificação				Atuação	
Data: 19.01.06		RNM: Elevação da Pressão arterial		Data: 21.01.06	
Classificação do RNM (Marcar uma opção)		Situação do PS (Marcar uma opção)		O que se pretende fazer para resolver o problema	
☐ Problema de saúde não tratado		☒ Problema manifestado		☐ Modificar a dose	
☐ Efeito de medicamento desnecessário		☐ Risco de aparecimento		☐ Modificar o esquema terapêutico (redistribuição da quantidade)	
☒ Inefetividade não quantitativa		Medição inicial 154/93 mmHg		☐ Adicionar um medicamento	
☐ Inefetividade quantitativa				☐ Retirar um medicamento	
☐ Insegurança não quantitativa				☐ Substituir um medicamento	
☐ Insegurança quantitativa				☐ Modo de uso e de administração do medicamento	
				☒ Aumentar a adesão ao tratamento (atitude do doente)	
				☒ Educar em medidas não farmacológicas	
				☒ Não está diário	
Medicamento (s) implicado (s)					
Código		Nome, Dosagem, Forma Farmacéutica			
		ENALAPRIL 20 mg. Comprimidos Oraís			
Causa: identificação do PRM (selecionar as opções que considere oportunas)					
☐ Administração errada do medicamento					
☐ Características pessoais					
☐ Conservação inadequada					
☐ Contraindicação					
☐ Dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada					
☐ Duplicação					
☐ Erros na dispensação					
☐ Erros na prescrição					
☒ Incumprimento					
☐ Interações					
☐ Outros problemas de saúde que afetam o tratamento					
☐ Probabilidade de efeitos adversos					
☐ Problema de saúde insuficientemente tratado					
☐ Outros					
Descrição: A doente esquece-se com frequência de tomar o Enalapril. Não tem um padrão claro das tomas.					
Resultado					
O que aconteceu com a intervenção?		Data: 05.02.06		O que aconteceu com o problema de saúde?	
A doente começa a cumprir o tratamento. De 15 em 15 dias dirige-se à farmácia para trazer os dados de PA medidos em casa.		Após um mês os valores de PA normalizaram-se, atingindo-se o objetivo terapêutico.		Após um mês os valores de PA normalizaram-se, atingindo-se o objetivo terapêutico.	
Resultado		RNM resolvido		RNM não resolvido	
☒ Intervenção aceite		☒		☐	
☐ Intervenção não aceite		☐		☐	
				Medição final: 131/82 mmHg	

6. Bibliografía

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

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

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

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

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

- Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. Disponible en: <http://infodocor.org/rafabravo/guiamenopausia.pdf>.
93. Faure ED, Chantre P, Mares P. Effects of a standardized soy extract on hot flushes: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Menopause* 2002; 9(5):329-34.
 94. Tice JA, Ettinger B, Ensrud K, Wallace R, Blackwell T, Cummings SR. Phytoestrogen supplements for the treatment of hot flashes: the Isoflavone Clover Extract (ICE) Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290(2):207-14.
 95. Nelson HD, Vesco KK, Haney E, Fu R, Nedrow A, Miller J, et al. Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2006; 295(17):2057-71.
 96. Farquhar CM, Marjoribanks J, Lethaby A, Lamberts Q, Suckling JA and the Cochrane HT Study Group. Tratamiento hormonal a largo plazo para mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
 97. Subdirección General de Medicamentos de Uso Humano. Restricción de las indicaciones terapéuticas de la terapia hormonal de sustitución. Información de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para el Profesional Sanitario. Madrid, Agemed: 2004. Disponible en: http://www.agemed.es/actividad/alertas/docs/THS_profesional-enero04.pdf
 98. Rodríguez P, López I, Sánchez de Enciso M. Migraña. Guías clínicas 5 (33). Coruña: Fisterra; 2005. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/migrana.asp>.
 99. Trilla A, Carné X, Rodés J. Manual de terapéutica médica. 1ª ed. Barcelona: Masson SA; 2002.
 100. Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ* 1999; 318: 13-8.
 101. sinaem.agemed.es [pagina web en Internet]. Ficha Técnica de Phyto Soya. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subsecretaría de Sanidad. Agencia Española del Medicamento. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=63919&formato=pdf&formulario=FICHAS>
 102. Low Dog T. Menopause: a review of botanical dietary supplements. *Am J Med* 2005; 118 Suppl 12B:98-108.(Zolmitriptán)
 103. Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología Humana. 4ª edición. Barcelona: Masson SA; 2003
 104. sinaem.agemed.es [pagina web en Internet]. Ficha Técnica del Zolmitriptán. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subsecretaría de Sanidad. Agencia Española del Medicamento. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaHtml&codigo=61826&fichaCompleta=S>
 105. Thomson International Healthcare Series. Micromedex DRUGDEX® System. CD-ROM]. Greenwood Village: Thomson Corporate Headquarters; 2005.

ANEXO. LISTA DE RECURSOS WEB PARA EFETUAR SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA

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

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

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

PROCURA DE ARTIGOS (Bases de dados biomédicas)

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

REVISTAS (Investigações primárias)

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

REVISTAS DE FARMACOTERAPIA

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

VADE-MÉCUM

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

BOLETÍNS DE MEDICAMENTOS

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

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

AGÊNCIAS E ORGANISMOS DE AVALIAÇÃO DE MEDICAMENTOS

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

ORGANIZAÇÕES E ASSOCIAÇÕES

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

WEB DE DOENTES OU PARA DOENTES RELACIONADAS COM MEDICAMENTOS

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

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

Fontes:

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

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