



MÉTODO DÁDER

MANUAL DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

**Grupo de Investigación em Atenção Farmacêutica (CTS-131)
Universidade de Granada**



MÉTODO DÁDER

MANUAL DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

**M. Machuca
F. Fernández-Llimós
M. J. Faus**

AGRADECIMENTOS

A Paco Martinez-Romero, que foi a primeira pessoa a dar forma a essa idéia.

A Marta Parras por sua dedicação aos pacientes Dáder e a Martha B. Oñate por seu desenho dos diagramas de fluxo.

A todos os demais membros do Grupo de Investigación em Atención Farmacéutica (CTS-131) da Universidade de Granada e associados, por seu esforço incondicional que permitiu o crescimento deste guia, e por seu entusiasmo.

TRADUÇÃO

Josélia Cintya Quintão Pena Frade
(joseliarf@uai.com.br),
considerando a tradução da versão anterior do
documento feita por Mauro Silveira de Castro

REVISÃO TÉCNICA

Cassyano Januário Correr
Paula Silvia Rossignoli

Traduzido do original em espanhol:
Machuca, M. Fernández-Llimós, F. Faus, M.J.
Método Dáder. Guía de seguimiento fármacoterapéutico.
GIAF-UGR, 2003.

© dos textos: dos autores
© da edição original: GIAF-UGR.

Versão Brasil: 2004

Sumário

INTRODUÇÃO	5
1. OFERTA DO SERVIÇO	9
2. PRIMEIRA ENTREVISTA	12
2.1. Fase de Preocupações e problemas de saúde do paciente	13
2.2. Medicamentos utilizados pelo paciente	14
2.3. Fase de revisão	15
3. ESTADO DE SITUAÇÃO	19
4 - FASE DE ESTUDO	21
4.1 . PROBLEMAS DE SAÚDE	21
4.2. MEDICAMENTOS	22
5 - FASE DE AVALIAÇÃO	26
5.1. O paciente necessita do(s) medicamento(s)?	28
5.2. O(s) medicamento(s) está(ão) sendo efetivo(s)?	28
5.3. O medicamento está sendo seguro?.....	29
5.4. E existe algum problema de saúde que não está sendo tratado?	30
6 - FASE DE INTERVENÇÃO	32
7 - RESULTADO DAS INTERVENÇÕES	35
8 – NOVO ESTADO DE SITUAÇÃO	36
9 – VISITAS SUCESSIVAS	36
BIBLIOGRAFIA	37
Anexo 1	38
Anexo 2	43
Anexo 3	44

INTRODUÇÃO

Realizar o Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) requer um método de trabalho rigoroso por várias razões. Se por um lado se trata de uma atividade clínica e, portanto, condicionada à decisão livre e responsável de um profissional, por outro lado exige que seja realizada com o máximo de informação possível. Isto é, trabalhar para que algo tão pouco previsível como a resposta e o benefício de uma ação em um paciente, se produza com a maior probabilidade de êxito. Por esse motivo, os profissionais clínicos necessitam nessas atividades de protocolos, manuais de atuação, consensos, etc, para sistematizar parte do seu trabalho.

O AFT, como qualquer outra atividade sanitária necessita, para ser realizada com a máxima eficiência, de procedimentos de trabalho protocolizados e validados, por meio da experiência, que permitam uma avaliação do processo e, sobretudo, dos resultados.

O Documento de Consenso em Atenção Farmacêutica¹, propiciado pelo *Ministerio Español de Sanidad y Consumo*, define **Seguimiento do Tratamento Farmacológico personalizado** como a prática profissional na qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas com os medicamentos. Isto se realiza mediante a detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados com os medicamentos (PRM). Este serviço implica um compromisso, e deve ser fornecido de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio paciente e com os demais profissionais do sistema de saúde, com o objetivo de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente.

O **Método Dáder** de AFT foi desenvolvido pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada em 1999, e atualmente, centenas de farmacêuticos de diversos países vêm utilizando este método em milhares de pacientes.

O **Método Dáder** se baseia na obtenção da história Farmacoterapêutica do paciente, isto é, os problemas de saúde que ele apresenta e os medicamentos que utiliza, e na avaliação de seu estado de situação em uma data determinada a fim de identificar e resolver os possíveis Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) apresentados pelo paciente. Após esta identificação, se realizarão as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRM e posteriormente se avaliarão os resultados obtidos.

O conceito de **Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM)** encontra-se definido no Segundo Consenso de Granada² como: **problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados do tratamento farmacológico que, produzidos por diversas causas tem como consequência, o não alcance do objetivo terapêutico desejado ou o aparecimento de efeitos indesejáveis.**

Assim, PRM é uma variável de resultado³ clínico, uma falha do tratamento farmacológico que conduz ao aparecimento de um problema de saúde, a um mal controle da doença ou a algum efeito indesejado⁴. Estes PRM podem ser de três tipos: relacionados com a necessidade de medicamentos por parte do paciente, com sua efetividade ou segurança.

O Segundo Consenso de Granada estabelece uma classificação de PRM em seis categorias, que por sua vez se agrupam em três sub-categorias, como apresenta a tabela abaixo:

Classificação de PRM do Segundo Consenso de Granada

Necessidade
PRM 1: O paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar a farmacoterapia que necessita
PRM 2: O paciente apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita
Efetividade
PRM 3: O paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da farmacoterapia
PRM 4: O paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da farmacoterapia
Segurança
PRM 5: O paciente apresenta um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento
PRM 6: O paciente apresenta um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento

Entende-se por **problema de saúde** (PS) a definição da WONCA⁵ que considera: "qualquer queixa, observação ou fato percebido pelo paciente ou pelo médico como um desvio da normalidade que afetou, pode afetar ou afeta a capacidade funcional do paciente".

Define-se **Intervenção Farmacêutica** (IF) como a ação do farmacêutico que tem como objetivo melhorar o resultado clínico dos medicamentos, mediante a modificação da utilização dos mesmos. Esta Intervenção deverá acontecer por meio de um *plano de atuação* previamente acordado com o paciente.

Plano de atuação é o conjunto de intervenções que o paciente e o farmacêutico em comum acordo se comprometem a realizar para resolver os PRM detectados.

Plano de seguimento é o projeto de encontros acordado entre paciente e farmacêutico, para assegurar que os medicamentos que o paciente utiliza continuarão sendo somente aqueles que necessita, e, que continuarão sendo os mais efetivos e seguros possíveis.

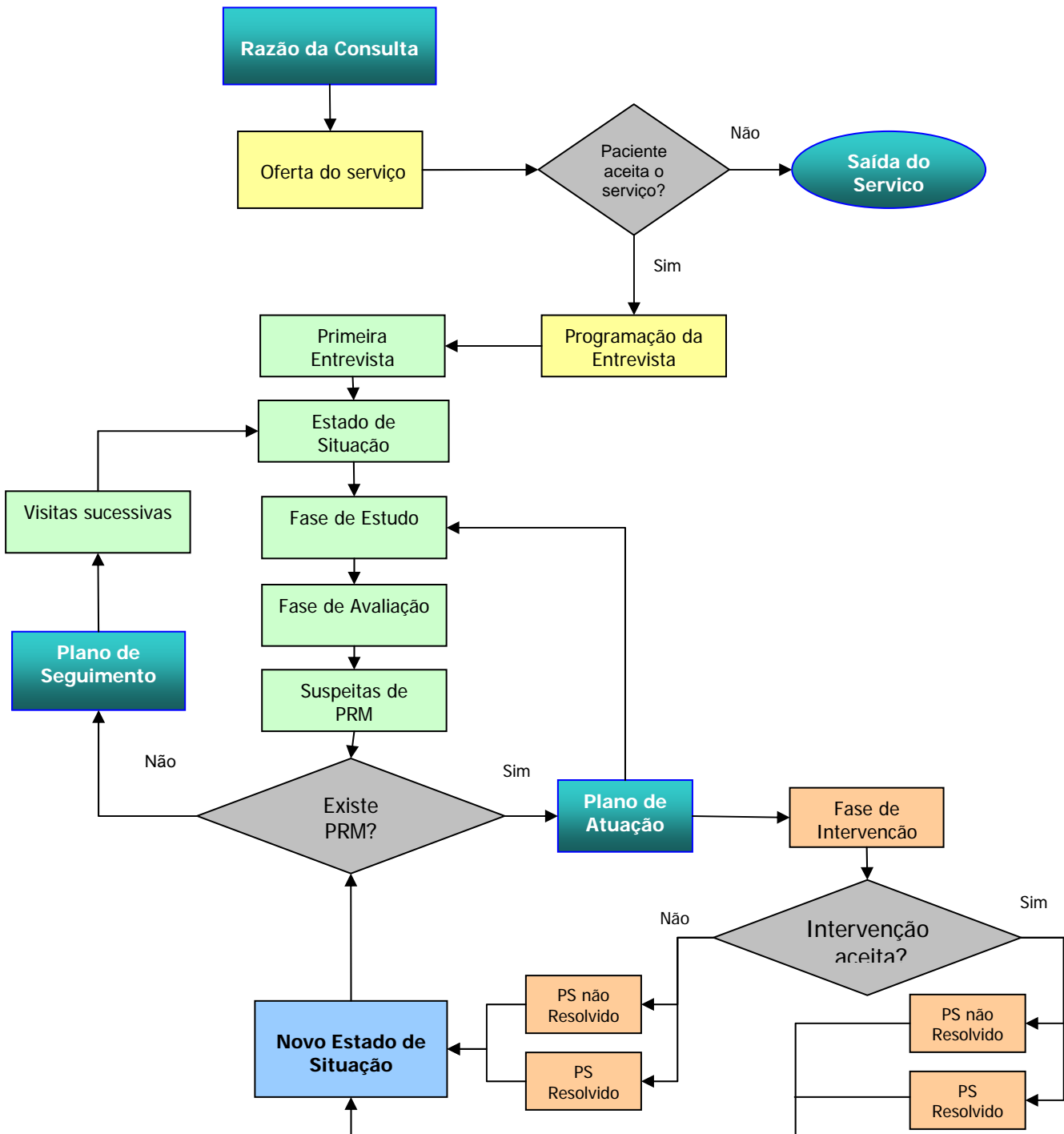
O **Método Dáder de AFT** propõe um procedimento concreto, no qual se elabora um estado de situação objetivo do paciente. Deste, derivam-se as intervenções farmacêuticas correspondentes, nas quais cada profissional clínico conjuntamente com o paciente e seu médico decidem o que fazer em função dos conhecimentos e condições particulares que afetam cada caso.

O procedimento de AFT consta das seguintes fases:

- **Oferta do Serviço.**
- **Primeira Entrevista.**
- **Estado de Situação.**
- **Fase de Estudo.**
- **Fase de Avaliação.**
- **Fase de Intervenção**
- **Resultado da Intervenção.**
- **Novo Estado de Situação.**
- **Entrevistas Sucessivas.**

Fluxograma 1. DIAGRAMA DE FLUXO DO PROCESSO DO MÉTODO DÁDER

DE AFT



1. OFERTA DO SERVIÇO

O processo se inicia quando o paciente busca a farmácia por diversos motivos, tais como:

- Consulta ao farmacêutico sobre suas necessidades relacionadas com o tratamento farmacológico, problemas de saúde ou com referência a alguma informação sobre sua saúde. São atos profissionais em que não ocorre a dispensação de medicamentos.
- Dispensação de medicamentos.
- Verificação de algum parâmetro fisiológico do paciente, tais como: pressão arterial, glicemia, ou qualquer outro que a farmácia ofereça.
- Solicitação do próprio paciente.

O momento ideal para oferecer o serviço de AFT é quando o farmacêutico suspeita que possam existir problemas relacionados com os medicamentos. Como exemplo, se descrevem abaixo as seguintes razões de consulta:

- Medida de um parâmetro fisiológico ou bioquímico na farmácia que resulte em um valor anormal;
- Queixa do paciente no momento da dispensação sobre algum medicamento prescrito;
- Consulta sobre algum problema de saúde;
- Consulta sobre algum medicamento;
- Consulta sobre algum parâmetro bioquímico.

No entanto, não será possível afirmar que possa existir algum PRM até que se realize a fase de avaliação do estado de situação e se tenha constatado o resultado clínico negativo que representa.

Em todo caso, o farmacêutico poderá oferecer o serviço a qualquer paciente que ele considere necessário.

Nesta fase o farmacêutico informa ao paciente sobre a existência do serviço de AFT, na farmácia, que deve ser apresentado da seguinte forma:

- O objetivo é conseguir a máxima efetividade dos medicamentos que utiliza.
- Que o farmacêutico não irá substituir nenhum outro profissional de saúde em sua função, mas sim trabalhará em equipe. Não iniciará ou suspenderá nenhum tratamento, nem irá modificar uma posologia prescrita pelo seu médico e, sempre que necessário, entrará em contato com ele visando melhorar o tratamento farmacológico.
- Sensibilizar o paciente sobre a idéia de co-responsabilidade e colaboração, em relação à participação dele na tomada de decisões relacionadas ao tratamento medicamentoso.

Deve-se evitar especialmente:

- Centrar a oferta em aspectos negativos dos medicamentos e problemas de saúde.
- Fazer ofertas mirabolantes, já que não é aconselhável criar falsas expectativas ou excessivamente idealistas, que podem decepcionar no futuro.

Se o paciente aceita, se marca um horário na farmácia, em uma hora cômoda para ambos, que permita falar por um momento, uns quinze minutos aproximadamente, sem interrupções, sobre seus problemas de saúde e seus medicamentos. Este horário se denomina **Primeira Entrevista** e o paciente deverá trazer:

- Uma sacola com os medicamentos que tem em sua casa, sobretudo aqueles que toma neste momento.
- Todos os documentos relacionados à saúde, como diagnósticos médicos que o paciente possua, a fim de obter informação mais objetiva de seus problemas de saúde.

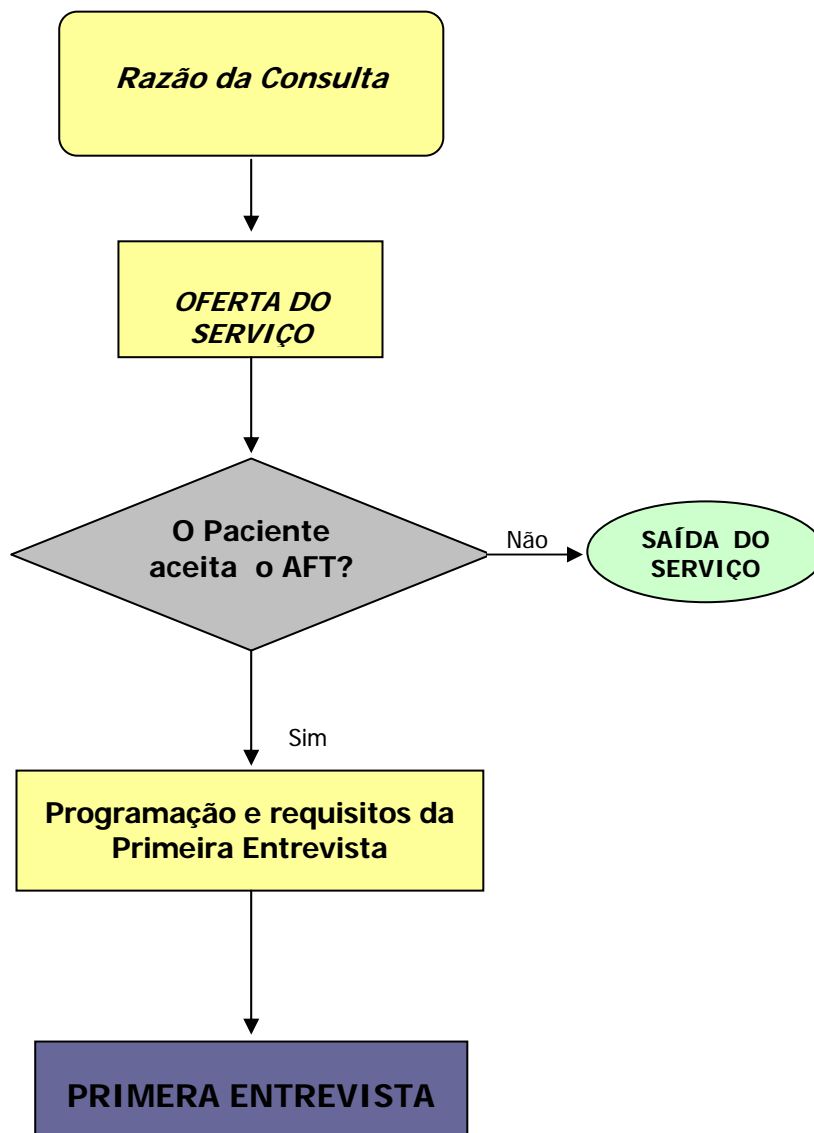
Se a data agendada for demorar uns dias, pode-se sugerir ao paciente telefonar-lhe para lembrá-lo.

NOTAS ESCLARECEDORAS:

Apesar do AFT permitir abordar qualquer paciente que utilize medicamentos, se aconselha começar com pacientes que não tomem muitos medicamentos, que não padeçam de doenças psiquiátricas ou que sejam de difícil comportamento ou tenham dificuldades de comunicação. Estes pacientes poderão ser abordados no futuro, ao se dominar o processo.

A própria palavra acompanhamento faz referência a uma cooperação entre ambos ao longo do tempo, baseada nas características de qualquer outra relação entre pessoas que se mantenha duradoura, como podem ser a lealdade, interesse mútuo, a sinceridade, os direitos e obrigações, cuja manutenção terá sentido enquanto estas virtudes permanecerem e necessitará destas caso desapareçam. O paciente, no entanto, sempre deverá manter uma posição ativa e protagonizará a maior parte das decisões, devendo estar consciente de que *"...vamos trabalhar juntos para alcançar os objetivos que nós dois nos propusemos"*.

Fluxograma 2. DIAGRAMA DE FLUXO DA OFERTA DO SERVIÇO



2. PRIMEIRA ENTREVISTA

Aspectos prévios a serem considerados:

- Cuidar do ambiente onde ocorrerá a Primeira Entrevista, evitando qualquer interrupção, como por exemplo, ligações telefônicas, atenção a outro processo da farmácia ou aos funcionários da mesma. É aconselhável não fazer em uma mesa típica de escritório, sendo conveniente que se utilize uma mesa redonda ou pelo menos evitar estar um frente ao outro, facilitando a proximidade e eliminando barreiras que causem distanciamento e limitem a confiança na comunicação.
- A relação pessoal do farmacêutico com o paciente deve ter as mesmas qualidades que uma boa equipe de trabalho.
- Mostrar interesse ao que o paciente expõe. Este deve sentir, ao finalizar a entrevista, que tem um profissional em quem pode confiar com relação a sua saúde.

A primeira entrevista se estrutura em três partes claramente diferenciadas:

- o ***Fase de preocupações e problemas de saúde.***
- o ***Medicamentos utilizados pelo paciente.***
- o ***Fase de revisão.***

Na primeira entrevista, deve-se documentar e registrar a informação recebida do paciente. Para isso, se utiliza o modelo de HISTÓRIA FARMACOTERAPÊUTICA DO PACIENTE que aparece no **anexo I**. Porém, não se recomenda utilizar este modelo para realizar a primeira entrevista, pois dificulta a comunicação com o paciente, cuja maneira de expressar-se dificilmente se adaptará ao modelo desejado. Desta forma o farmacêutico perderia o foco de atenção essencial da entrevista, o paciente, para desviar atenção a um formulário, buscando persistentemente onde anotar cada dado exposto pelo paciente.

O mais aconselhável é escrever em um papel em branco todas as informações relatadas durante a entrevista e o mais rápido possível transcrevê-las para o formulário de História Farmacoterapêutica. Isto pode ser útil para que o farmacêutico auto-avale sua forma de realizar a entrevista.

O formulário de História Farmacoterapêutica se preenche apenas uma vez, depois da primeira entrevista, e serve de pasta para guardar os documentos do paciente, que vão acumulando ao longo do AFT.

Cada História Farmacoterapêutica de um paciente está codificada em sua capa por uma numeração de 14 dígitos (**55XX/YYYYY/ZZZZZ**).

Com relação ao Brasil, será da seguinte forma:

1. Os quatro primeiros dígitos identificam o país, sendo o 55 referente ao código internacional e o XX Código do Estado (segundo o IBGE). Codificação disponível em <<http://www.giaf-ugr.org>>
2. Os outros 5 dígitos, YYYYY, se referem ao número de cadastro da farmácia no CRF (disponível no certificado de regularidade).
3. Os cinco dígitos restantes se referem ao número de registro do paciente na farmácia.

2.1. Fase de Preocupações e problemas de saúde do paciente

O **objetivo** desta fase é conseguir que o paciente expresse os problemas de saúde que mais lhe preocupam. Para conseguir isto se inicia com uma pergunta aberta, que lhe permita expor por meio de sua própria linguagem seus problemas. Pode-se começar da seguinte forma:

“Agora vamos conversar sobre aqueles aspectos que mais lhe preocupam com relação a sua saúde. Quero recordar-lhe que o que vamos comentar aqui se manterá entre nós dois, a equipe de farmacêuticos e você. Se em algum momento, para melhorar qualquer aspecto de seu tratamento necessitarmos comunicar com seu médico, faremos uma carta e você, se achar conveniente, a levará á consulta. Se me permite, vou anotando as coisas que você me conta, para não me esquecer de nada. Neste momento gostaria que me comentasse o que mais o preocupa em relação a sua saúde”.

Nesta fase é muito importante:

- Escutar, prestando muita atenção, sem interromper, nem sequer emitindo opinião, ainda que seja requerida. Demonstrar confiança, tentando entender o paciente, mais que julgá-lo.
- Deixar o paciente falar sem interromper tornará esta fase mais efetiva. A entrevista somente deverá ser reconduzida se o paciente se desviar do assunto e divagar em excesso.
- Não esquecer que a postura corporal como a linguagem não verbal é muito importante. Para isso, deve evitar-se inclinações do corpo para trás, que

podem dar sensação de falta de interesse ou de superioridade.

Os problemas de saúde que mais preocupam o paciente são muito importantes de serem identificados, pois direcionam na maioria das vezes, a Intervenção do farmacêutico. Mesmo existindo documentação médica sobre os problemas, ele não deve deixar de falar dos problemas que lhe causam mais preocupação. A forma de expressar seus problemas, de interiorizá-los em sua rotina diária, a influência do ambiente, podem dar pistas ao farmacêutico na hora de elaborar um Plano de Atuação para resolver os PRM do paciente.

2.2. Medicamentos utilizados pelo paciente

O **objetivo** desta fase é ter uma idéia do grau de conhecimento do paciente sobre seus medicamentos e da adesão ao tratamento. Nesta fase, deve-se começar sempre que possível por alguma pergunta aberta, que permita ao paciente expressar-se livremente, o que aumentará a confiança. Pode-se começar por uma frase, como a seguinte:

“Bem, agora vamos falar dos medicamentos que trouxe em sua sacola e quero que me diga se está tomando, como o toma, para que, se se sente bem ou se percebe algo estranho...”

Deve-se tentar responder às dez perguntas para cada medicamento que o paciente utiliza, cada uma com um objetivo definido:

- **Está utilizando?:** para verificar se o paciente está tomando atualmente.
- **Quem lhe receitou?:** quem prescreveu ou aconselhou o uso do medicamento.
- **Para que?:** para saber a visão do paciente sobre a função do medicamento que está utilizando.
- **Está melhor?:** como o paciente percebe a efetividade do medicamento.
- **Desde quando?:** início da utilização do tratamento. Serve para estabelecer relação causal entre problemas e medicamentos.
- **Quanto?:** posologia do medicamento.
- **Como usa?:** maneira de tomá-lo durante o dia (durante ou antes das refeições, em uma hora determinada...).
- **Até quando?:** por quanto tempo deverá utilizar o medicamento.
- **Alguma dificuldade?:** aspecto relacionado com a forma farmacêutica (dificuldade de engolir, sabor desagradável, medo da injeção...).
- **Algo estranho?:** relaciona-se a algum efeito indesejável à utilização do medicamento.

De cada medicamento o farmacêutico anotarà ao final, se o paciente adere ao tratamento e se o conhece de forma adequada.

2.3. Fase de revisão

Neste momento deve-se dizer ao paciente que a entrevista terminou, que se fará uma revisão para comprovar que as informações registradas estão completas e corretas.

Esta fase tem os seguintes objetivos:

1. Aprofundar aqueles aspectos citados na primeira fase da entrevista e completar alguma informação. Isso acontece, pois como mencionamos anteriormente, na primeira parte da entrevista o objetivo principal era estabelecer uma relação afetiva, evitando as interrupções.
2. Descobrir novos medicamentos e problemas de saúde que não haviam sido relatados antes, provavelmente porque não preocupavam muito o paciente.
3. Demonstrar ao paciente que o escutamos com interesse.

A fase de revisão deve ser realizada seguindo uma ordem da cabeça aos pés

Cabelo
Cabeça
Ouvidos, olhos, nariz, garganta
Boca (ferida, seca)
Pescoço
Mãos (dedos, unhas)
Braços e músculos
Coração
Pulmão
Aparelho Digestivo
Rins (Urina)
Fígado
Aparelho Genital
Pernas
Pé
Músculo esquelético (Gota, dor nas costas, tendinites)
Pele (Secura, erupção)
Psicológico (depressão)
Neurológico (epilepsia)

Esta fase consta de perguntas fechadas, porque o que se pretende é refinar a informação obtida. Pode-se começar com uma frase, assim, por exemplo:

“Você usa algum medicamento em sua cabeça ou algum xampu especial?”

Ao chegar a alguma parte que necessita aprofundar as informações pode-se utilizar

“Você comentou que sua cabeça doía com frequência. Como é essa dor de cabeça e com que frequência sente essa dor?”

uma frase como a seguinte:

Também se registram outros dados, como os descritos abaixo:

- **Parâmetros fisiológicos** que podem não estar controlados, como colesterol, ácido úrico, pressão arterial, etc., e que não tenham sido falados antes. Se segue alguma dieta especial ou toma algum complexo vitamínico que possa não considerar como medicamento, vacinas...
- **Hábitos de vida do paciente**, como o consumo de cigarro, álcool, outras drogas, café, chá ou outras bebidas e atividade física.

Finaliza-se com o registro dos dados demográficos do paciente, tais como: endereço, telefone, data de nascimento, médicos que o atendem, etc. Toda esta informação deverá ser registrada na História Farmacoterapêutica do paciente. Neste momento finaliza-se verdadeiramente a primeira visita e pode ser conveniente dar uma mensagem de esperança ao paciente:

“Agora terminou a entrevista. Se você concordar, dentro de uns dias entrarei em contato com você, após ter estudado seu caso. Tenho certeza que vai valer a pena continuarmos trabalhando juntos”

NOTAS ESCLARECEDORAS:

Fase de Preocupações e problemas de saúde do paciente

De toda forma, deve-se atuar com prudência no atendimento dos primeiros pacientes. Se ainda não dominamos as técnicas de entrevista clínica e em caso de dúvida, é melhor aprender com a experiência, já que qualquer informação fornecida pelo paciente nos ajudará a conhecer melhor seu ambiente social e sua cultura. Isso será essencial na hora de resolver os problemas que o mesmo poderá apresentar em relação aos seus medicamentos.

Talvez o mais complicado seja manter a dualidade de prestar atenção em várias coisas ao mesmo tempo, como anotar dados e perceber atitudes e sensações, escrever e manter contato com o paciente. Ainda que tudo isso se consiga com a prática, se no princípio tiver que escolher, sem dúvida o mais importante é manter contato com o paciente, estabelecer vínculo afetivo, transmitir através da comunicação não verbal a sensação de cumplicidade e objetivos comuns.

Medicamentos utilizados pelo paciente

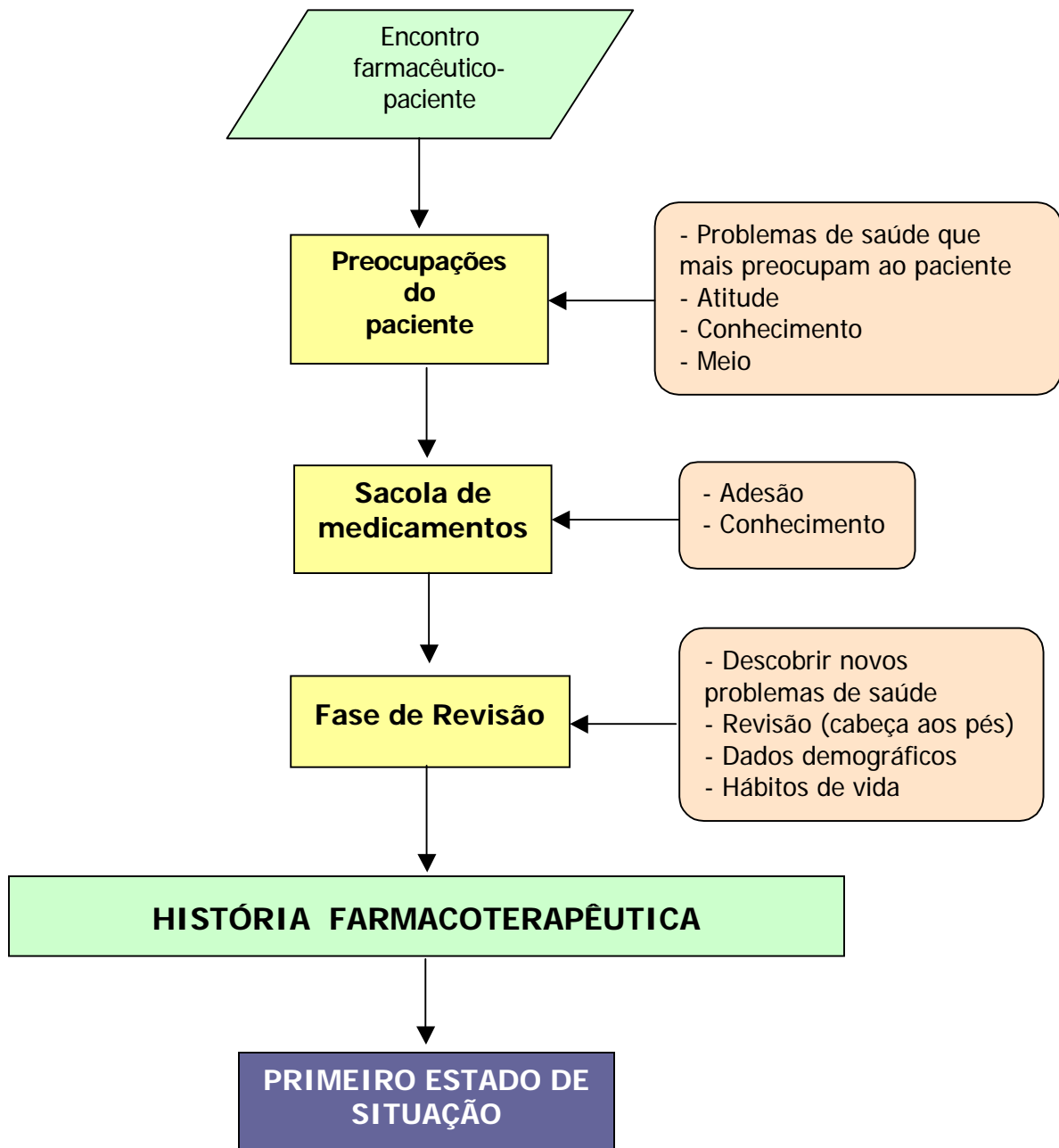
Tem como dupla finalidade a solicitação ao paciente para trazer todos os medicamentos que tem em casa, inclusive os que não está tomando atualmente. Por um lado, para questionarmos se algum daqueles medicamentos ao ser usado no passado lhe causou algum problema, tanto de falta de segurança como de efetividade. Estas informações poderão ser úteis no futuro. Por outro, esvaziar a farmácia domiciliar, pois esta não deve conter medicamentos como, antibióticos ou outros que necessitem de prescrição médica e nem medicamentos vencidos. Esta pode ser a informação que o paciente necessite no primeiro atendimento.

De modo geral:

Recomenda-se registrar o mais rápido possível toda a informação coletada, para se ter bem claro todos os aspectos transmitidos pelo paciente. Se verificar que esqueceu de anotar alguma informação, esta poderá ser recuperada nos atendimentos subseqüentes ou por meio de uma ligação telefônica. É conveniente, anotar em um papel toda informação pendente e se possível, entrar em contato com o paciente depois de concluída a fase de estudo, pois nesta poderemos identificar a falta de registro de alguma dado importante.

O papel onde se anotou as primeiras informações da entrevista inicial, após ser transcrito para o formulário, deverá ser arquivado junto com este. Alguma informação que a princípio pareça pouco relevante, posteriormente poderá ser de grande utilidade, por exemplo, anotações com respeito às expressões do paciente em relação a suas preocupações, estas poderão nos informar sobre aspectos da personalidade e da cultura do paciente.

Fluxograma 3. DIAGRAMA DE FLUXO DA PRIMERA ENTREVISTA



3. ESTADO DE SITUAÇÃO

O Estado de Situação (ES) de um paciente se define como a relação entre seus problemas de saúde e seus medicamentos, em uma data determinada (**anexo II**). Representa uma “foto” do paciente em relação a estes aspectos. Também é o documento que se deve utilizar para apresentar casos em sessões clínicas⁷.

O primeiro ES é o resultado dos dados obtidos na primeira entrevista, sua data reflete este dia.

A parte superior do documento é o que se denomina realmente como “**foto do paciente**”. Nesta se refletem os aspectos singulares do paciente, que podem particularizar o referido Estado de Situação como a idade, o sexo, as alergias a medicamentos, o Índice de Massa Corporal (IMC), que podem influenciar no momento de considerar o ES. Para algum outro aspecto a salientar se utilizará o campo de observações situado no lado inferior do documento.

O corpo central é o próprio estado de situação e nele estão refletidos os problemas de saúde referentes aos medicamentos utilizados pelo paciente. Por exemplo, para um paciente com Hipertensão diagnosticada, os medicamentos em uso para o controle dessa doença, se situarão na mesma linha à direita.

O corpo central do ES consta de quatro grandes partes, da esquerda para a direita:

- 1. Problemas de saúde***
- 2. Medicamentos***
- 3. Avaliação***
- 4. Intervenção Farmacêutica***

As colunas se preenchem da seguinte forma:

1- Problemas de saúde

- Problemas de saúde.
- Data em que iniciou do problema de saúde.
- Grau de controle do PS: escreve-se “**S**” se o problema está controlado e “**N**” se não estiver controlado. Se, ao avaliar o controle do PS utilizar alguma medida quantitativa, esta deve ser registrada. Quando é necessário mais de um resultado dessa medida, como é o caso da pressão arterial e da glicemia, estes devem ser anotados no quadro denominado “Parâmetros”, que se localiza na parte inferior esquerda do ES.
- E na próxima coluna, se registra o nível de preocupação, que cada problema de saúde causa ao paciente (muito “M”, regular “R” ou pouco “P”).

2 -Medicamentos

- Data em que iniciou a utilização
- Medicamentos que tratam o PS. Recomenda-se documentar por princípios ativos, em vez de especialidades farmacêuticas. Em sessões clínicas, pode-se utilizar as especialidades dentro da documentação interna.
- Posologia (Ex. Se o paciente toma um comprimido pela manhã e um à noite, deve-se registrar da seguinte forma 1-0-1)
- Grau de conhecimento e adesão (muito boa "M", regular "R" ou pouca "P").

3- Avaliação

Utiliza-se para anotar suspeitas de Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) que possam existir. Está formado pelas seguintes colunas:

- Inicia por N (Necessidade), depois, E (Efetividade) e S (Segurança), nas quais se anotarás S (Sim) ou N (Não)
- A próxima coluna é utilizada para registrar o PRM suspeitado.

Isto será mais bem explicado posteriormente, na fase de avaliação.

4- Intervenção Farmacêutica :

Anotam-se as datas das intervenções, segundo o Plano de Atuação previsto, para assim organizá-las e priorizá-las.

É conveniente, no momento de anotar os problemas de saúde, dispor os que possam ter uma correlação, o mais próximo possível, cada um em sua coluna. Se existir uma relação entre eles ficará mais fácil a visualização e isso ajudará a entender as possíveis estratégias terapêuticas prescritas pelo médico.

A partir deste momento, o Estado de Situação é o documento mais importante para estudar a evolução do paciente. É um documento absolutamente dinâmico, que vai evoluindo ao mesmo tempo em que a saúde do paciente. Pode-se dizer que o paciente a partir desse momento será representado por sucessivos estados de situação. O aparecimento/ desaparecimento de problemas de saúde ou de medicamentos dará lugar a um novo estado de situação diferente. Diante de alterações neste, é conveniente realizar outra fase de estudo. Vale ressaltar que a maior parte da informação já estará coletada.

NOTAS ESCLARECEDORAS:

Depois de realizar a fase de Estudo, pode ser aconselhável reescrever o estado de situação, para se entender melhor o que está acontecendo com o paciente.

4 - FASE DE ESTUDO

O **objetivo** da Fase de Estudo é obter a informação necessária dos problemas de saúde e dos medicamentos registrados no Estado de Situação, para sua posterior avaliação.

Seguidamente, se analisarão as duas partes diferenciadas do estado de situação:

- Os problemas de saúde
- Os medicamentos.

Será descrita, ainda, a informação que o farmacêutico necessitará conhecer sobre cada uma destas partes.

Metodologicamente é aconselhável realizar o estudo de forma horizontal, ou seja, não estudar de uma só vez todos os problemas de saúde e de outra todos os medicamentos. Aconselha-se estudar cada problema com os medicamentos utilizados no tratamento e assim sucessivamente. Desta forma, com as características que serão descritas a diante, se estabelecerá relação entre eles e com outros problemas de saúde derivados. Também será útil, relacionar primeiro, os problemas de saúde diagnosticados, para posteriormente anotar os demais.

4.1 . PROBLEMAS DE SAÚDE

Para analisar os problemas de saúde relacionados é importante levar em conta que:

- É conveniente iniciar o estudo pelos problemas de saúde do paciente, que tenham sido diagnosticados pelo médico.
- O farmacêutico é um profissional que conhece os medicamentos, porém não as doenças. Ao estudar certos aspectos, se entenderão os porquês de cada medicamento e seu propósito, assim como, sua utilidade ou limitações no controle do problema.
- Os aspectos mais interessantes para o farmacêutico em cada doença serão basicamente:
 - *Sinais e sintomas a controlar ou parâmetros consensuais de controle*, que logo poderão dar lugar à suspeitas de falta de efetividade dos tratamentos.
 - *Mecanismos fisiológicos de início da doença*, para assim entender como atuam os medicamentos e como interferem no curso da doença ou então, para relacionar com os problemas de saúde que poderão surgir.
 - *Causas e conseqüências do problema de saúde* no paciente, para entender como realizar prevenção e a educação sanitária do paciente, e por outra parte para conhecer quais são os riscos.

Deve-se distinguir perfeitamente as diferentes entidades clínicas que representam os diferentes problemas de saúde, e conhecer se o problema tem um valor relativo ou absoluto, para saber se está atuando sobre uma variável de ponto final (*end-point*), que necessitará uma Intervenção mais imediata, ou se é uma intermediária (*surrogate*), aquelas em que os aspectos preventivos terão mais importância e haverá que considerar ademais outras circunstâncias.

Um exemplo claro pode ser o do diabetes. Nesta doença, considera-se como variáveis de ponto final: complicações cardiovasculares, nefropatias, retinopatias e neuropatias. Estas são variáveis terminais para o paciente, e que se previnem por meio de um controle adequado da glicemia e de um bom controle da hemoglobina glicada, medida geralmente de três em três meses.

Dessa forma, bons resultados glicêmicos atrasarão o aparecimento de variáveis de ponto final e um mau controle irá acelerar o processo. Porém, intervenções exageradas sobre essas variáveis relativas (glicemia, hemoglobina glicada), poderão ocasionar queda brusca e perigosa da glicose (hiperglicemias), que poderá colocar em perigo a saúde do paciente de forma muito rápida e grave. Por isso, estas intervenções devem ser examinadas e relativizadas em um contexto de longo prazo, objetivando sempre atingir não apenas valores baixos, mas também estáveis ao longo do tempo.

Conhecimento dos problemas de saúde dentro de um contexto geral, também será muito útil para visualizar a gravidade do paciente ou a evolução de seus problemas. Não será a mesma coisa, uma atuação em um hipertenso sem risco, cujo enfoque de seu tratamento será a prevenção primária, o controle da doença e das complicações, que uma naquele que já tenha sofrido um episódio cardiovascular, cerebral ou de qualquer tipo, como conseqüência da HA. Não é igual uma hiperlipemia no primeiro paciente como no segundo, nem um valor ideal de colesterol em um que em outro .

Aprofundar o conhecimento dos problemas de saúde, ajudará tanto no estabelecimento de prioridades quanto na dinâmica das intervenções.

Definitivamente, entendendo os problemas de saúde se melhora o conhecimento da evolução do paciente. Aprofundando ao máximo o conhecimento da origem do problema de saúde, suas conseqüências e sua relação com outros, melhorará a qualidade da Intervenção, que objetiva resolver os possíveis problemas relacionados com os medicamentos que o paciente possa experimentar.

4.2. MEDICAMENTOS

Para a análise dos medicamentos é importante levar em conta que:

- É necessário realizar um bom estudo dos medicamentos que o paciente utiliza, para que a Intervenção tenha maiores garantias de ser útil na saúde do paciente.

- O estudo dos medicamentos deve ser realizado partindo das características gerais do grupo terapêutico a que pertence cada fármaco, até a análise dos aspectos mais particulares. Isto é muito importante quando se trata de medicamentos novos em um grupo, pois estes poderão apresentar os mesmos problemas derivados de seu uso que seus antecessores, e ainda não estar descrito, devido ao pouco tempo de utilização. No caso de medicamentos mais antigos, que aparentemente não apresenta nenhum problema de segurança, em relação a seu grupo, isso pode ser devido mais a falta de existência de publicações, que a ausência de efeito indesejado.

Os aspectos mais importantes a se considerar dos medicamentos são os seguintes:

- o ***Indicações autorizadas.***
- o ***Ação e mecanismo de ação.***
- o ***Posologia.***
- o ***Margem terapêutica.***
- o ***Farmacocinética.***
- o ***Interações.***
- o ***Interferências analíticas.***
- o ***Precauções.***
- o ***Contra-indicação.***
- o ***Problemas de segurança.***

Indicações autorizadas : aponta o uso recomendado dos medicamentos e explicam o porquê de se encontrarem no estado de situação. Ajudam a interpretar a forma que o médico seleciona o tratamento da doença. Também podem explicar os resultados atingidos, desejados ou não, experimentados pelos pacientes.

Mecanismo de ação: Indica a maneira pela qual o medicamento atua na doença. Permite que o farmacêutico entenda o que está ocorrendo quando um medicamento é efetivo ou o que deveria ocorrer e não ocorre quando é inefetivo.

Desta forma, ao explicar como se manifesta uma possível insegurança do medicamento, o farmacêutico poderá encontrar a chave que o ajudará a planejar a melhor Intervenção possível, buscando o benefício do paciente tanto a curto como em longo prazo.

Também poderia explicar por meio de reação química o balanço entre a efetividade desejada e a insegurança previsível. Assim, facilitaria programar uma possível Intervenção quando se deseja preservar um medicamento ou explicar uma insegurança justificada pelo mecanismo de ação habitual do medicamento.

Pode-se dizer que entendendo o mecanismo de ação de um medicamento se entende os efeitos deste no organismo, tanto os desejados como os não desejados.

Margem terapêutica: é aquela descrita na bibliografia como a que produz habitualmente a efetividade do medicamento, quer dizer, a dose que vai da mínima efetiva à máxima segura.

Denomina-se janela terapêutica a margem terapêutica aplicada a um paciente de forma individual, e às vezes diferente da margem habitual de utilização do

medicamento. Cipolle já havia descrito que os pacientes é que tem doses e não os medicamentos⁸. Desta forma, uma determinada quantidade de medicamento, que está dentro de sua margem terapêutica usual, em determinado paciente poderá apresentar-se como uma dose acima da máxima segura, podendo ser efetiva ou jamais chegar a ser.

É muito importante, desta forma, conhecer o que acontece no paciente, pois a margem estabelecida na literatura apenas nos orienta. Dessa forma, é necessário levar sempre em conta os indicadores de efetividade e segurança reais.

Farmacocinética (Tmax, meia vida de eliminação...): nos fornecem informação para tentarmos conhecer quando medir parâmetros clínicos de efetividade e de segurança, avaliar a possibilidade de interações, interferências analíticas, efeitos sinérgicos intencionais e a duração do efeito do medicamento.

Interações: é importante conhecê-las e tentar explicá-las através do mecanismo de ação dos medicamentos, e assim entender como se produzem e se manifestam. Avaliar se têm relevância clínica e se podem ser utilizadas de forma intencional como sinérgicas para a ação dos medicamentos .

Interferências analíticas : Determinarão a importância clínica de cada caso, indicando se um valor biológico será consequência do mecanismo de ação do medicamento, ou consequência do processo patológico, apresentando neste caso, possível correlação com a evolução da doença. Um caso típico é o da elevação das transaminases produzidas pelas estatinas. É lógico que um medicamento que atua sobre a síntese de colesterol a nível hepático, eleve o nível destas enzimas, o que nos indica que o fígado está funcionado. Uma discreta elevação das transaminases pode indicar que o medicamento está atuando, e junto ao valor do colesterol nos expressará sua efetividade e não um problema de segurança.

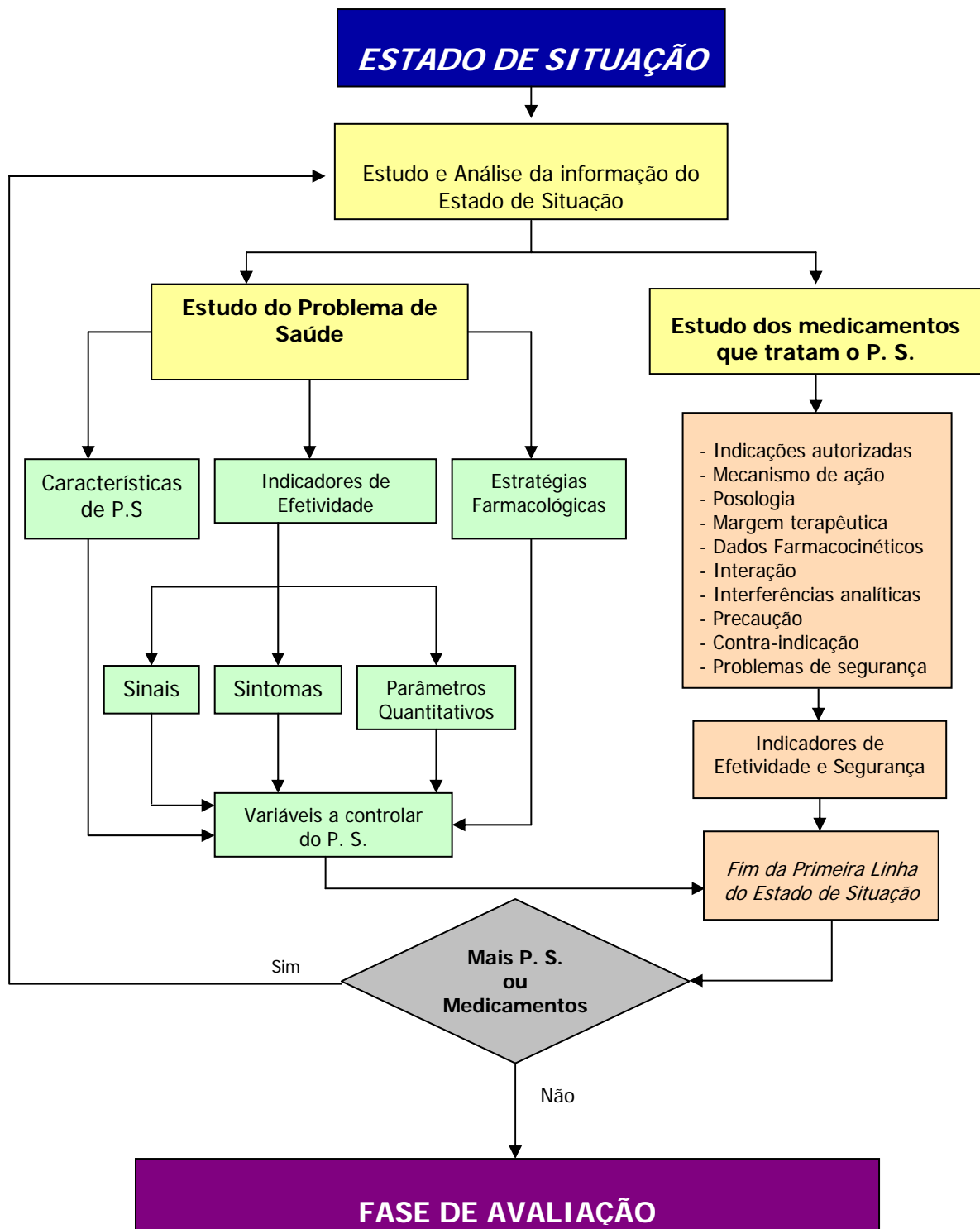
Contra-indicações: são situações pelas quais algum medicamento não deverá ser utilizado em determinado paciente. Devem ser entendidas no contexto do mecanismo de ação do medicamento ou de alguma situação de risco do paciente, que nos leva a pensar que o risco de utilização supera o benefício do mesmo. Em todo caso, estas devem ser diferenciadas dos efeitos secundários e de outros problemas de segurança.

Problemas de segurança: englobam todos os efeitos não desejados do medicamento. É importante discriminar se são consequência do mecanismo de ação ou, pelo contrário, se não guardam nenhuma correlação com este. Isso amplia as possibilidades de atuação sobre eles, permitindo também estabelecer relações entre problemas de saúde tratados com os medicamentos, e os que aparecem como consequência da utilização destes.

Com frequência, aparecem problemas de segurança que podem ser consequência de vários medicamentos utilizados pelo paciente. É interessante ter isso em conta pois, por mais lógico que possa ser a implicação de um medicamento no surgimento de um determinado efeito, nem sempre isso corresponderá à realidade e deve-se considerar todas as possibilidades.

Conhecer os problemas de saúde e os medicamentos em profundidade ajudará a esclarecer muitas dúvidas, porém nunca se poderá assegurar nada até que o PRM desapareça após uma Intervenção.

Fluxograma 4. DIAGRAMA DE FLUXO DA FASE DE ESTUDO



O **objetivo** desta fase é estabelecer as suspeitas de PRM que o paciente possa estar experimentando.

Nesta fase é conveniente levar em conta que:

- É primordial ter uma visão de conjunto, realizando uma sucinta revisão do Estado de Situação do paciente, para determinar o perfil do paciente e estabelecer prioridades em relação ao balanço efetividade-segurança. Isso quer dizer, ter a capacidade de eleger se uma dessas características prevalece sobre a outra, em um momento determinado. Isso é muito importante na hora de determinar um plano de atuação.
- É importante também anotar tudo que se suspeite que possa ter uma relação. Evidentemente, é mais que provável que não se esteja executando tudo que anotou ao mesmo tempo. Porém é aconselhável ter uma visão completa, para estabelecer a melhor seqüência de intervenções no plano de atuação.

Após ter uma visão de conjunto, começa-se a realizar em cada linha do estado de situação, que corresponde a uma estratégia farmacoterapêutica para um problema de saúde, as perguntas que determinam as três propriedades que a farmacoterapia deve apresentar: **necessidade**, **efetividade** e **segurança**⁹:

- *O paciente necessita do(s) medicamento(s)?*
- *Está ou não está, sendo efetivo(s)?*
- *E seguro?*

Em caso de estratégias terapêuticas, as perguntas sobre necessidade e efetividade, deverão ser respondidas conjuntamente. Não é aconselhável questionar as estratégias determinadas pelo médico, não se deve duvidar da necessidade de nenhum medicamento que esteja autorizado para tratar um determinado problema de saúde; e uma falta de efetividade não deverá ser interpretada como responsabilidade de um medicamento específico e sim como falha da estratégia terapêutica adotada.

Entretanto, para os problemas de segurança, que são intrínsecos de cada medicamento, a pergunta relacionada a esta propriedade, deverá ser feita a cada um dos medicamentos utilizados pelo paciente.

Para descrever as suspeitas de PRM que o paciente possa apresentar, se utiliza à classificação sobre Problemas Relacionados com os Medicamentos do Segundo Consenso de Granada² descrita anteriormente:

Para o(s) medicamento(s), de cada fila do Estado de Situação, deve-se realizar as seguintes perguntas:

5.1. O paciente necessita do(s) medicamento(s)?

Deve-se considerar como necessário todo tratamento que apresente uma prescrição consciente por parte de um médico, e que o paciente apresente um problema de saúde que a justifique. Em princípio, não se poderá apontar, um medicamento ou uma estratégia terapêutica, como não necessário(s). Apenas ao se verificar que um problema de saúde tratado com um determinado medicamento desapareceu após a intervenção, poderá se concluir que um medicamento prescrito por um médico não era necessário.

Se a resposta da questão acima é NÃO, se suspeitará de PRM 2, de um ou de cada um dos medicamentos da estratégia, pois não existe problema de saúde que justifique o uso. Neste caso, não será necessário continuar fazendo as outras perguntas sobre o referido medicamento. Não se pode avaliar a efetividade de um medicamento desnecessário, que por si só é inseguro para o paciente, pois, todo medicamento desnecessário é potencialmente inseguro.

Desta forma, os PRM 2 se originam como conseqüência de:

- Utilização de medicamentos sem a existência de um problema de saúde que o justifique, como o uso de analgésicos na ausência de dor.
- Automedicação com fármacos de prescrição, sem haver sido avaliado em consulta médica, como: tomar um hipnótico indicado por um familiar para poder induzir sono.
- Uso de medicamentos prescritos por um médico para um problema de saúde diagnosticado e que não são efetivos para tratar o referido problema, pois, sua origem é conseqüência, da insegurança de outro medicamento. Um exemplo seria a utilização de antitussígenos para acalmar a tosse originada por um tratamento anti-hipertensivo com inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA).

Não seriam considerados PRM 2 situações em que:

- A Intervenção do médico para simplificar uma estratégia de abordagem de um problema de saúde, como por exemplo, reduzir politerapias anti-hipertensivas ou analgésicas (casos freqüentes), pois em ambos os casos existiam um problema de saúde e uma estratégia consciente de tratamento farmacológico.

No entanto, também não seria um PRM 1 a situação contrária:

- A adição de um novo medicamento a uma terapia já instaurada, quando previamente já existia o problema de saúde e este estava sendo tratado.

5.2. O(s) medicamento(s) está(ão) sendo efetivo(s)?

Uma resposta negativa a esta segunda pergunta nos levaria a suspeitar de problemas de efetividade, tais como:

- Os não quantitativos, PRM 3, ou
- Os quantitativos, PRM 4, que se referem àqueles problemas de falta de efetividade que provavelmente sejam devido a um problema de quantidade de medicamento em algum momento da evolução do paciente, como dose baixa, interações com outros medicamentos, fenômenos de tolerância, etc.

Em princípio, diante de uma falta de informação adicional, se considera como inefetividade quantitativa quando os medicamentos possam ser utilizados em maior quantidade segundo a bibliografia. Porém nem sempre é assim, pois muito freqüentemente encontramos medicamentos aos quais, mesmo se aumentando a dose, o paciente não responderá. Por isso, é importante ter o máximo de dados possíveis de efetividade para melhor determinar se realmente é a quantidade ou a estratégia que está falhando.

5.3. O medicamento está sendo seguro?

Essa pergunta se realiza a cada medicamento da estratégia individualmente, pois, como foi dito anteriormente, essa característica de segurança é particular de cada medicamento.

Se a pergunta de segurança for respondida de modo negativo, teremos duas possibilidades:

- Problemas de segurança não quantitativos, **PRM5**, ou seja, o efeito indesejado não depende da **quantidade** do medicamento. Isto ocorre nos casos em que o problema não tem relação com o mecanismo de ação do medicamento ou naqueles em que o medicamento não chegou a ser efetivo e já está se apresentando inseguro, ou
- Problemas de segurança quantitativos, **PRM6**, se o efeito depende da quantidade de medicamento administrado, o paciente manifesta como se a dose tivesse ultrapassado sua dose máxima segura.

É importante discernir no paciente, se realmente o problema de segurança é quantitativo ou não, independentemente se a dose está dentro da margem habitual do medicamento.

No caso de medicamentos que são inefetivos e inseguros, ainda que a bibliografia estabeleça que a dose do medicamento possa ser aumentada, o problema de inefetividade nunca será quantitativo. Neste caso, apesar de não se ter passado da dose mínima efetiva, o medicamento já se apresenta inseguro, e um aumento de dose só agravaria o problema de segurança. Um medicamento que nunca tenha sido efetivo em um paciente e que já se manifesta inseguro, não será o mais adequado a ser utilizado pelo paciente.

5.4. E existe algum problema de saúde que não está sendo tratado?

Uma vez analisados cada um os medicamentos que o paciente utiliza, a última pergunta será :

Ainda existe algum problema de saúde que não está sendo tratado?, isso nos levaria a suspeitar de **PRM 1**.

Os PRM 1 passam a ter mais relevância que no princípio, na medida em que se realizam as primeiras intervenções. Isto é o que acontece com certos problemas de saúde, que a princípio podem ser interpretados como relacionados com o uso de algum medicamento e, após as intervenções, passam a ser vistos como problemas de saúde não tratados, quando não se consegue o objetivo. Isso não deve ser entendido como uma falha do farmacêutico que realiza a Intervenção, mas sim, como um passo necessário para confirmar a resolução de um problema.

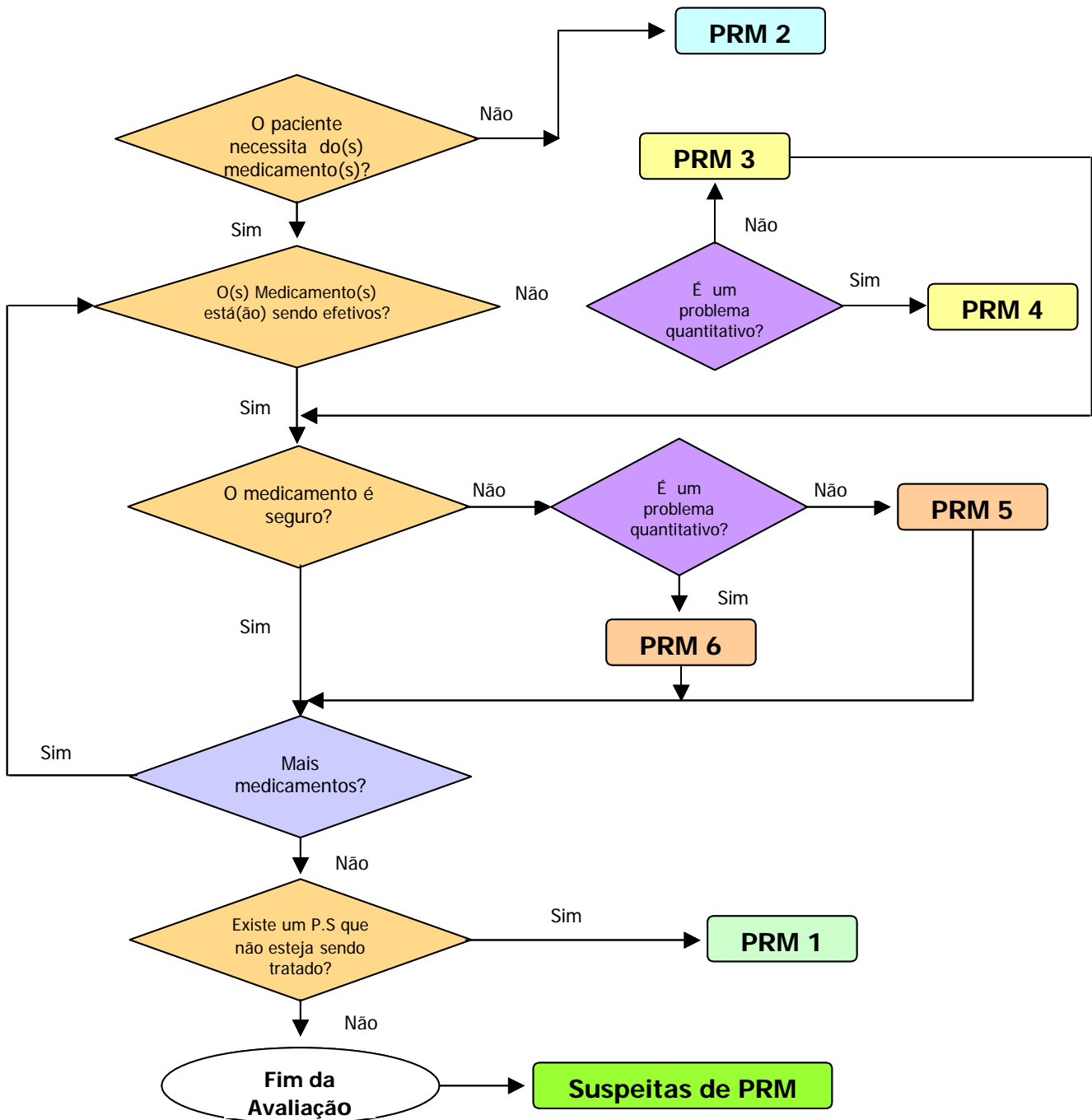
Isto é similar ao *primum non nocere* dos médicos, primeiro causar o menor dano possível. Isso quer dizer, para abordar um problema de saúde como tal, primeiro é necessário descartar que este seja originado pelo uso de outro medicamento. Uma vez descartada essa possibilidade, o problema passará a ser visto de uma maneira mais clara.

O final desta fase é a elaboração de uma lista de suspeitas de PRM, isto é, de problemas de saúde a melhorar, devido a distintas formas de uso de diversos medicamentos.

Freqüentemente nesta lista um mesmo PRM pode ser devido a vários medicamentos, ou ao contrário. Isso obrigaria o farmacêutico a estabelecer uma seqüência de probabilidades, baseada em sua experiência e formação clínica.

Nesta fase existe algo especial para se levar em conta, nunca os PRM se classificarão pela estratégia resultante, pela solução proposta, e sim, pelo efeito sobre a saúde do paciente que apresenta falha da farmacoterapia.

Fluxograma 5. DIAGRAMA DE FLUXO DA FASE DE AVALIAÇÃO



6 - FASE DE INTERVENÇÃO

O **objetivo** desta fase é elaborar um Plano de atuação previamente estabelecido com o paciente e executar as intervenções necessárias para resolver os PRM que o paciente possa estar apresentando.

Na hora de iniciar o processo de Intervenção é muito importante considerar:

- Quais são os problemas de saúde que mais preocupam ao paciente e quais são as prioridades possíveis, visualizadas pelo profissional de saúde .

É necessário estabelecer um objetivo comum entre as preocupações do paciente (caráter subjetivo) e as do farmacêutico (visão mais objetiva).

- Deve-se tentar resolver primeiro aqueles problemas que mais preocupam ao paciente.

Deve-se “negociar” com o paciente o caminho mais adequado e oferecer a estratégia mais lógica, quando as prioridades estabelecidas em princípio parecerem contraditórias. Por isso, é essencial explicar ao paciente as possíveis diferenças encontradas, expondo sinceramente a opinião profissional e mostrando uma estratégia coerente para a resolução dos PRM. Chegando dessa forma, a acordos lógicos sobre a direção a seguir.

Deve-se levar em conta diversos aspectos na hora da intervenção, pois dependendo das circunstâncias particulares, umas terão mais importância em uns momentos, que outras. Todas estas opções abaixo poderão ser válidas ou não, dependendo do momento. Portanto, escolher uma delas dependerá da situação atual:

- Casos em que prevalece a efetividade sobre a segurança.
- Casos em que prevalece a segurança frente à efetividade.
- Efetividade em longo prazo.
- Segurança em longo prazo.
- Começar pelo mais fácil para ganhar confiança.
- Começar pelo mais rápido e ganhar tempo.
- Descartar circunstâncias graves, pouco prováveis.
- Tentar soluções fáceis, pouco arriscadas.
- Estratégias conservadoras assegurando o terreno conquistado.
- Estratégias arriscadas devido ao caráter de urgência.
- Começar por aquelas que não necessitam participação do médico.
- Começar pelo encaminhamento a um especialista.

Em todo caso, não deverá ser prioridade acertar na primeira proposta estabelecida para solucionar o problema. Às vezes é melhor ir pouco a pouco, descartando primeiro as situações de maior gravidade. Por isso, o caminho a percorrer deve ser sempre pactuado, conhecido e assumido pelo paciente, que entenderá as etapas do processo para resolver os problemas. A comunicação é a chave nesta fase de Intervenção e cada um dos implicados deverá entender perfeitamente o objetivo da



mesma em cada etapa. Neste momento, pode-se começar a preencher o formulário de Intervenção (**anexo III**).

A Intervenção pode ser de duas formas:

1. **Farmacêutico- paciente:** quando se apresenta um PRM devido a causas derivadas da própria iniciativa do paciente quanto à forma de utilizar (o)s medicamento(s).
2. **Farmacêutico- paciente- médico:** quando a estratégia estabelecida pelo médico não consegue os efeitos esperados ou quando o paciente apresenta um problema de saúde que necessita de diagnóstico.

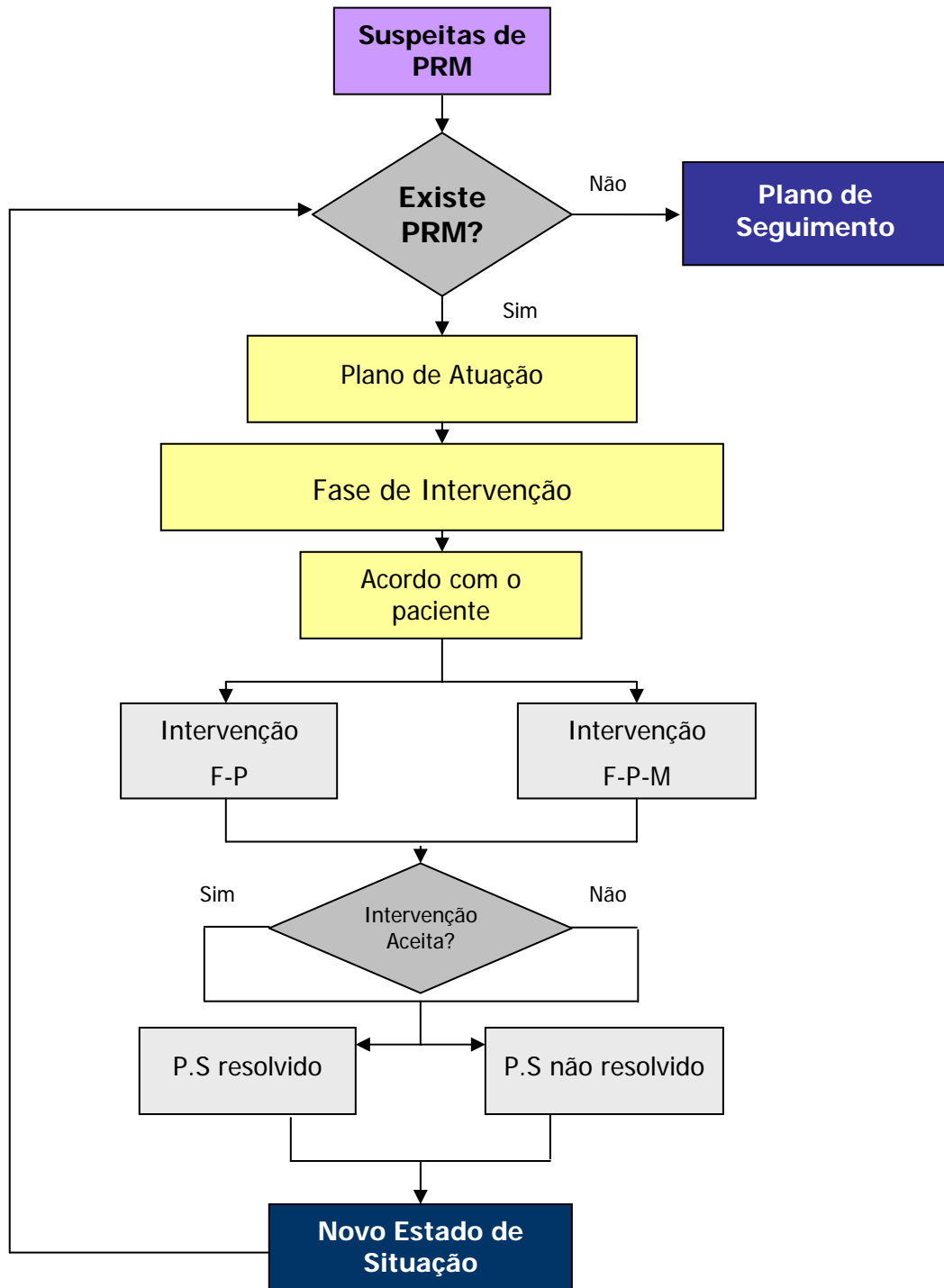
A Intervenção farmacêutico-paciente acontecerá de forma verbal ou escrita, de acordo com a percepção do farmacêutico, buscando o maior êxito possível do tratamento.

A Intervenção farmacêutico-paciente-médico, porém, se realizará por meio de um informe escrito¹⁰, que deverá abordar os seguintes aspectos:

- a) **Apresentação do paciente:** dados do paciente, tanto em relação aos problemas de saúde quanto ao tratamento farmacológico.
- b) **Motivo de encaminhamento:** causa pela qual se encaminha o paciente ao médico, onde se apresenta dados quantitativos disponíveis dos problemas de saúde, sinais ou sintomas apresentados pelo paciente (é importante não utilizar palavras que possam sugerir que o farmacêutico esteja fazendo diagnóstico ou avaliação prognóstica de algum problema de saúde).
- c) **Avaliação do farmacêutico:** após estudar os medicamento(s), estabelecer uma possível correlação entre este(s) e o problema de saúde.
- d) **Despedida:** outorgar autoridade ao médico quanto à avaliação risco-benefício da Intervenção e oferecendo colaboração para o êxito da mesma.

Uma vez estabelecida a Intervenção, será elaborado um informe e este será explicado e entregue ao paciente, com uma cópia para ele e outra para seu médico. Este deverá ser entregue ao médico pelo paciente na próxima consulta.

Fluxograma 6. **DIAGRAMA DE FLUXO DA FASE DE INTERVENÇÃO**



7 - RESULTADO DAS INTERVENÇÕES

O **objetivo** desta fase é determinar que resultado se obteve com a intervenção farmacêutica para resolução do problema de saúde estabelecido. Não se pode afirmar que existe um PRM até que o resultado da intervenção tenha sido o desaparecimento ou controle do problema de saúde.

O resultado da intervenção dará lugar a um novo Estado de Situação do paciente.

Os resultados das intervenções poderão ser :

- Intervenção aceita, problema de saúde resolvido.
- Intervenção aceita, problema de saúde não resolvido.
- Intervenção não aceita, problema de saúde resolvido.
- Intervenção não aceita, problema de saúde não resolvido.

Considera-se intervenção aceita quando o paciente ou o médico aceita a sugestão do farmacêutico, modificando o uso do(s) medicamento(s) para tratar o problema de saúde.

O problema de saúde será considerado como resolvido, quando desaparece o motivo que gerou a intervenção do farmacêutico.

Depois de obtido o resultado da intervenção, se termina de completar o formulário de intervenção (**anexo III**). Este, então, poderá ser enviado ao Programa Dáder pelo endereço eletrônico: pdader@ugr.es.

8 – NOVO ESTADO DE SITUAÇÃO

O **objetivo** desta fase é registrar as mudanças ocorridas nos problemas de saúde e no tratamento farmacológico, após a intervenção.

Para esta fase é importante considerar o seguinte:

- No caso do médico continuar seguindo as mesmas estratégias e não houver nenhuma mudança aparente no Estado de Situação, deve-se continuar acompanhando o tratamento para verificar se existe a necessidade de uma nova intervenção.
- Se houver alguma modificação, se iniciará uma nova fase de estudo, na qual se levarão em conta novos aspectos surgidos. Portanto, deve-se revisar o estudo dos medicamentos anteriormente prescritos, estudar os novos e continuar a aprofundar o estudo dos problemas de saúde segundo as novas circunstâncias.

9 – VISITAS SUCESSIVAS

Os **objetivos** desta fase são:

- Continuar resolvendo os PRM pendentes segundo o plano de atuação pactuado previamente.
- Estabelecer um plano de seguimento para prevenir o aparecimento de novos PRM.
- Obter mais informação, para documentar os novos estados de Situação e melhorar a fase de estudo.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Grupo de Consenso. Documento de Consenso en Atención Farmacéutica. Madrid: MSC; 2001.
- ² Panel de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharmaceutica* 2002; 43(3-4):175-184.
- ³ Fernández-Llimós F, Faus MJ, Caelles N, Espejo J, Gastelurrutia MA, Ibáñez J, Machuca M, Tuneu L. Seguimiento Farmacoterapéutico y dispensación activa: diferencias y similitudes. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 179-185.
- ⁴ Espejo J, Fernández Llimós F, Machuca M, Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos: definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la WONCA. *Pharm Care Esp* 2002;4(2):122-127.
- ⁵ WONCA Classification Committee. An international glossary for general/family practice. *Fam Pract* 1995; 12(3): 341-369.
- ⁶ Caelles N, Ibáñez J, Machuca M, Martínez- Romero F, Faus MJ. Entrevista farmacéutico- paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp* 2002;4(1):55-59.
- ⁷ 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): 60-63.
- ⁸ Cipolle RJ. Drugs don't have doses.....People have doses. *Drug Intell Clin Pharm* 1986;20:881-882.
- ⁹ Fernández Llimós F, Martínez- Romero F, Faus MJ. Problemas relacionados con la medicación. Concepto y sistemática de clasificación. *Pharm Care Esp* 1999;1(4):279-288.
- ¹⁰ 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.

Anexo 1

HISTÓRIA FARMACOTERAPÊUTICA

PACIENTE n^o: / /

NOME:

DATA:



PRIMERA VISITA

PACIENTE nº:

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

PROBLEMAS / PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE

Controlado Início

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

SACOLA COM MEDICAMENTOS

Nome 1:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10.algo estranho?	

Nome 2:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 4:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 5:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 6:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 7:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 8:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 9:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 10:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	

Nome 11:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 12:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	
Nome 13:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza? 2. quem prescreveu? 3. para quê? 4. está melhor? 5. desde quando?	6. quanto usa? 7. como usa? 8. até quando? 9. dificuldade? 10.algo estranho?	

M= Muito bom R = Regular P = Pouco

Medicamentos usados anteriormente

Nome 1:	
1. Utiliza? 3. para quê?	4.Está melhor? 10. algo estranho?

Nome 2:	
1. Utiliza? 3. para quê?	4.Está melhor? 10. algo estranho?

Nome 3:	
1. Utiliza? 3. para quê?	4.Está melhor? 10. algo estranho?

Nome 4:	
1. Utiliza? 3. para quê?	4.Está melhor? 10. algo estranho?

Nome 5:	
1. Utiliza? 3. para quê?	4.Está melhor? 10. algo estranho?

REVISÃO

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

OUTROS DADOS DO PACIENTE

- Telefone: _____
- Endereço: _____
- Profissão: _____ - Data de nascimento: _____
- Médico principal: _____
- Médicos especialistas: _____
- Cuidador: _____

MINUTOS: _____

Assinatura do Farmacêutico: _____

Anexo 2
ESTADO DE SITUAÇÃO

PACIENTE:	DATA:
------------------	--------------

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

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

<u>OBSERVAÇÕES:</u>	DATA	PARÂMETROS

Anexo 3

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

PACIENTE nº: / / Data de Início:

Tipo de PRM: 1 2 3 4 5 6

PRM:

Risco de PRM:

Medicamento(s):

Problema de Saúde:

DESCRIÇÃO DO PRM (Começar a frase com Necessidade - ou não -, Inefetividade o Insegurança).

CAUSA:

- 1. Interação
- 2. Não adesão
- 3. Duplicidade
- 4. Nenhuma das anteriores

Descrever

O QUE SE PRETENDE FAZER PARA RESOLVER O PRM:

VIA DE COMUNICAÇÃO:

- 1. Verbal farmacêutico – paciente
- 2. Escrita farmacêutico – paciente
- 3. Verbal farmacêutico – paciente – médico
- 4. Escrita farmacêutico – paciente – médico

RESULTADO:

	<i>P. Saúde Resolvido</i>	<i>P. Saúde não Resolvido</i>
<i>Intervenção Aceita</i>		
<i>Intervención Não aceita</i>		

O QUE OCORREU?

Nº MEDICAMENTOS QUE ESTAVA UTILIZANDO (na data da intervenção):

Nº VISITAS ANTERIORES A RESOLUÇÃO: _____

Data final da Intervenção: _____

