



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**CUIDADOS FARMACÊUTICOS NO DOENTE CRÓNICO  
COMPLEXO**

**Trabalho submetido por  
Andreia Filipa dos Ramos Rodrigues  
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas**

**Trabalho orientado por  
Dr<sup>a</sup> Nadine Ribeiro**

**Novembro de 2015**



## **Agradecimentos**

Acima de tudo, quero agradecer á minha mãe Lucinda, ao meu pai Carlos e á minha avó Domicilia, por estarem presentes em todas as ocasiões do meu percurso, nos piores e melhores momentos. Para mim, são o maior exemplo de força, dedicação e integridade, que me ajudaram a crescer e a construir a pessoa que sou hoje. Tudo o que sou, devo a vocês, e á vossa capacidade de sempre fazer o possível e impossível, para que nada me faltasse na vida.

Agradeço a todos os Professores que durante estes cinco anos, contribuíram para a minha formação académica, pessoal e científica, com um especial agradecimento à Dr<sup>a</sup> Nadine Ribeiro pelo tempo dispensado na orientação desta tese, e por inspirar qualquer farmacêutico na sua carreira profissional, ao progredir e a ir cada vez mais longe.

Agradeço também ao João que é uma pessoa muito especial para mim, porque esteve sempre presente e acompanhou-me nas derrotas e vitórias. Obrigada por nunca me deixares desanimar e por acreditares em mim, tens um valor enorme!

Agradeço também ao meu grupo de amigos que durante estes anos foi incansável, em tudo o que fez por mim, e que considero meus irmãos. Obrigada, Inês, Cláudia, Daniela, Luna, Filipe, Rúben, Dj, Gus, Luís, entre outros que não menciono o nome mas que sabem que estão no meu coração.

Quero agradecer às minhas colegas de turma Ana, Catarina, Marta, Margarida e Leonor. Obrigada por todas as risadas, maratonas de estudo e momentos de diversão, com certeza que ficámos amigas para a vida e ainda vamos ter muitas mais histórias para contar!

Agradeço também a toda a equipa da Farmácia Andrade, Ana F., Ana P., Inês, D.Leonor, Francisca, D.Emília e Sara. Obrigada por tudo o que me ensinaram a nível pessoal e profissional, foi convosco que aprendi o que é o verdadeiro espírito de equipa e de união. A forma carinhosa como tratam todos os utentes ensinou-se a postura profissional que quero tomar na minha carreira. Foi uma honra ter sido vossa estagiária e ainda mais, vossa amiga!

**Muito obrigada a todos!**



## Resumo

As doenças crônicas são consideradas atualmente, e em particular na Europa, como responsáveis por grande parte da morbidade e mortalidade da população. Esta situação, apresenta cada vez mais uma tendência crescente, resultando no aparecimento de doentes crônicos complexos (DCC), em que as suas morbilidades originam episódios frequentes de internamento por descompensação ou exacerbação da doença. A problemática das doenças crônicas é um fenómeno complexo e que não se explica através de um único fator, mas através da associação de vários problemas, dos quais se destacam a gestão inadequada da doença, regime terapêutico não otimizado e falta de adesão por parte do doente. Devido a estas características o DCC está frequentemente sujeito a PRM e RNM que comprometem a efetividade e segurança da sua terapêutica, comprometendo o atingimento dos objetivos terapêuticos propostos. Como consequência, o DCC apresenta uma qualidade de vida diminuída e uma desmotivação para a adesão à terapêutica, farmacológica e não farmacológica, sendo incapaz de gerir a sua doença e a sua terapêutica farmacológica sem o auxílio de terceiros. A prestação de cuidados farmacêuticos tornou-se imprescindível nestes doentes, tendo o farmacêutico um papel ativo na gestão terapêutica do DCC abarcando, igualmente, a questões da gestão da doença, de modo a prevenir, identificar e corrigir potenciais e reais problemas relacionados com o doente, medicação ou ambiente envolvente.

**Palavras-chave:** Doente Crónico Complexo, Cuidados Farmacêuticos, Gestão da Doença, Adesão Terapêutica



## **Abstract**

Chronic diseases are currently considered, particularly in Europe, as responsible for much of the morbidity and mortality of the population. This situation presents an increasingly growing tendency, resulting in the appearance of complex chronic patients (DCC), in which their morbid conditions give, rise to frequent episodes of hospitalization for decompensation or exacerbation of the disease. The problem of chronic diseases is a complex phenomenon which can not be explained by a single factor, but by associating a number of problems, among which are inadequate management of the disease, not optimized regimen and lack of adherence by the patient . Because of these characteristics the DCC is often subject to PRM and MRI that compromise the effectiveness and safety of their therapy, jeopardizing the achievement of the proposed therapeutic goals. As a result, the DCC has a diminished quality of life and motivation for compliance, pharmacological and non-pharmacological, being unable to manage their disease and their drug therapy without external assistance. The provision of pharmaceutical care has become essential in these patients, and the pharmacist an active role in the therapeutic management of covering DCC also the issues of management of the disease in order to prevent, identify and correct potential and real problems related to the patient , medication or surrounding environment.

**Keywords:** Complex Chronic Disease, Pharmaceutical Care, Disease Management, Therapy Adherence



## Índice

|   |    |
|---|----|
| Agradecimentos.....   | 3  |
| Resumo .....  | 5  |
| Abstract.....   | 7  |
| Índice .....  | 9  |
| Índice de Tabelas .....   | 11 |
| Índice de Figuras .....   | 13 |
| Lista de Abreviaturas.....  | 15 |
| 1. Introdução.....  | 17 |
| 2. Cuidados Farmacêuticos .....   | 21 |
| 2.1. Evolução do Conceito de Cuidados Farmacêuticos.....                                      | 22 |
| 2.1.1. Hepler e Strand.....   | 22 |
| 2.1.2. Organização Mundial de Saúde.....  | 23 |
| 2.2. Problemas Relacionados com Medicamentos.....   | 24 |
| 2.3. Metodologias para a realização de Cuidados Farmacêuticos .....                           | 31 |
| 2.3.1. Modelo Clínico.....  | 31 |
| 2.3.2. Pharmacist Workup of Drug Therapy/ Modelo Minnesota.....                               | 33 |
| 2.3.3. Método de Dáder.....   | 34 |
| 2.3.4. Medication Therapy Management .....  | 37 |
| 2.3.5. Medication Review .....  | 38 |
| 2.3.6. Método de Registo de Dados .....   | 39 |
| 3. Barreiras á Implementação de Cuidados Farmacêuticos no Doente Crónico Complexo .....       | 43 |
| 4. Gestão da Doença Crónica Complexa .....  | 47 |
| 4.1. Modelo da Pirâmide de Risco .....  | 48 |
| 4.2. Modelo de Cuidados na Doença Crónica (CCM).....  | 50 |
| 4.3. Modelo da Determinação Social da Saúde .....   | 52 |
| 5. Estratégias de Cuidados Farmacêuticos para Doentes Crónicos.....                           | 57 |
| 6. Cuidados Farmacêuticos nas Principais Doenças Crónicas e Fatores de Risco em Portugal..... | 65 |
| 6.1. Programas da Direção Geral de Saúde no âmbito da doença crónica.....                     | 65 |
| 6.2. Diabetes Mellitus .....  | 66 |
| 6.3. VIH/SIDA .....   | 69 |
| 6.4. Tabagismo.....   | 71 |
| 6.5. Obesidade.....   | 73 |
| 6.6. Saúde Mental .....   | 74 |
| 6.7. Doenças Oncológicas.....   | 76 |
| 6.8. Doenças Respiratórias.....   | 77 |
| 6.9. Doenças Cérebro – Cardiovasculares .....   | 79 |
| 6.10. Idosos .....  | 80 |
| 7. Protocolo de Cuidados Farmacêuticos no Doente Crónico Complexo .....                       | 83 |

|                      |    |
|----------------------|----|
| 8. Conclusão .....   | 87 |
| 9. Bibliografia..... | 89 |
| 10. Anexos           |    |

## Índice de Tabelas

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 Classificação de PRM segundo o I Consenso de Granada (1999) Fonte: (Santos et al., 2004).....  | 25 |
| Tabela 2 Classificação de PRM segundo o II Consenso de Granada (2002) Fonte: (Santos et al., 2004).....   | 26 |
| Tabela 3 Lista de PRM segundo o III Consenso de Granada (2007) Fonte: (Granada, 2007).....  | 28 |
| Tabela 4 Classificação de Resultados Negativos de Medicação segundo o III Consenso de Granada (2007) Fonte: (Granada, 2007) .....                                   | 28 |
| Tabela 5 Classificação de PRM segundo a PCNE Fonte: (Ruths, Viktil, & Blix, 2007) .....   | 30 |
| Tabela 7- Exemplos de Estratégias de Cuidados Farmacêuticos por ano a autor, referentes a Diabetes. Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (2008). .....                   | 69 |
| Tabela 8- Exemplos de Estratégias de Cuidados Farmacêuticos por ano a autor, referentes a VIH/SIDA Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (2008).....                      | 70 |
| Tabela 9- Exemplos de Estratégias de Cuidados Farmacêuticos por ano a autor, referentes ao tabagismo Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (2008). .....                  | 72 |
| Tabela 10- Exemplos de Estratégias de Cuidados Farmacêuticos por ano a autor, referentes a saúde mental Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (2008). .....               | 76 |
| Tabela 11- Exemplos de Estratégias de Cuidados Farmacêuticos por ano a autor, referentes a doenças cérebro vasculares Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (2008). ..... | 80 |
| Tabela 12- Exemplos de Estratégias de Cuidados Farmacêuticos por ano a autor, referentes a doentes idosos Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (2008). .....             | 81 |



## **Índice de Figuras**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 Esquema Resumo da Intervenção do Farmacêutico nos PRM. Fonte: (Hernández et al., 2009) ..... | 30 |
| Figura 2 Representação Esquemática do Método de Dáder. Fonte: (Machuca et al., 2004).....             | 37 |
| Figura 3- Registo SOAP Fonte: ANF online, através do Programa Sifarma .....                           | 42 |
| Figura 4- Modelo da Pirâmide de Risco Fonte: (Vilaça, 2012).....                                      | 48 |
| Figura 5- Modelo de Cuidados na Doença Crónica Fonte: (Vilaça, 2012).....                             | 52 |
| Figura 6- Modelo de Determinação Social da Saúde Fonte: (Vilaça, 2012).....                           | 53 |
| Figura 7- Modelo de Atenção às Condições Crónicas Fonte: (Vilaça, 2012).....                          | 54 |
| Figura 8- Esquema resumo do Protocolo de Cuidados Farmacêuticos no Doente Crónico Complexo .....      | 86 |



## **Lista de Abreviaturas**

ANF- Associação Nacional de Farmácias

ASHP – American Society of Health Care System Pharmacists

CCM – Modelo de Cuidados na Doença Crónica

DCC – Doente Crónico Complexo

DGS – Direção Geral de Saúde

MACC – Modelo de Atenção às Condições Crónicas

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCNE – Pharmaceutical Care Network Europe

PRM – Problemas Relacionados com Medicamentos

RNM – Resultados Negativos Associados à Medicação



## 1. Introdução

Segundo a OMS, doenças crónicas são “doenças de duração prolongada e transmissão lenta”, e define quadros crónicos como “problemas de saúde que exigem tratamento contínuo ao longo de um período de anos ou décadas”. (OMS, 2002) O termo quadros crónicos é muitas vezes usado como um termo abrangente que inclui uma variedade de doenças, pela sua definição ampla, que englobam as doenças não transmissíveis ou não comunicáveis como a diabetes e asma, doenças transmissíveis ou comunicáveis como a SIDA, perturbações mentais a longo prazo como a esquizofrenia e depressão e incapacidades físicas e estruturais continuadas como a cegueira e doenças de origem genética. Um dos maiores desafios do século XXI, tanto em Portugal como no mundo, tem sido o crescimento da incidência de doenças crónicas. (Gregório, Cavaco, & Lapão, 2014) O aumento das doenças crónicas em todo o mundo deve-se a vários fatores que estão relacionados com mudanças a nível global e na sociedade, incluindo a urbanização e globalização económica, medidas políticas, sociais e, principalmente, o envelhecimento da população. Um dos fatores mais importantes tem sido o aumento da prevalência dos fatores de risco modificáveis como o tabagismo, má alimentação, sedentarismo, utilização abusiva de álcool e drogas, práticas sexuais não seguras e stress. A exposição prolongada a estes fatores dá origem a doenças crónicas comportamentais nas quais se incluem a hipertensão arterial, aumento da glicémia e colesterol, que levam à obesidade, doenças cardiovasculares, cancro, doença respiratória crónica e diabetes.(OMS, 2002)

No entanto, os avanços na saúde com vista a minorar a exposição a fatores de risco e as suas consequências, têm permitido aumentar a taxa de sobrevivência dos indivíduos às doenças, mas não resolvem as suas condições clínicas, originando um número crescente de pessoas com condições crónicas. Simultaneamente, a proporção do número de idosos comparativamente aos jovens tem tendência a aumentar, devido a alterações na estrutura etária da população. (Mathers & Loncar, 2005) Na Europa a população de idosos, ou seja de pessoas com 65 anos ou mais, era de 15% em 2000 e estima-se que atinja uma percentagem de 23,5% em 2030. (Kinsella & Phillips, 2005). Paralelamente, populações também desenvolveram um maior acesso aos serviços de saúde, o que lhes permite um tratamento exaustivo das patologias que apresentam, originando combinações de medicação mais ou menos complexas, com consequente iatrogenia.

Mas a terapia medicamentosa por si só não resolve as doenças crónicas, que continuam a causar originar episódios de incapacidade e diminuição de produtividade. Assim, as doenças crónicas implicam mudanças não no próprio doente, como nos seus cuidadores, sistema de saúde e sociedade, devido aos custos diretos e indiretos que originam e por requerem níveis de cuidados permanentes. (Pereira & Freitas, 2008) As doenças crónicas têm-se tornado casa vez mais vastas, abrangendo a todos os níveis etários e por isso, mais difíceis de gerir. (Aquino, 2008) Um dos grandes problemas das doenças crónicas, é que quando existe mais do que uma morbilidade, ou várias complicações da mesma, e é necessária medicação, o risco de interações medicamentosas aumenta, em consequência da polimedicação. Por outro lado, a complexidade de medicação também leva a que o doente tenha uma tendência maior a não aderir á terapêutica, e portanto, a não realizar um tratamento efectivo. (Nolte & McKee, 2008) Estes factores representam um enorme problema para o doente crónico que tem de gerir a sua doença ou doenças, trabalho e saúde, principalmente enquadrado na categoria de Doente Crónico Complexo. Doentes Crónicos Complexos (DCC) são aqueles cuja condição envolve uma ou múltiplas doenças, que requerem a atenção de vários profissionais de saúde, bem como o uso de cuidados continuados que diferem dos cuidados para doentes crónicos com condições simples. (Sevick et al., 2007) Estes doentes representam situações de necessidade, incapacidade e limitações funcionais únicas, que requerem uma gestão da doença muito cuidada, e para as quais os sistemas de saúde não estão adequadamente preparados, visto que a maioria dos planos de saúde se foca apenas na resolução de uma doença crónica ou na exacerbação pontual que dela resulta, não integrando esse tratamento no cuidado global do doente. No esforço que urge desenvolver para a correta adaptação dos sistemas de saúde aos DCC é necessário que também o farmacêutico assuma e exerça o seu papel na gestão farmacoterapêutica do doente implementando estratégias centradas na filosofia dos cuidados farmacêuticos, para um melhor seguimento e acompanhamento destes doentes, contribuindo para o aumento da sua qualidade de vida. (Marlowe, Maeyer, & Greer, 2009)

Ao longo do tempo, a profissão farmacêutica tem vindo a demonstrar um crescimento e desenvolvimento significativo por todo o mundo. A evolução dos modelos da prática farmacêutica, estão diretamente relacionados com uma estruturação e alteração significativa nos cuidados de saúde, marcada por um avanço na ciência, bem como pela melhoria das condições de vida da população em vários países onde se inclui Portugal (e restante na Europa). Durante o século XX, a evolução da profissão farmacêutica

passou por três fases, sendo a primeira a fase tradicional de exercício, centrada na manipulação de medicamentos, a segunda, uma fase de transição, onde a distribuição teve um papel dominante e a terceira fase que correspondeu ao desenvolvimento da atenção ao utente. (Reis, 2003) A terceira fase inicia-se nos Estados Unidos na década de 1960, em que havia uma grande insatisfação pela forma como a ação do farmacêutico passou a ser vista, decorrente da industrialização dos medicamentos. (Menezes, 2000) Essa insatisfação deu origem a um movimento que questionou a formação e ações dos farmacêuticos de modo a corrigir os problemas e criar mecanismos que integrassem novamente o farmacêutico no cuidado ao utente – surge a Farmácia Clínica. Define-se então Farmácia Clínica como “ciência da saúde, cuja responsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionadas com o cuidados dos doentes, que o uso de medicamentos seja seguro e apropriado e que necessita de uma educação especializada e/ou um tratamento estruturado” (King, 1993) O papel do farmacêutico, teve uma evolução que passou da produção e dispensa de medicamentos manipulados, para a dispensa de produtos e medicamentos industrializados até à atual fase, que está a avançar a diferentes velocidades nos diferentes países, da dispensa de medicamentos industriais para a prestação de cuidados de saúde centrados no utente. Ou seja, se tradicionalmente o farmacêutico era responsável por assegurar que o utente recebia o medicamento correto e prescrito pelo médico, atualmente vigora um novo paradigma em que o farmacêutico é responsável por assegurar que o utente faz um uso responsável do medicamento, com vista a alcançar os resultados esperados. (Droege, 2003) Não só em Portugal como no mundo, ocorreu uma mudança de mentalidade em relação ao modo de como os cuidados de saúde devem ser prestados, o que levou ao conceito de Cuidados Farmacêuticos. Desde os anos 80 que houve uma grande evolução na prestação de serviços mas em Portugal, embora a Farmácia Clínica já estivesse implementada na Farmácia Hospitalar, a evolução dos Cuidados Farmacêuticos só chegam em 1995 com a colaboração de Ordem dos Farmacêuticos (OF) e da Associação Nacional de Farmácias (ANF), que implementam de um protocolo de Boas Práticas Farmacêuticas, elaborado pelo Grupo Farmacêutico da União Europeia. A implementação de Boas Práticas Farmacêuticas tem como objetivo aumentar a qualidade dos serviços prestados à população. Nesta altura a ANF criou um Departamento de Cuidados Farmacêuticos que com o avançar do tempo implementou vários programas nesta área. (Nunes, 1998) Mas, apesar dos benefícios introduzidos pela evolução científica, também se verificou um aumento dos internamentos

hospitalares provocados por iatrogenia a medicamentos, demonstrando-se a morbilidade associada ao seu uso irracional. Portanto, os Cuidados farmacêuticos surgiram como proposta de uma prática farmacêutica que solucione ou melhore estes problemas e que promova uma melhor qualidade de vida ao utente. (Manasse & Speedie, 2007) Mas para que o tratamento seja feito de modo apropriado, é necessário assegurar um uso racional do medicamento, já proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1985. (Aquino, 2008) Deste modo, para que a prática seja racional é necessário que após se estabelecer a necessidade do uso do medicamento, este seja prescrito, de acordo com a situação clínica do doente, com segurança e eficácia. Para tal é necessário que o medicamento seja adequado no que diz respeito à sua forma farmacêutica, dose e duração do tratamento, bem como ser facilmente acessível, de preço comportável e que se insira nos critérios de qualidade exigidos. (Nairobi, 1985) De acordo com esta perspetiva, o uso correto dos fármacos, principalmente para o Doente Crónico pode reduzir a mortalidade e morbilidade associada ao mau uso de fármacos e aos problemas relacionados com medicamentos, ajudando a diminuir o impacto da sua situação e permitindo uma melhor monitorização da terapêutica por forma a alcançar os efeitos clínicos desejados, com diminuição dos efeitos adversos. (Manasse & Speedie, 2007) O farmacêutico tem assim um papel fulcral ao disponibilizar os seus conhecimentos científicos sobre o medicamento, incentivando o uso racional de fármacos através do aconselhamento farmacoterapêutico quer ao utente, quer ao prescriptor. (Chisholm-Burns & Spivey, 2008) Reforçando este papel, temos a sua posição privilegiada dentro do sistema de saúde, de grande acessibilidade à população.

Este trabalho pretende explicitar a fragilidade associada ao doente crónico complexo e o contributo que o farmacêutico pode dar nos vários níveis assistenciais através do conhecimento e metodologias de trabalho que detém para o fazer em prole do DCC. Por fim, procurará fazer-se uma sugestão de Protocolo/Guia de atuação do farmacêutico, perante as doenças crónicas complexas, que seja aplicável á realidade portuguesa

## **2. Cuidados Farmacêuticos**

O conceito de Cuidados Farmacêuticos é habitualmente utilizado em cuidados de saúde, como referência a uma atividade assistencial ao utente, mas após o seu surgimento, teve várias interpretações, contextualizações e traduções que por muitas vezes não exprimiam o verdadeiro significado de Cuidados Farmacêuticos. (Allemann et al., 2014) Por isso, ao longo dos anos, diversos autores sentiram necessidade de reformular este conceito, para que fosse realmente entendido e de modo a criar estratégias para a sua melhor aplicação. A primeira definição de Cuidados Farmacêuticos foi publicado por Mikael em 1975, só recebendo essa terminologia no final da década de 1980. Este autor e colaboradores, deslocaram a atenção do farmacêutico do medicamento para o utente, afirmando que um farmacêutico deveria prestar a “a atenção que um dado doente requer e recebe, garantindo o uso seguro e racional dos medicamentos”. (Abramowitz, 2009) Posteriormente em 1980, a definição foi alargada e ajustada por Brodie, Parish e Poston, definindo-se como “Cuidados Farmacêuticos são as necessidades farmacoterapêuticas do indivíduo e o fornecimento, não apenas dos medicamentos necessários, mas também dos serviços que garantam uma terapia segura e efetiva, incluindo mecanismos que facilitem a continuidade da assistência”. Este ajuste surgiu da necessidade de que o farmacêutico devia disponibilizar e realizar todos os serviços necessários para um tratamento farmacoterapêutico eficaz. Ainda em 1987, Hepler alargou os conceitos publicados anteriormente, introduzindo uma vertente mais humanística dos cuidados farmacêuticos ao definir que na fase de atendimento devia ser estabelecida uma relação entre o utente e farmacêutico. (Hepler & Strand, 1990)

## **2.1. Evolução do Conceito de Cuidados Farmacêuticos**

### **2.1.1. Hepler e Strand**

O marco importante nos Cuidados Farmacêuticos foi a definição proposta por Hepler e Strand em 1990, que definiram pioneiramente o conceito clássico de cuidados farmacêuticos como a “provisão responsável de tratamento farmacológico com o intuito de alcançar resultados concretos que melhorem a vida do doente”. (Hepler & Strand, 1990) Esses resultados concretos englobam a cura de uma doença, eliminação ou redução dos sintomas do utente ou prevenção de uma doença ou sintoma. Assim, a filosofia dos Cuidados Farmacêuticos engloba diversos elementos, com o enfoque de reduzir e prevenir a mortalidade e morbilidade relacionadas com medicamentos, em que o farmacêutico detém a responsabilidade de satisfazer a necessidade da sociedade em ter um tratamento farmacológico adequado, efetivo e seguro. (Strand, Cipolle, & Morley, 1998) Para satisfazer de forma eficiente esta necessidade social, é fundamental que o farmacêutico desenvolva competências relativas a um enfoque especial no utente, que anteriormente não existiam. (Reis, 2003) Assim, segundo estes autores, os cuidados farmacêuticos implicam três funções primordiais: Identificação de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM), potenciais e reais, resolução de PRM reais e prevenção de PRM's potenciais. Concomitantemente, a apresentação do conceito de Cuidados Farmacêuticos aumentou o debate a nível mundial, o que fez Strand ingressar num trabalho de investigação. Este trabalho intitulado Projecto Minnesota decorreu entre 1992 e 1996, do qual foi resultante o Pharmacist Workup Drug Group, que contou com a participação de Cipolle e Morley. (Strand et al., 1998) Através do Projeto Minnesota, foi possível concluir que o conceito de cuidados farmacêuticos previamente proposto estava incompleto, passando a definir-se pela “prática na qual o profissional assume a responsabilidade pela definição das necessidades farmacoterápicas do doente e o compromisso de resolvê-las”. (Correr, 2012)

### 2.1.2. Organização Mundial de Saúde

No debate a nível mundial que a introdução do conceito de Cuidados Farmacêuticos suscitou, houve a intervenção da OMS que para esse efeito em 1993, após a conferência da Federação Internacional de Farmácia, elabora o Documento de Tóquio, no qual são analisadas e discutidas as responsabilidades do farmacêutico em relação aos utentes e à comunidade. (OMS, 2004) Assim, o farmacêutico para além de dispensar medicamentos e garantir a sua qualidade também deverá desenvolver a sua atividade profissional no sentido de interpretar as prescrições médicas, dando aconselhamentos e esclarecimentos personalizados ao utente, promovendo o uso racional do medicamento. Neste documento é aceite que o futuro passa pelos cuidados farmacêuticos, orientados não só para o indivíduo, mas também para a comunidade. (OMS, 2001) O Documento de Tóquio surge no encadeamento do Documento de Nova Deli, publicado em 1988. Este representa um documento inicial que marca a reorientação da atuação do farmacêutico, que deixa de estar centrada no medicamento e passa a estar centrada no utente. Deste modo, após análise das funções do farmacêutico no sistema de saúde, a OMS alarga os Cuidados Farmacêuticos a toda a sociedade, pelo reconhecimento da relevância da participação do farmacêutico na promoção da saúde. (OMS, 2004) Na ótica da OMS, Cuidados Farmacêuticos são

“Um conceito da prática profissional na qual o utente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica é o compêndio das atitudes, compromissos, inquietudes, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades do farmacêutico como objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do utente” (OMS, 1993)

## **2.2. Problemas Relacionados com Medicamentos**

Nem sempre quando um doente usa um medicamento, o resultado da sua utilização é positivo. Em muitas situações há falhas na farmacoterapia, quando os medicamentos não são seguros ou não atingiram o objetivo para os quais foram prescritos. Neste sentido, o desenvolvimento dos Cuidados Farmacêuticos pretende solucionar estes problemas de saúde com o objetivo de melhorar a efetividade e segurança da medicação, através do seguimento farmacoterapêutico. (Ramos Linares et al., 2010) O seguimento farmacoterapêutico é entendido como o

“Serviço profissional que tem como objetivo detetar problemas relacionados com medicamentos, para prevenir e resolver os resultados negativos associados à medicação. 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” (Granada, 2007) Neste sentido, o farmacêutico assume responsabilidade pelas necessidades que os doentes apresentam face aos seus medicamentos, não se tratando apenas de uma simples utilização dos seus conhecimentos científicos mas sim da capacidade de os aplicar e intervir em cada situação. Considera-se portanto, que o seguimento farmacoterapêutico é uma actividade de âmbito clínico para a qual o farmacêuticos tem de estar atento nas alterações do estado de saúde do doente, que permitam determinar se a farmacoterapia está a ser necessária, efetiva ou segura. No caso do doente crónico complexo, o seguimento farmacoterapêutico é essencial na deteção, prevenção e resolução dos RNM dos doentes, conduzindo à monitorização e avaliação contínua do doente.

Com a definição de Cuidados e Seguimento Farmacoterapêutico, surgiu um conceito associado denominado Problemas Relacionados com Medicamentos. Em 1990, segundo Hepler e Strand, um PRM é definido como “uma experiência indesejável do doente que esteja relacionado com a farmacoterapia e que interfere real ou potencialmente com os resultados desejados para o doente”. (Hepler & Strand, 1990) A primeira classificação de PRM de Hepler e Strand, contava com 8 categorias que pretendiam ficar compartimentadas, facto que não se tornou aplicável na prática, uma vez que não existiam critérios de agrupamento. Esta classificação foi novamente reformulada em 1998, quando através do Projeto Minnesota, foi publicada uma segunda classificação de PRM, por Strand, Cipolle e Morley, que define este conceito como “qualquer evento

indesejável do doente que envolva ou se suspeite estar envolvido com o tratamento farmacológico e que interfere real ou potencialmente com o resultado desejado do doente”. (Strand, Cipolle, & Morley, 1988) Esta modificação exclui as interações como uma categoria de PRM, ao considerar que está abrangida numa das outras categorias. (Jiménez, 2003) Uma nova alteração surgiu em Granada, em 1999 com o Primeiro Consenso de Granada sobre PRM. A definição de cuidados farmacêuticos segundo o Primeiro Consenso de Granada é

“A participação ativa do farmacêutico na assistência ao doente na dispensa e seguimento do tratamento farmacoterápico, cooperando com o médico e outros profissionais de saúde, a fim de conseguir resultados que melhorem a qualidade de vida dos doentes. Também prevê a participação do farmacêutico em atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças” (Santos, Iglésias, Fernández-Llimós, Faus, & Rodrigues, 2004), constituindo um marco muito importante para os profissionais de saúde por ser uma ferramenta de trabalho útil, no seguimento farmacoterapêutico ao utente, sendo adotado por muitos profissionais. Os objetivos principais consistem em procurar, identificar, prevenir e resolver os problemas de saúde relacionados com medicamentos, baseados nas três necessidades básicas de indicação, efetividade e segurança, dividindo-se em seis categorias de PRM. A classificação proposta, baseada nos modelos iniciais por Hepler e Strand, foi :

|  |
|--|
| <b>Indicação</b>   |
| <b>PRM 1:</b> O doente não usa os medicamentos de que necessita.   |
| <b>PRM 2:</b> O doente usa os medicamentos de que não necessita.   |
| <b>Efetividade</b>   |
| <b>PRM 3:</b> O doente usa um medicamento, que, indicado para a sua situação, está mal selecionado.                              |
| <b>PRM 4:</b> O doente usa uma dose, posologia e/ou duração inferior à que necessita de um medicamento corretamente selecionado. |
| <b>Segurança</b>   |
| <b>PRM 5:</b> O doente usa uma dose, posologia e/ou duração superior à que necessita de um medicamento corretamente selecionado. |
| <b>PRM 6:</b> O doente utiliza um medicamento que lhe provoca uma reação adversa (RAM)   |

Tabela 1 Classificação de PRM segundo o I Consenso de Granada (1999) Fonte: (Santos et al., 2004)

Tanto o I Consenso de Granada como a proposta dada por Cipolle, tiveram concordância no que toca às interações, pois consideram que estas por si só não constituem um PRM, mas sim uma causa de sub ou sobre dosagem.(Strand et al., 1998) Com este efeito, segundo o I Consenso de Granada um PRM é “um problema de saúde vinculado com a farmacoterapia e que interfere ou pode interferir com os resultados de saúde esperados no doente” (Santos et al., 2004) entendendo como problema de saúde “todo aquele que requer ou pode requerer uma acção por parte do agente de saúde incluindo o doente”. (Santos et al., 2004) Posteriormente, foram sugeridas alterações a esta classificação devido a diferentes interpretações que levaram a incoerências na aplicação dos conceitos. Estas alterações fizeram com que no final de 2002, fosse elaborado o Segundo Consenso de Granada, clarificando-se os conceitos prévios e propondo-se um novo consenso de PRM. O II Consenso de Granada define PRM como “problema de saúde, entendido como resultados clínicos negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, conduzem á não consecução do objectivo terapêutico, ou aparecimento de efeitos indesejados” (Santos et al., 2004) Este Consenso estabelece a classificação de PRM em seis categorias que por sua vez se agrupam em três classes.

|   |
|---|
| <b>Necessidade</b>  |
| <b>PRM 1:</b> O doente apresenta um problema de saúde por não utilizar o tratamento farmacológico que necessita.          |
| <b>PRM 2:</b> O doente exhibe um problema de saúde por utilizar um tratamento farmacológico que não necessita.            |
| <b>Efetividade</b>  |
| <b>PRM 3:</b> O doente demonstra um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa do tratamento farmacológico. |
| <b>PRM 4:</b> O paciente traz um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa do tratamento farmacológico.        |
| <b>Segurança</b>  |
| <b>PRM 5:</b> O doente exterioriza um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa do tratamento farmacológico. |
| <b>PRM 6:</b> O doente exterioriza um problema de saúde por uma insegurança quantitativa do tratamento farmacológico.     |

Tabela 2 Classificação de PRM segundo o II Consenso de Granada (2002) Fonte: (Santos et al., 2004)

Juntamente com a publicação do II Consenso de Granada foi concebida uma metodologia designada por Método de Dáder, que se apoia essencialmente na obtenção da história farmacoterapêutica do utente. Este método foi baseado nos estudos obtidos pelo Projecto Minnesota, mencionado anteriormente, mas adaptado á realidade da cultura espanhola, enquanto que no Projecto Minnesota a realidade vivida era a americana. Mas, o II Consenso de Granada trouxe vários problemas originados pela existência de uma diversidade de termos para denominar os efeitos negativos provocados pela medicação, dos quais surgiu em 2007, a necessidade de realizar o III Consenso de Granada em que é dado um novo significado a PRM e é introduzido o termo Resultados Negativos Associados á Medicação (RNM). (Machuca, Fernández-Llimós, & Faus, 2004) Neste Sentido, segundo o III consenso de Granada, PRM são definidos como “situações em que o processo de uso do medicamento causa, ou pode causar, um resultado negativo associado à medicação” e RNM como “resultados da saúde do paciente não são adequados ao objectivos da farmacoterapia ou á falta de uso do medicamento” (Santos et al., 2004)

Deste modo os PRM são situações que aumentam o risco dos utentes sofrerem de RNM. Isto é, os PRM precedem os RNM; quanto mais PRM estiverem presentes, maior a probabilidade de existirem RNM. No III Consenso de Granada foi elaborada uma lista composta por catorze PRM (Tabela 3)

| <b>Problema</b>   |
|---|
| 1- Administração errada do medicamento                                |
| 2- Características pessoais   |
| 3- Conservação adequada   |
| 4- Contraindicações   |
| 5- Dose, frequência ou duração não adequada                           |
| 6- Duplicidade  |
| 7- Erros de Dispensa  |
| 8- Erros de Prescrição  |
| 9- Incumprimento  |
| 10- Interações  |
| 11- Outros problemas relacionados com a saúde que afetam o tratamento |

|  |
|--|
| 12- Probabilidade de efeitos adversos          |
| 13- Problema e saúde insuficientemente tratado |
| 14- Outros                                     |

Tabela 3 Lista de PRM segundo o III Consenso de Granada (2007) Fonte: (Granada, 2007)

Foi igualmente feita uma proposta para a classificação de para RNM baseada no II Consenso de Granada (Tabela 4)

| <b>Necessidade</b>  |
|---|
| <b>Problema de Saúde não tratado:</b> o utente sofre um problema de saúde como consequência de não receber um medicamento que necessita |
| <b>Efeito de um medicamento desnecessário:</b> o utente sofre um problema de saúde associado a um medicamento que não necessita         |
| <b>Efetividade</b>  |
| <b>Inefetividade não quantitativa:</b> o utente de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação                    |
| <b>Inefetividade quantitativa:</b> o utente de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação                            |
| <b>Segurança</b>  |
| <b>Insegurança não quantitativa:</b> o utente de saúde associado a uma insegurança não quantitativa da medicação                        |
| <b>Insegurança quantitativa:</b> o utente de saúde associado a uma insegurança quantitativa da medicação                                |

Tabela 4 Classificação de Resultados Negativos de Medicação segundo o III Consenso de Granada (2007) Fonte: (Granada, 2007)

A Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE), surgiu em 1994 como um grupo de farmacêuticos investigadores. Durante uma conferência em 1999, construíram um esquema de classificação para PRM, do qual existem várias versões tendo passado a vigorar a de 2010. De acordo com esta, um PRM é “um evento ou circunstância que envolve uma terapêutica medicamentosa que pode interferir atual ou potencialmente nos resultados de saúde do utente”. (PCNE, 2013) A classificação feita é muito completa e detalhada, baseando-se numa classificação básica por problemas, causas, intervenções e resultados, havendo em cada uma delas vários domínios e subdomínios com códigos de identificação e explicação detalhada. (Tabela 5)

|                     | <b>Código</b> | <b>Domínio Primário</b>  |
|---------------------|---------------|--|
| <b>Problemas</b>    | <b>P1</b>     | <b>Eficácia do tratamento</b><br>Há uma Problema (potencial) com (falta de) efeito da farmacoterapia   |
|                     | <b>P2</b>     | <b>Reações Adversas</b><br>O doente sofre, ou possivelmente irá sofrer, devido a um efeito adverso a medicamentos  |
|                     | <b>P3</b>     | <b>Custos do tratamento</b><br>O tratamento medicamentoso é mais caro do que o necessário  |
|                     | <b>P4</b>     | Outros   |
| <b>Causas</b>       | <b>C1</b>     | <b>Seleção do Fármaco</b><br>A causa do PRM está relacionada com a seleção do fármaco  |
|                     | <b>C2</b>     | <b>Forma Farmacêutica</b><br>A causa do PRM está relacionada com a seleção da forma farmacêutica   |
|                     | <b>C3</b>     | <b>Seleção da Dosagem</b><br>A causa do PRM está relacionada com a seleção do esquema posológico   |
|                     | <b>C4</b>     | <b>Duração do tratamento</b><br>A causa do PRM está relacionada com a duração da terapêutica   |
|                     | <b>C5</b>     | <b>Administração e uso do fármaco</b><br>A causa do PRM está relacionada com a forma como o utente recebe ou utiliza o medicamento, apesar de instruções apropriadas (no rótulo, embalagem ou folheto) |
|                     | <b>C6</b>     | <b>Logística</b><br>A causa do PRM está relacionada com a logística do processo de prescrição e dispensa   |
|                     | <b>C7</b>     | <b>Utente</b><br>A causa do PRM está relacionado com a personalidade ou comportamento do utente  |
|                     | <b>C8</b>     | Outros   |
| <b>Intervenções</b> | <b>I0</b>     | Nenhuma intervenção  |
|                     | <b>I1</b>     | A nível médico   |

|                                   |           |   |
|-----------------------------------|-----------|---|
|                                   | <b>I2</b> | A nível do utente ou do seu responsável |
|                                   | <b>I3</b> | A nível do medicamento                  |
|                                   | <b>I4</b> | Outros                                  |
| <b>Resultados de Intervenções</b> | <b>O0</b> | Resultado intervenção desconhecido      |
|                                   | <b>O1</b> | Problema resolvido totalmente           |
|                                   | <b>O2</b> | Problema parcialmente resolvido         |
|                                   | <b>O3</b> | Problema não resolvido                  |

Tabela 5 Classificação de PRM segundo a PCNE Fonte: (Ruths, Viktil, & Blix, 2007)

Após a abordagem dos vários conceitos de PRM, é possível inferir que os vários autores propõem listas de classificação diferentes para os diversos problemas, com o objetivo de sistematizar o raciocínio clínico do farmacêutico. Neste ponto há várias diferenças pois há classificações que se focam em isolar resultados do utente, como é o caso dos Consensos de Granada, e outras que não misturam causas e efeitos, como é o caso da classificação inicial de Strand e do PCNE. Em geral há concordância de que de os problemas relacionados com medicamentos devem ser considerados as intervenções clínicas que o farmacêutico executa, tendo sido desenvolvidas várias metodologias de cuidados farmacêuticos que permitem a deteção, prevenção e resolução destes problemas.

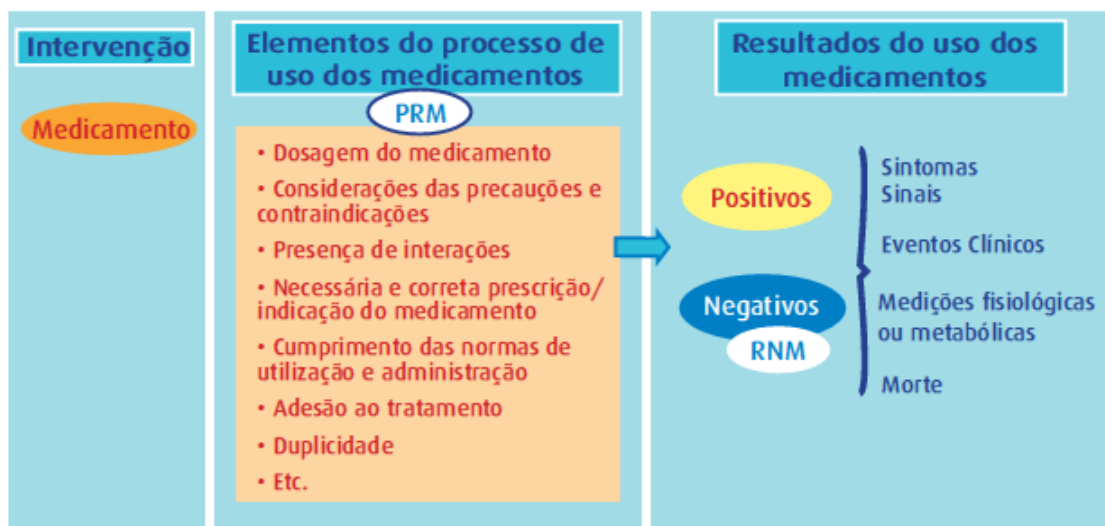


Figura 1 Esquema Resumo da Intervenção do Farmacêutico nos PRM. Fonte: (Hernández et al., 2009)

### 2.3. Metodologias para a realização de Cuidados Farmacêuticos

Para uma eficiente abordagem dos PRM's, o farmacêutico deve desenvolver a sua função através de uma prática focada no doente e voltada para a prevenção e resolução de problemas farmacoterapêuticos, fundamentada pela necessidade da redução da morbidade e mortalidade associada a medicamentos. (Ernst & Grizzle, 2001) Existem várias metodologias de cuidados farmacêuticos que advêm de adaptações a um modelo original que surgiu nos anos 60, que é o Modelo Clínico.

#### 2.3.1. Modelo Clínico

O desenvolvimento dos cuidados farmacêuticos foi semelhante em farmácia e em outras profissões, como a medicina, que também evoluiu abordagens mais centradas no utente e na resolução de problemas. Nos anos 60, Weed publicou vários artigos sobre o método clínico através dos registos médicos, apresentando desta uma nova abordagem designada por POMR: Problem-Oriented Medical Record. (Weed, 1967, 1968) Segundo o autor não é possível avaliar a qualidade de uma prática clínica se a atenção ao utente, e a forma como é registada, tem uma formulação incompleta de problemas, dados ambíguos e um mau acompanhamento. Por isso sugere um procedimento desenvolvido em quatro fases de ação, que no geral são comuns a todos os métodos de cuidados, podendo ser aplicados pelos farmacêuticos:

- **Fase 1: Colheita de dados** - Organização do conjunto de dados do doente incluindo história clínica, exame físico e resultados laboratoriais.

Esta fase é realizada essencialmente por meio de uma anamnese, com vista á obtenção de conhecimentos sobre os problemas de saúde do utente, tratamentos em curso e outras informações. Além do relato que o próprio utente faz, é essencial que se avalie os dados que advêm de exames clínicos e laboratoriais, prescrições médicas e tratamentos em curso. Através da entrevista clínica, o farmacêutico deve procurar conhecer todos os medicamentos usados pelo utente, bem como a resposta a esse tratamento, incluindo medicamentos de prescrição médica e de auto medicação. Nesta fase inicial é essencial que o farmacêutico compreenda a posição do utente face á sua saúde e tratamentos, através da sua expressão de desejos, expectativas e receios, pois uma boa aderência á terapêutica em fases futuras só poderá ser feita quando existir uma relação de confiança

e segurança. As informações recolhidas sobre o utente compõem o Estado da Situação, que é a base de informação sobre a qual o farmacêutico vai realizar a revisão farmacoterapêutica e a identificação de PRM.

- **Fase 2: Identificação de problemas** - Formulação de uma lista completa dos problemas do utente. O objetivo desta fase é identificar problemas relacionados com a farmacoterapia de modo a ajudar o utente a atingir metas terapêuticas e a obter o máximo benefício dos medicamentos. O farmacêutico deve conhecer a indicação, dose, via de administração, frequência, e duração do tratamento, e ainda conhecer de que modo o utente organiza o seu regime terapêutico de rotina e qual o grau de cumprimento, encaixando-se o conceito de PRM anteriormente abordado. É nesta fase que é feita uma revisão da medicação com avaliação sistemática sobre:

- **Necessidade:** é avaliado se o medicamento é ou não necessário de acordo com o problema de saúde presente no doente

- **Efetividade:** é avaliado se a farmacoterapia tem efeitos benéficos no utente

- **Segurança:** é avaliado se a farmacoterapia tem efeitos prejudiciais sobre o utente, através de reações adversas

- **Adesão:** é avaliada a não adesão involuntária ou intencional

- **Fase 3: Plano** – Desenvolvimento de planos de ação para cada problema identificado. Nesta fase do processo, o utente já foi avaliado e todas as informações importantes foram recolhidas. O farmacêutico fez o estudo do caso e tem de elaborar um plano de cuidado com metas terapêuticas claras. Uma vez as metas terapêuticas definidas, são delineadas intervenções farmacêuticas, que são entendidas como um “ato planeado, documentado e realizado junto ao utente e/ou profissional de saúde que visa resolver ou prevenir problemas relacionados com a farmacoterapia e garantir o alcance das metas terapêuticas”. (Weed, 1967) Cada intervenção deve ser individual e o mais personalizada possível de acordo com a condição clínica do utente. Uma estratégia de intervenção centrada na prevenção de problemas é a Reconciliação Terapêutica. Assim segundo a American Pharmacists Association e a American Society of Health-System Pharmacists, reconciliação terapêutica é o

“Processo de avaliação do regime terapêutico de um doente, sempre que há alteração do mesmo, com o objetivo de evitar erros de medicação, tais como omissões, duplicações, doses inadequadas, interações, assim como problemas de adesão. Este processo deve incluir a comparação entre a medicação atual e o regime terapêutico prévio e deve ocorrer em cada momento da transição entre cuidados de saúde, em que a

medicação é ajustada, tendo ainda em conta a automedicação”. (Steed & Webster, 2012) A Reconciliação Terapêutica ocorre principalmente quando há transição de cuidados, sobretudo entre a casa do utente e o hospital. É neste momento que os doentes que foram hospitalizados apresentam maior propensão a discrepâncias na sua medicação que podem configurar erros de medicação e potenciais PRM, especialmente no doente crónico, pois é normalmente pluripatológico e polimedicado, correndo um risco maior.

- **Fase 4: Seguimento** – Acompanhamento do progresso das ações realizadas e da evolução dos problemas abordados. Entre todas as etapas abordadas o seguimento é dos mais importantes, principalmente nos doentes crónicos que requerem um cuidado contínuo no seguimento e no autocuidado. Por conseguinte, existem três atividades essenciais que compõem o seguimento do utente, comparação deste com as metas terapêuticas e que é suposto alcançar-se e identificação de novos problemas.

### **2.3.2. Pharmacist Workup of Drug Therapy/ Modelo Minnesota**

Em 1988, Strand, Morley e Cipolle propõem um método denominado Pharmacist Workup of Drug Therapy (PWDT) ou seja, Análise da Farmacoterapia pelo Farmacêutico. (Strand et al., 1988) Este modelo é baseado na teoria proposta anteriormente por Weed em 1971, que defende a importância do desenvolvimento de um raciocínio clínico e sistema de documentação adaptado à prática farmacêutica. Após algumas modificações, e a publicação de Hepler e Strand do qual resultou um projecto denominado “Minnesota Pharmaceutical Care Project”, o método PWDT é actualmente conhecido como Modelo Minnesota. (Hepler & Strand, 1990) Esta metodologia consiste no desenvolvimento de um raciocínio clínico pelo farmacêutico com vista à identificação das necessidades e problemas farmacoterapêuticos do utente, tendo por base o relacionamento entre o farmacêutico e este. Este modelo consiste em três fases:

#### **- 1) Avaliação**

Na primeira fase é feita uma entrevista clínica pelo farmacêutico de forma a recolher informações, avaliar na globalidade o estado de saúde do utente e certificar que cada medicamento está a ser utilizado para o fim terapêutico a que é proposto, é efetivo e seguro para o utente, avaliando-se também a adesão do utente à terapêutica.

#### **-2) Desenvolvimento de um plano de cuidado**

Após a conclusão da primeira fase, é necessário que seja elaborado um plano de cuidado com a finalidade de resolver cada um dos problemas identificados na avaliação e prevenir futuros problemas. Este plano é formulado para cada tratamento em curso, havendo ou não um problema relacionado com a medicação, e documentado em formulário próprio.

### **- 3) Acompanhamento da evolução do utente**

Por último é fundamental monitorizar a evolução do utente, de modo a observar se as metas propostas no plano de cuidado estão a ser atingidas e se novos problemas surgiram

### **2.3.3. Método de Dáder**

O Método de Dáder foi desenvolvido em 1999, pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada. (Hernández, Dáder, & Castro, 2009) Foi criado com o objetivo de ser simples o suficiente, sem recurso a programas informáticos avançados, para que o farmacêutico fosse autónomo e pudesse trabalhar sem investir demasiado tempo ou recursos económicos excessivos. (Santos et al., 2004) O método de Dáder baseia-se na história farmacoterapêutica do utente, ou seja, nos seus problemas de saúde, medicamentos e avaliação do estado de saúde como base ao planeamento de estratégias que visam resolver e prevenir os PRM. Este método é baseado no modelo de Weed tal como o Modelo de Minnesota, e segue uma sequência de nove fases (Figura 2)

#### **-1) Oferta do Serviço**

O processo é iniciado quando o doente procura a farmácia por vários motivos, incluindo a dispensa de medicação, verificação de algum parâmetro fisiológico ou aconselhamento por parte do farmacêutico. O momento ideal para iniciar este método é quando o farmacêutico suspeita da existência de algum PRM, resultante de, por exemplo, uma medida anormal de parâmetro fisiológico ou queixa por parte do doente. Nesta fase, o farmacêutico sugere ao doente um serviço de atenção e seguimento terapêutico. Se o doente aceitar é marcada uma hora na farmácia para a realização de uma entrevista inicial de cerca de quinze minutos, em que o doente fala dos seus problemas de saúde e medicação. Esta situação é denominada de Primeira Entrevista.

#### **-2) Primeira Entrevista**

A primeira entrevista é muito importante e estruturada em três fases:

**-Fase de preocupações e problemas de saúde:** tem como objetivo que o doente expresse os problemas de saúde que mais o preocupam, através de uma pergunta de resposta aberta

- **Fase de abordagem aos medicamentos utilizados pelo doente:** tem como objetivo detetar o grau de conhecimento do doente sobre a medicação, e qual o grau da adesão á terapêutica. É iniciada também por uma questão de resposta aberta, seguindo dez questões para cada medicamento: 1- Está a usar?; 2- Quem lhe receitou?; 3- Para quê?; 4- Está melhor?; 5- Desde quando?; 6- Quanto?; 7- Como usa?; 8- Até quando?; 9- Alguma dificuldade? e 10- Algo estranho?.

- **Fase de Revisão:** é a fase terminal da entrevista em que devem ser revistas as informações prestadas pelo doente, afim de aprofundar ou completar alguma informação em falta.

### **-3) Estado de Situação**

O Estado de Situação de um doente é definido como “a relação entre os seus problemas de saúde e medicamentos, numa data determinada e representa uma “foto” do doente em relação a estes aspetos” (Reis, 2005) Neste, é feito um registo sobre os Problemas de Saúde e os Medicamentos. Aqui também se fará a Avaliação e o registo das Intervenções Farmacêuticas, em fases posteriores do método.

### **- 4) Fase de Estudo**

O objetivo da Fase de Estudo é a obtenção de informação necessária acerca dos problemas de saúde e da medicação, previamente registada no Estado de Situação.

No que diz respeito aos problemas de saúde do doente é importante relacionar inicialmente, os problemas diagnosticados e depois anotar os que forem determinados. Quanto á medicação é necessário realizar um bom estudo dos medicamentos em uso pelo doente, partindo de características gerais do grupo terapêutico até aspetos mais particulares.

### **- 5) Fase de Avaliação**

O objetivo da Fase de Avaliação é explorar qualquer suspeita de PRM que o doente pode estar a sentir através de quatro perguntas, para cada medicamento:

- 1. O doente necessita do medicamento?
- 2. O medicamento está a ser efetivo?
- 3. O medicamento é seguro?
- 4. Existe algum problema de saúde que não está a ser tratado?

### **-6) Fase de Intervenção**

O objetivo desta fase é a elaboração de um Plano de Atuação acordado com o doente, através de intervenções que resolvam os PRM identificados. Esta deve incidir e objetivar os problemas que mais preocupam o doente, mas também os que mais preocupam o profissional de saúde, de modo a estabelecer prioridades realistas e objetivos alcançáveis pelo doente. A intervenção pode ser feita de duas formas:

- 1. Farmacêutico-doente, quando o PRM identificado é derivado do próprio doente, quanto à forma de utilização do medicamento
- 2. Farmacêutico- doente - médico, quando a estratégia estabelecida pelo médico não consegue os efeitos esperados ou quando o doente apresenta um problema de saúde que necessita de diagnóstico

#### **-7) Resultado da Intervenção**

Nesta fase, o objetivo é determinar o resultado obtido durante a intervenção farmacêutica, originando um novo Estado de Situação do doente. Os resultados das intervenções podem ser:

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

Uma intervenção é considerada aceite quando o doente ou médico, acatam a sugestão do farmacêutico na modificação do uso dos medicamentos para tratamento de um determinado problema de saúde, e este é considerado como resolvido quando o motivo que originou a intervenção do farmacêutico desaparece.

#### **-8) Novo Estado de Situação**

Após a intervenção realizada, é necessário registar as mudanças decorrentes. Se não houver mudança, o farmacêutico deve continuar a acompanhar o doente para verificar se há necessidade de uma nova intervenção. No caso de haver modificações, é iniciada uma nova fase de estudo com registo dos novos aspetos e circunstâncias.

#### **-9) Entrevistas Sucessivas**

A última fase consiste no acompanhamento do doente, de modo a resolver de forma contínua os PRM previamente identificados, e constituir um plano de seguimento que previna o aparecimento de novos PRM.

Em anexo, encontram-se as folhas de registo referentes às etapas previamente descritas.

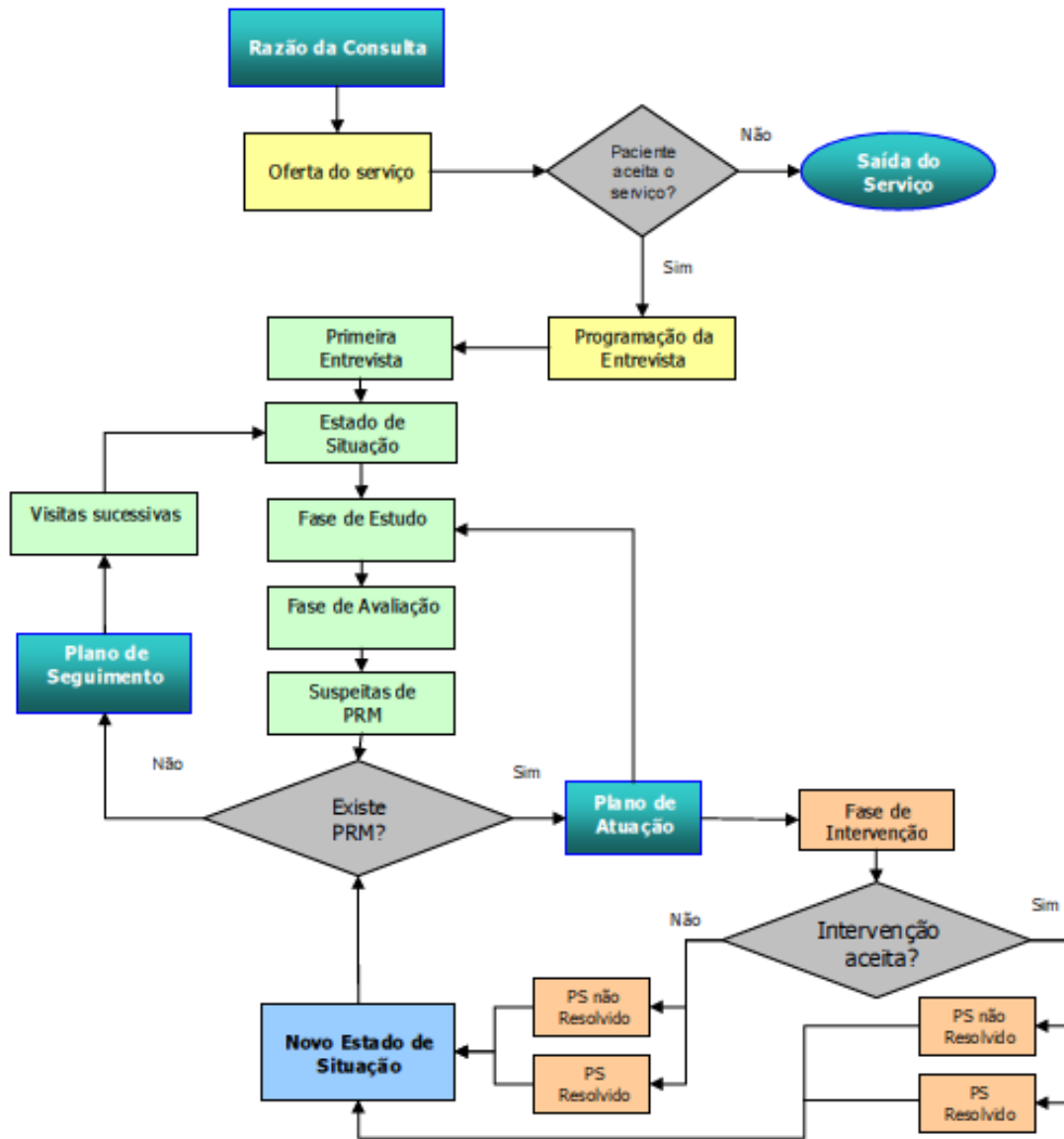


Figura 2 Representação Esquemática do Método de Dáder. Fonte: (Machuca et al., 2004)

### 2.3.4. Medication Therapy Management

A Medication Therapy Management ou seja, a Gestão da Terapêutica Medicamentosa consiste num grupo de serviços distintos que visam otimizar os resultados terapêuticos do utente, e foi proposto pela American Society of Healthcare System Pharmacists (ASHP). (Lemay, 2012) Este método compreende cinco fases:

- **1) Revisão Farmacoterapêutica.** Inicialmente procede-se à revisão sistemática da medicação, específica de cada utente, de modo a avaliar a sua terapia medicamentosa e problemas relacionados com a medicação, para posterior desenvolvimento de uma lista de problemas e criação de um plano para resolvê-los.

- **2) Registo Pessoal de Medicação.** A fase seguinte consiste no registo da medicação do utente, prescrita e em automedicação, incluindo medicamentos sem receita médica, suplementos e vitaminas.
- **3) Plano de Estudo relacionado com a Medicação.** Esta fase baseia-se na elaboração de um documento realizado pelo farmacêutico que contém uma lista de passos a realizar pelo utente no seu rastreio e auto gestão. Nesta fase é elaborado um plano de cuidados para ajudar o doente a atingir as suas metas terapêuticas, através da análise dos problemas e da medicação que o doente utiliza.
- **4) Intervenção.** Nesta fase o farmacêutico expressa opiniões e intervém para tratar PRM. Sempre que necessário, e quando não conseguir por si só resolver os problemas, deve referenciar o utente ao médico ou a outro profissional de saúde direcionado para a área.
- **5) Documentação e Seguimento.** Por fim, depois das fases anteriores, os resultados são documentados de forma consistente e é feito um seguimento do utente baseado nas suas necessidades

### **2.3.5. Medication Review**

O método de Medication Review, ou seja da Revisão da Medicação, foi abordado inicialmente em Geneva em 2009, pelo Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE), passando a haver simpósios anuais sobre esta questão todos os anos, em diferentes cidades da Europa. Este método consiste numa abordagem retrospectiva que é definida como a “avaliação da medicação do utente com o objetivo de gerir o risco e otimizar os resultados da terapêutica por detetar, resolver e prevenir problemas relacionados com medicamentos”. (PCNE, 2013) Deste modo são reconhecidos três tipos de revisão terapêutica:

- **Tipo I) Revisão Simples da Medicação.** Este tipo de revisão é baseada na história da medicação que está disponível na farmácia. Podem ser detetadas interações, efeitos secundários e problemas de efetividade.
- **Tipo II) Revisão Intermédia da Medicação.** Este tipo de revisão pode ser feita quando o utente tem mais informação disponível. Assim a revisão é baseada no histórico de medicação do utente e na informação dada por ele. O tipo de problemas que

podem ser detetados são interações, efeitos secundários, dosagens pouco usuais, problemas de aderência, problemas de efetividade e problemas de automedicação.

- **Tipo III) Revisão Avançada de Medicação.** Este tipo de revisão é a mais completa por conter a história do utente, a informação dada pelo mesmo e ainda informação clínica, dada por exames ou mesmo por outros profissionais de saúde. Para além dos problemas que podem ser detetados com os outros tipos de revisão, uma revisão mais avançada possibilita detetar mais pormenorizadamente os problemas do utente.

Qualquer utente pode beneficiar destes métodos, independentemente do número de medicamentos que usa e que doença tem. Mas, dadas as limitações em recursos humanos, é necessário dar prioridade e beneficiar os doentes que são mais suscetíveis, onde se incluem os doentes crónicos. Os DCC são dos que mais beneficiam com este tipo de intervenções na gestão da sua doença ou doenças, por serem doentes que têm normalmente mais de uma doença crónica, tomam uma ou mais medicações crónicas, incluindo medicamentos não sujeitos a receita médica, têm baixa adesão à terapêutica e ainda efeitos adversos à medicação.

### 2.3.6. Método de Registo de Dados

Adotado um dos métodos anteriormente mencionados, único ou simultaneamente, é necessário avaliar a evolução do utente. Durante o seguimento farmacoterapêutico, o farmacêutico deve realizar a comparação entre a evolução das metas terapêuticas a que se propôs e os valores basais encontrados na avaliação inicial do utente. Por isso é necessário que haja um registo da evolução do utente que pode ser feito de várias formas. Uma das formas mais utilizadas é o registo SOAP que simboliza um acrónimo para um método de registo de medicação que contém notas da evolução clínica do utente de forma clara e organizada para elaborar uma história clínica continuada e ao longo do tempo (Cantalle, 2003)

Cada letra do acrónimo SOAP tem um significado no registo da história clínica. A saber:

- **S de Subjetivo:** regista as informações subjetivas do utente recolhidas na entrevista clínica

- **O de Objetivo:** regista o ponto de vista objetivo do farmacêutico, anotando os dados positivos e negativos

- **A de Avaliação:** identifica o problema e o seu grau de resolução até á data. O farmacêutico faz uma avaliação mais precisa, e vê se o problema é real ou potencial, de modo a determinar os seus condicionantes

- **P de Plano:** por fim é necessário elaborar o plano de cuidados que serão tomados relativamente ao problema avaliado. No geral podem ser identificados quatro tipos de planos:

- Planos Diagnósticos: planeamento de novas provas elucidativas para o diagnóstico do problema em questão;

- Planos Terapêuticos: há um registo das indicações terapêuticas planeadas para a resolução do problema, mudança de hábitos, entre outras;

- Planos de Seguimento: são planeadas estratégias de seguimento continuado e a longo prazo;

- Planos de Educação: há um registo das orientações que foram acordadas com o utente e as novas medidas a tomar perante o problema;

O método SOAP traz muitas vantagens pois permite manter uma organização dos dados baseada em quatro letras que têm posições fixas e sequenciais. Assim, o mesmo tipo de dados é sempre registado na mesma posição relativa, permitindo registar muita informação em poucas palavras pois são registados exclusivamente os dados referentes aos problemas em questão. Tem como vantagens conduzir a uma maior objetividade, que a ambiguidade seja pequena e ainda que a abordagem clínica tenha uma ordem lógica e de fácil acesso.(Coren, 2013)


No caso do doente crónico e principalmente no DCC, uma boa gestão do seu caso clínico contribui muito para o controlo e evolução da doença. No entanto, existem várias barreiras que dificultam a implementação e articulação destes métodos, devido às múltiplas particularidades que o doente crónico complexo tem de gerir.

A ilustração seguinte mostra o esquema de modelo SOAP proposto pelo Departamento de Cuidados Farmacêuticos da ANF, para os quais, há instruções de preenchimento. Deste modo os passos a seguir no preenchimento de uma Folha SOAP seguem a ordem:

- 1- Registo do nome do doente e do médico assistente
- 2- O código atribuído ao doente deve ser único, e respeitante apenas ao próprio doente
- 3- As informações registadas são relatadas unicamente pelo doente

- 4- Os valores de parâmetros determinados, quer na farmácia quer no boletim de análises do doente, devem ser registados
- 5- Primeiro têm de ser registados todos os problemas de saúde do doente, se estes estão ou não controlados, e todos os medicamentos que o doente está a tomar para o problema de saúde correspondente. É de notar que deve ser registada a substância activa e a quantidade que o doente toma efectivamente, e não a posologia prescrita.
- 6- Posteriormente, deve ser feita uma revisão estruturada e sistematizada da terapêutica, através da análise dos critérios de necessidade, efectividade e segurança, e identificar os PRM's do doente
- 7- Perante a identificação dos PRM's, é feita uma intervenção farmacêutica com o objectivo de melhorar os resultados clínicos do doente. Esta intervenção pode partir em vários sentidos, podendo ser executada junto do doente ou do médico, dependendo da gravidade dos PRM's, no caso de requerem um possível ajuste de terapêutica. Por isso, a próxima avaliação farmacêutica deve ser coincidente ou próxima de uma consulta médica ou num espaço de tempo aceitável para a resolução do problema. Os objectivos propostos pelo farmacêutico devem ser personalizados de acordo com as necessidades do doente, mensuráveis e realistas.
- 8- Por último, é necessário registar os resultados da intervenção farmacêutica nos PRM's. Se o PRM foi comunicado ao médico, deve ser registado para cada PRM, se o médico iniciou, alterou ou suspendeu a terapêutica, e ainda se o problema foi resolvido e em que data. Se o PRM não teve necessidade de reporte ao médico deve ser registado se para cada PRM com hipótese de resolução na farmácia, este foi resolvido ou não, e em que data.

FOLHA SOAP®



Programas  
de Cuidados  
Farmacêuticos  
  
Associação Nacional das Farmácias

**1.** Nome do Doente: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Médico Assistente: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**2.** Farmácia: \_\_\_\_\_ Cód. ANF: \_\_\_\_\_  
Cód. Doente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Altura (m): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Estados Fisiopatológicos: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

**3. Dados Subjectivos:**  
(Informação / queixas relatadas pelo doente)

**4. Dados Objectivos:**  
(Valores dos parâmetros determinados na Farmácia e outros exames)

| Data | Valores que desencadearam a intervenção |                     |                      |               |  |  |  |  |  |
|------|---|---------------------|----------------------|---------------|--|--|--|--|--|
|      | PA<br>(mmHg)                            | Glicemia<br>(mg/dL) | Col Total<br>(mg/dL) | TG<br>(mg/dL) |  |  |  |  |  |
|      |   |                     |                      |               |  |  |  |  |  |
|      |   |                     |                      |               |  |  |  |  |  |

j = jejum, pp = pós-prandial, oc = ocasional

**5. Avaliação:**  
(PRMs e outros problemas de saúde)

|    | Problema de saúde | C/NC | Medicamentos (Substância Activa e Posologia) | N | E | S | PRM |
|----|-------------------|------|--|---|---|---|-----|
| a) |                   |      |  |   |   |   |     |
| b) |                   |      |  |   |   |   |     |
| c) |                   |      |  |   |   |   |     |
| d) |                   |      |  |   |   |   |     |
| e) |                   |      |  |   |   |   |     |
| f) |                   |      |  |   |   |   |     |

C/NC – Controlado / Não controlado; N – Necessidade; E – Efectividade; S – Segurança

**6. Plano de Cuidados Farmacêuticos:**  
(Intervenção farmacêutica)

Reportei problema(s) \_\_\_\_\_ ao médico (contacto pessoal / telefone / carta)

Referenciei à consulta médica (rotina / imediata / urgente)

Prestei aconselhamento sobre terapêutica

Prestei aconselhamento sobre medidas não farmacológicas

Ensinei uso correcto dos dispositivos de autovigilância

Notifiquei Efeito Adverso / PRM 5 ao Serviço Nacional de Farmacovigilância

Outra: \_\_\_\_\_

Próx. consulta médica: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Próxima avaliação farmacêutica: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_ m.n.

Objectivos Terapêuticos

| Parâmetro | Valor |
|-----------|-------|
|           |       |
|           |       |
|           |       |
|           |       |

**7. Resultado:**

| PRM(s) reportado(s) ao médico              | O médico iniciou / ajustou a terapêutica na sequência do reporte? |     |      | Problema de saúde resolvido? |     |      |           |             |
|--|---|-----|------|------------------------------|-----|------|-----------|-------------|
|  | Sim   | Não | Data | Sim                          | Não | Data | Parâmetro | Valor Final |
|  |   |     |      |                              |     |      |           |             |
|  |   |     |      |                              |     |      |           |             |
| PRM(s) que desencadearam outra intervenção |   |     |      |                              |     |      |           |             |
|  |   |     |      |                              |     |      |           |             |
|  |   |     |      |                              |     |      |           |             |

Nome do Farmacêutico: \_\_\_\_\_ Carteira Prof. nº: \_\_\_\_\_

Figura 2- Registo SOAP Fonte: ANF online, através do Programa Sifarma

### **3. Barreiras á Implementação de Cuidados Farmacêuticos no Doente Crónico Complexo**

Atualmente, para o farmacêutico exercer corretamente a sua atividade, independentemente do sector onde o faz, encontra diversas barreiras. Há cabeça surge logo a restrição em recursos humanos, logísticos e económicos, próprios da crise económico-financeira que muitos países, incluindo Portugal atravessam, Em contraponto com este facto, temos o aumento exponencial dos doentes com necessidades de um acompanhamento farmacoterapêutico otimizado e do número de medicamentos disponíveis no mercado. Por vezes é difícil acompanhar a evolução tecnológica, e toda a informação que surge sobre avanços na farmacoterapia, a qual está igualmente acessível aos utentes, os quais têm tendência a procurar informações prévias, recorrendo frequentemente à Internet, antes de consultarem o farmacêutico. (Bugalho & Carneiro, 2004) Um dos principais problemas à implementação de cuidados farmacêuticos no doente crónico é a não adesão ao tratamento, principalmente em situações em que o doente é DCC e tem de realizar a autogestão do tratamento, independentemente do tipo de doença e qualidade ou acessibilidade aos recursos de saúde. (Bugalho & Carneiro, 2004) Deste modo, a OMS agrupa os diferentes fatores que podem influenciar a terapêutica dos doentes crónicos em cinco grupos:

#### **-1) Fatores Sociais, Económicos e Culturais**

Neste grupo de fatores, destacam-se o nível de escolaridade, a situação profissional, apoios sociais, condições habitacionais, preço dos medicamentos, crenças culturais e desigualdades sociais (Bugalho & Carneiro, 2004) O envelhecimento populacional associado aos custos crescentes de muitos medicamentos, constitui um constrangimento global que afeta o uso racional do medicamento e a disseminação da prática de cuidados farmacêuticos. Em 2014, o índice de envelhecimento, ou seja, o rácio entre o número de pessoas com 65 anos ou mais, por cada 100 pessoas com menos de 15 anos, era de 138,6%.. (PORDATA, 2015) Se por um lado, o envelhecimento populacional conduz a um aumento do número de doentes crónicos e polimedicados, que vão requerer uma maior atenção ao seu tratamento, bem como uma maior aquisição de serviços e seguimento, constituindo oportunidade para o exercício de cuidados farmacêuticos, por outro lado, a sua maior iliteracia em saúde e constrangimentos económicos são barreiras ao sucesso dessas atividades. Isto porque o relacionamento entre o farmacêutico e o

utente pode ser afetado por situações potenciadoras de assimetrias de informação, o que não deve acontecer (Custódio & Grilo, 2014)

Para além disso, o fator custo da doença crónica não pode ser negligenciado. Existem vários custos que têm influência na prevalência dos doentes crónicos, que muitas vezes originam quadros crónicos complexos. (Nolte & McKee, 2008) Estes custos podem ser divididos em:

- **Custos diretos ou microeconómicos:** constituem os custos dos cuidados médicos em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. Referem-se aos custos do próprio indivíduo com a sua doença, como é o caso de custos de saúde, reabilitação e assistência social, que têm um impacto final no rendimento, investimento, poupanças e produtividade laboral do indivíduo. (McKee et al., 2007)

- **Custos indiretos ou macroeconómicos:** constituem a perda de recursos humanos causada pela morbilidade ou morte prematura. São o reflexo dos custos diretos de cada indivíduo na globalidade e no Estado. As doenças crónicas constituem atualmente o maior peso na economia da saúde, por causarem a maioria da mortalidade e das incapacidades da população. O DCC, que tem dificuldade em fazer a gestão da sua doença, têm menor produtividade devido aos seus problemas de saúde, produzindo menos horas de trabalho útil, ou trabalho com incapacidade. Indivíduos com incapacidade física ou mental produzem menos do que indivíduos saudáveis, causando situações de despedimentos e reformas antecipadas

- **Custos intangíveis:** constituem a dimensão psicológica da doença. Várias patologias causam muita dor associada, o que impossibilita o indivíduo de realizar as suas atividades diárias com normalidade. Também os custos diretos e indiretos causam várias perdas de qualidade de vida ao utente, nomeadamente desemprego, perda dos rendimentos, dependência de cuidadores, descuido em vários fatores importantes para a sua saúde como a alimentação, e privação de realização de algumas atividades, como o exercício. O conjunto de todos estes fatores conduz a um quadro psicológico que engloba sintomas de ansiedade e frustração que pode levar até á depressão, podendo originar uma nova doença crónica, se anteriormente inexistente. (Dias et al., 2011) Outro fator é o estigma associado à doença, com maior incidência no que toca à empregabilidade e desempenho das atividades diárias, sobretudo se o indivíduo tiver uma deformação física ou algum desvio comportamental.

## **-2) Fatores relacionados com os Serviços e os Profissionais de Saúde**

Este grupo de fatores refere-se ao grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde de acordo com a conjuntura do país, nos quais se incluem parâmetros como a taxa de participação da medicação e o acesso aos medicamentos mas principalmente o conhecimento dos profissionais de saúde acerca das doenças crónicas e a gestão da adesão à terapia. (Bugalho & Carneiro, 2004)

## **- 3) Fatores relacionados com a doença(s) e co-morbilidade(s)**

Nos doentes crónicos, principalmente no DCC, a gravidade dos seus sintomas, incapacidade física, psicológica, social e profissional que apresenta e grau de risco da doença, resultam em impactos significativos na sua vida, podendo ser mais ou menos limitante no exercício das atividades diárias. A existência concomitante de várias morbilidades leva a uma maior dificuldade de gestão da doença associado muitas vezes, à polimedicação.

## **- 4) Fatores relacionados com o tratamento**

Nestes fatores incluem-se a complexidade e duração do tratamento, onde se inclui a polimedicação, bem como as alterações mais ou menos frequentes no esquema terapêutico.

## **-5) Fatores relacionados com o doente**

O comportamento do utente é um fator muito importante e determinante para a implementação dos cuidados farmacêuticos, pois as suas perceções e necessidades influenciam a procura de medicamentos e serviços. Em Portugal, o utente é influenciado, através de diversas campanhas publicitárias, a consultar a opinião do farmacêutico no que toca ao aconselhamento de afeções menores, o que contribui para que os utentes estejam melhor informados e mais atentos aos seus direitos individuais, exigindo muitas vezes, uma atenção mais personalizada. (Goodman, Posner, Huang, Parekh, & Koh, 2013) Uma das hipóteses explorada, e que também tem vindo a aumentar cada vez mais devido ao envelhecimento da população, é a falta de literacia presente em muitos utentes. É de notar que o grau de iliteracia não aumentou mas como a população vive mais tempo, os idosos apresentam-se em maior número e consequentemente, a iliteracia associada tem maior impacto. O conceito é definido como “a capacidade para obter, processar e compreender informação e serviços básicos

de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde adequadas” (Santos, 2010) Casos de baixa literacia relacionada com saúde, geram vários comportamentos incorretos associados a piores resultados terapêuticos, bem como dificuldades de acesso ao sistema de saúde, desperdício de medicamentos ou dificuldades de compreensão da informação. Os utentes que apresentam grau de literacia mais baixo são os idosos, desempregados, imigrantes e com dificuldades económicas. (Dias et al., 2011) Mas, ao contrário da baixa literacia, também tem sido cada vez mais marcada, a acessibilidade do utente a novos meios de comunicação como a Internet, que viram a sua utilização aumentada na pesquisa sobre questões de saúde. (Santana 2009) Por esta razão, o farmacêutico depara-se com utentes que por um lado podem estar mais atualizados, mas outro lado, têm muitas vezes informações erradas. Também é de destacar a importância das atitudes, crenças e perceções do doente sobre a doença, que influenciam em muito a sua motivação e auto eficiência na gestão do regime terapêutico (Bugalho & Carneiro, 2004)

Para além das barreiras pessoais do doente e da sociedade em geral, os doentes crónicos complexos apresentam uma série de particularidades que dificultam a efetividade da farmacoterapia. Estas particularidades constituem constrangimentos dado que as patologias crónico degenerativas que muitas vezes se apresentam associadas invariavelmente ao seu envelhecimento gradual, somadas às doenças agudas e acidentes ocasionais que podem vivenciar, implicam o recurso a um maior número de medicamentos (polimedicação) cada vez mais eficazes, mas também com maiores riscos para o doente e, certamente, bem mais dispendiosos, Esta conjectura faz com que o DCC esteja potencialmente exposto a uma multiplicidade de PRM e RNM que condicionam a efetividade e segurança da sua medicação, quer por interações, quer por alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas que advém da sua condição frágil, que no conjunto dificultam a realização de cuidados farmacêuticos.

#### 4. Gestão da Doença Crónica Complexa

De modo a colmatar as barreiras de implementação dos métodos de cuidados farmacêuticos, foi criado o conceito de gestão da terapêutica como uma ferramenta facilitadora por parte do farmacêutico. O termo “gestão da terapêutica” começou por ser usado inicialmente na década de 80, sem uma associação direta às doenças crónicas, ponderando-se apenas uma redução de custos. No âmbito das doenças crónicas, as estratégias de gestão de doença surgem nos anos 90, entrando na linguagem corrente da área da saúde com bastante heterogeneidade. (Ouwens, Wollersheim, Hermens, Hulscher, & Grol, 2005) A Disease Managment Association of America, definiu gestão da doença como “um sistema coordenado de intervenções de saúde e de comunicação, para e com a população, assegurando condições para que os esforços de desenvolvimento e autocuidado sejam significativos e consequentes”. (Peytremann-Bridevaux & Burnand, 2009) Independentemente da definição, a gestão da doença crónica, passa sempre pelos três níveis de cuidados: o Primário, o Secundário e o Terciário. Os cuidados de saúde primários são o primeiro nível de contacto dos indivíduos com o sistema nacional de saúde, permitindo aos profissionais de saúde investir nesta área, adaptando a sua intervenção às necessidades da população. (Escoval, 2010) Estas ações podem ser preventivas e de promoção da saúde, adaptadas à população geral ou a uma certa população específica, quando há inexistência de doença crónica ou quando o nível de complexidade desta é diminuto. Os cuidados de saúde secundários são necessários quando a avaliação feita no cuidado primário necessita de uma abordagem mais específica, como por exemplo o encaminhamento e referenciação a um especialista da área do problema em questão. Estes cuidados dão-se quando há doença crónica com um maior nível de complexidade ou dificuldade de gestão. Quanto aos cuidados terciários, destacam-se as intervenções especializadas para intercorrências agudas ou de descompensação da doença crónica muito específicas, envolvem uma equipa multidisciplinar com peritos que ajudam a lidar com a doença crónica e principalmente com as suas complicações tardias. (Escoval, 2010)

Por estes motivos, as doenças crónicas individuais já não são vistas de um modo isolado, principalmente pelo número crescente de doenças crónicas, com características complexas. As exigências que estas doenças trazem, impõem níveis de cuidados que

necessitam de apoio alargado que inclui a aptidão de autocuidado para gerir problemas, associado a um cuidado e tratamento proactivo, de modo a que quaisquer alterações do estado de saúde possam ser rapidamente corrigidas antes de haver repercussões irreversíveis na saúde dos cidadãos. Neste sentido, é necessário que sejam formulados modelos de cuidados na gestão da doença crónica, destacando-se o Modelo da Pirâmide de Risco, o Modelo de Cuidados na Doença Crónica (CCM), o Modelo da Determinação Social da Saúde e o Modelo de Atenção às Condições Crónicas (MACC).

#### 4.1. Modelo da Pirâmide de Risco

Para iniciar a gestão clínica de uma doença, é necessário ter conhecimento da mesma, no que toca à sua definição, evolução, tratamentos disponíveis e prevalência. Por isso, a estratificação dos doentes por níveis de risco, torna-se fundamental para perceber em que fase está o doente, de modo a adaptar o nível de cuidados às suas necessidades. (US Department of Health and Human Services, 2010) Este modelo foi usado pela Kaiser Permanente e estratifica os doentes em três níveis de risco.

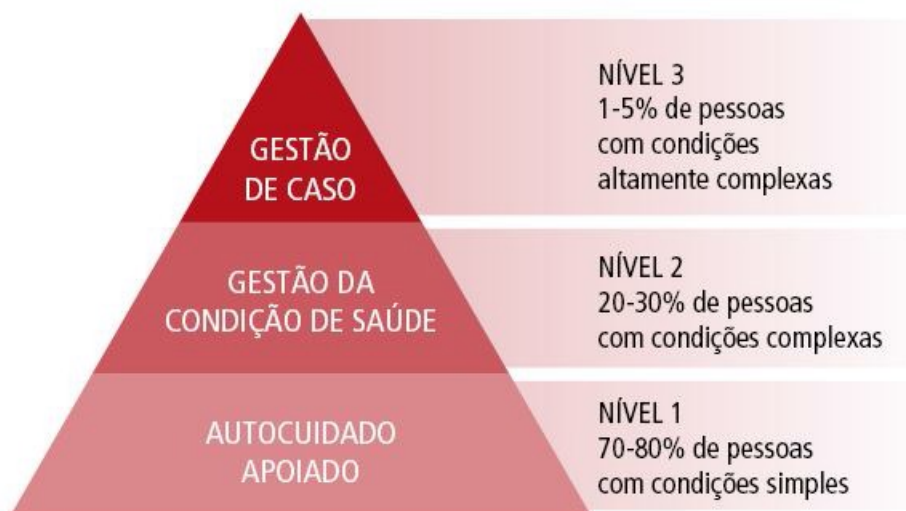


Figura 3- Modelo da Pirâmide de Risco Fonte: (Vilaça, 2012)

Apesar de não estar representado esquematicamente, o nível 0 constitui a população saudável que não possui nenhuma condição crónica e para as quais não são necessárias medidas de gestão da doença, mas apenas de promoção e prevenção da sua saúde.

No nível um, encontra-se a população que tem uma doença crónica diagnosticada, que representa uma ou mais condições simples. Neste nível, os doentes crónicos podem ter

ganhos benéficos na sua qualidade de vida através de pequenas alterações, nas quais se inserem uma melhor autogestão de doença que passa por um planeamento de cuidados adaptado ao desempenho individual do utente. Um doente informado e ativo, tende a ser mais cooperante e com maior aderência à terapêutica, atrasando muitas vezes a evolução da doença. Deste modo, num contexto de cooperação e parceria, é possível fazer um autocuidado apoiado que assegure o melhor tratamento possível acompanhado de um aconselhamento profissional no qual se inclui o farmacêutico. Este nível permite que o doente crónico, principalmente com doenças pautadas por erros comportamentais, como por exemplo a diabetes tipo II, consigam alterar os seus comportamentos através de uma gestão adequada da sua doença. Dado respeitarem 70 a 80% das pessoas com condições crónicas, o investimento na promoção da saúde e prevenção da doença tem um impacto económico e social muito relevante, permitindo atrasar ou impedir a passagem para o nível seguinte, controlando a doença, ou mesmo diminuir o número de doentes com doenças crónicas preveníveis.

No nível dois, encontram-se os doentes crónicos com condições complexas, os quais têm risco elevado de evolução da doença. Neste nível, os doentes necessitam de uma gestão efectiva dos cuidados de saúde prestados, pois a tendência natural é de uma progressão rápida da doença que tem de ser minimizada e contrariada. Estes doentes, representam 20 a 30% das condições crónicas, muitas vezes associadas a pluripatologias, que originam PRM devido às múltiplas medicações associadas, bem como a outros problemas, como a falta de adesão.

Por último, o nível três representa os doentes com condições crónicas muito avançadas e altamente complexas. Estes doentes representam 1 a 5% dos doentes crónicos que já não conseguem fazer a autogestão da doença devido à sua gravidade e que necessitam de um acompanhamento sistemático e diferenciado, adaptado à doença ou doenças que apresentam. Nestes doentes normalmente recorre-se a uma equipa multidisciplinar que conta com o contributo de vários peritos em diferentes áreas da saúde, tal como farmacêuticos, médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas que abordem uma estratégia específica para a gestão do caso do doente. (US Department of Health and Human Services, 2010)

## **4.2. Modelo de Cuidados na Doença Crónica (CCM)**

O Chronic Care Model (CCM), numa adaptação linguística para português Modelo de Cuidados na Doença Crónica, foi inicialmente apresentado em 1998 pelo MacColl Institute for Health Care Innovation, que a partir de estudos de literatura internacional, propõe este modelo para as condições crónicas. Torna-se um dos modelos mais conhecidos e mais implantados em diversos países, com várias adaptações às especificidades locais. (Solberg et al., 2006) A abordagem do CCM consiste na interação entre o doente crónico e uma equipa multidisciplinar de profissionais, na qual se insere o farmacêutico. O objetivo é fazer com que o doente se sinta motivado, com informação, aptidões e confiança necessárias para tomar decisões efetivas acerca da sua saúde, e para que consiga gerir a sua doença de um modo assertivo, com a ajuda de profissionais de saúde. (Epping-Jordan, 2002) Este modelo baseia-se em seis elementos inter-relacionados e atividades ou contribuições associadas.

O primeiro elemento a ter em conta neste modelo é a relação do doente com o prestador de cuidados, na qual o farmacêutico se inclui pois é um dos profissionais na primeira linha e que mais contacto tem com a população. Neste modelo, o farmacêutico contribui para um plano de cuidados assente em várias atividades bem delineadas. Primeiro, é importante que o farmacêutico entenda o próprio doente como parceiro ativo na gestão da sua doença e que lhe faculte toda a informação e educação disponível, bem como aos seus familiares e cuidadores. (Solberg et al., 2006) Este fator leva a que, a longo prazo, o utente desenvolva uma relação de confiança e que possa trazer dados novos, no que toca a confidências da vivência diária com a doença, tal como problemas de aderência ou reações adversas à terapêutica. O farmacêutico exerce um papel muito relevante, especialmente para o DCC que tenha um problema de gestão da doença, no sentido de facilitar e clarificar a sua terapêutica, e de estimular o doente a conhecer quais os problemas a que está sujeito e quais as suas consequências.

O segundo elemento a considerar é a Estrutura do Sistema de prestação de cuidados. Este elemento requer atividades que passam pela prevenção, rastreio, avaliação e diagnóstico para que se passe dos cuidados reativos pautados pela exacerbação da doença, para cuidados planeados e um seguimento proativo do doente. Para isso o farmacêutico deve estar atento às necessidades do utente, fazendo o rastreio de grupos considerados de risco, de modo a poder contribuir para o cuidado de doentes com

necessidades complexas, para posteriormente criar cuidados que se enquadrem à sua situação clínica.

O terceiro elemento é o Apoio à Decisão. Este, baseia-se na promoção do uso de instrumentos que facilitem a avaliação e diagnósticos dos doentes, para que possam ser usados protocolos que se baseiem nessas evidências. Através do diagnóstico, o farmacêutico consegue perceber qual o estado de saúde do doente, e recomendar linhas de orientação adequadas que o próprio doente pode seguir, e em casos graves, encaminhar para um especialista na área.

O quarto elemento inclui os Sistemas de Informação que consideram que uma comunicação efetiva com o doente e outros profissionais de saúde pode facilitar a discussão de casos entre profissionais e destes com o doente, atualização do estado clínico do doente e melhor gestão e cuidados do mesmo. Também favorece o uso de registos dos utentes, obtenção do seu feedback e monitorização e avaliação dos cuidados de tratamento.

O quinto elemento refere-se aos Recursos na Comunidade. Este parâmetro torna-se muito importante por fazer o enquadramento do doente e das suas condições na sociedade em que se insere, de modo a adquirir estratégias que promovam a integração social e estilos de vida saudáveis, para desenvolver programas de cuidados. A perceção deste enquadramento social ajuda a compreender quais as estratégias que funcionam melhor em certas comunidades de modo a dar um incentivo na participação dos doentes no seu plano de cuidados.

Por último, o sexto elemento baseia-se na Organização dos Cuidados de Saúde, com maior enfoque a nível político e regulamentar. Deste modo, o farmacêutico deve acompanhar de forma ativa, o desenvolvimento de estratégias de cuidados planeados pela adoção de papéis de liderança apropriados nas organizações de saúde. Também tem em conta a gestão de recursos humanos e económicos, para a coordenação custo-efetiva, que permite contribuir para a criação de estratégias de melhoria eficazes. A figura 4 resume o modelo referido.



Figura 4- Modelo de Cuidados na Doença Crónica Fonte: (Vilaça, 2012)

### 4.3. Modelo da Determinação Social da Saúde

O Modelo da Determinação Social da Saúde foi criado por Dahlgren e Whitehead em 1991, numa tentativa de criar um modelo simplificado de cuidados de saúde, que fosse de fácil compreensão e incluísse em simultâneo diversos fatores. Deste modo, o modelo tem uma estruturação por camadas, incluindo os determinantes de saúde segundo o seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais (microdeterminantes), até uma camada mais distante (macrodeterminantes). (Almeida Filho, 2004) (Figura 5)



Figura 6- Modelo de Determinação Social da Saúde Fonte: (Vilaça, 2012)

Através da representação do modelo, é possível observar que os indivíduos estão na base, com as suas características pessoais tal como idade, sexo e fatores hereditários, que exercem impacto sobre o seu potencial de vida e conseqüentemente sobre as suas condições de saúde. Na camada externa seguinte estão incluídos fatores de estilo de vida e comportamentos individuais. Esta camada constitui a principal fonte de mudança e na qual o farmacêutico pode exercer o maior impacto na alteração de condicionantes das doenças crônicas. Quanto aos comportamentos individuais alguns representam escolhas pouco saudáveis nas quais se incluem o tabagismo, alcoolismo, abuso de substâncias e obesidade, escolhas essas que são feitas pelo livre arbítrio e que podem ser mudadas a qualquer altura. A camada seguinte destaca a influência que as redes sociais e comunitárias de saúde exercem sobre o estado de saúde, pois quanto mais avançadas e coesas forem, maior vai ser o nível de cuidados prestados. Redes informadas e com boa comunicação e organização, tendem a prestar melhores serviços, com maior rapidez e atenção aos doentes, sendo de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. A penúltima camada refere-se aos fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho que incluem muito da conjuntura atual do país. Nesta camada são incluídos fatores como a capacidade que o país tem de produção sustentável de alimentos, acesso a ambientes e serviços essenciais como a saúde e a educação, condições habitacionais e condições de trabalho. É de referir que os indivíduos em desvantagem social apresentam exposições positivas e negativas aos diversos fatores

que se inserem nesta camada, e por isso podem estar mais expostas a fatores benéficos ou prejudiciais, tais como condições habitacionais inadequadas ou exposição a condições de trabalho que sejam potenciadoras de stress e perigo. Por último, na camada mais externa estão situados os macrodeterminantes, que têm uma grande influência sobre todas as camadas inferiores. Entre eles estão os fatores económicos, culturais e ambientais da sociedade, que também podem ter influência de determinantes a nível mundial.(Almeida Filho, 2004)

#### 4.4. Modelo de Atenção às Condições Crónicas (MACC)

Por último, o Modelo de Atenção às Condições Crónicas, criado por Mendes em 2011, (Mendes, 2011b) surge pela junção das experiências obtidas com os modelos anteriores. Este modelo representado na figura 6 organiza-se pela estratificação de cinco níveis de intervenções em saúde.

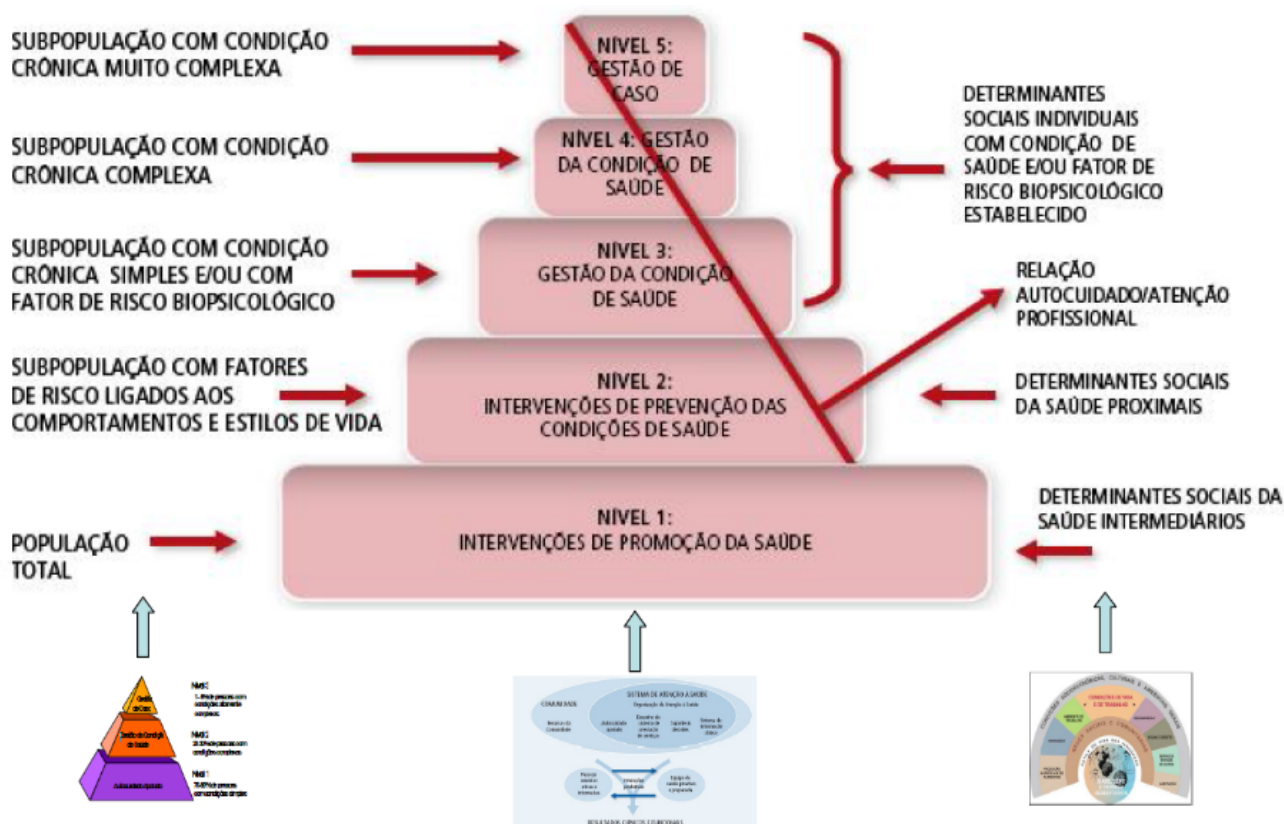


Figura 7- Modelo de Atenção às Condições Crónicas Fonte: (Vilaça, 2012)

No nível 1 inserem-se as Intervenções de Promoção da Saúde, operando com a população total de uma rede de atenção que constitui a base da pirâmide, com enfoque nos macrodeterminantes e determinantes intermédios de saúde do modelo da determinação social, que diz respeito às condições de vida, trabalho e habitação, saneamento, educação, segurança, infraestruturas, entre outras. Neste primeiro nível propõem-se intervenções ao nível da vigilância e promoção da saúde para toda a população, realizadas através de ações intersectoriais de cuidados, no qual a farmácia tem um papel ativo pelo facto do farmacêutico se encontrar em constante contacto com o doente, e por conseguir realizar de forma visível ações de promoção da saúde que alertem para os problemas.

O nível 2 refere-se às Intervenções de Prevenção das Condições de Saúde. Este nível incorpora intervenções em sub-populações estratificadas por fatores de risco segundo a pirâmide, com foco nos determinantes proximais do modelo social, relativos aos comportamentos e estilos de vida. As intervenções dão-se ao nível preventivo, pela sensibilização e tentativa de modificação dos fatores de risco comportamentais referidos anteriormente, para os quais as estratégias já implementadas de cuidados farmacêuticos a nível nacional demonstraram a sua importância. A DGS criou, de acordo com o problema de saúde encontrado, programas prioritários de atenção, para os quais a ANF também criou de programas de ação e de vigilância, nas doenças crónicas e nos seus factores de risco. Estes programas dizem respeito a ações preventivas levadas a cabo nas farmácias e incluem programas de controlo do tabagismo, incitação ao exercício e a outras práticas saudáveis. (Direção Geral de Saúde, 2012a)

A partir do nível 3, inclusive, do MACC, os cuidados são direcionados para subpopulações que já apresentam doenças crónicas instaladas, com maior ou menor complexidade. Neste nível em específico, segundo a pirâmide, as condições crónicas apresentadas são de baixo ou médio risco, e pouco complexas, ou a população em causa apresenta factores de risco biopsicológicos. Os cuidados a serem ministrados são fortemente marcados por ações de autocuidado apoiado, que podem ser ensinadas e executadas pelo farmacêutico. Devido à pouca complexidade da situação, os indivíduos podem fazer a sua própria gestão e cuidado da doença, através de medidas simples que incluem cuidados da prática farmacêutica diária, tais como a vacinação, rastreio de diversas condições de saúde através de campanhas e medição de parâmetros como a glicémia, colesterol, peso e tensão arterial. Perante a pouca complexidade associada,

torna-se fácil para o doente fazer uma gestão da doença, com recurso mínimo a cuidados profissionais.

No nível quatro, as subpopulações em enfoque têm condições crónicas de alto ou muito alto risco, em que no nível de autocuidado apoiado, se observa uma necessidade maior de cuidados profissionais, e mais especializados, para o doente.

Por último, o nível cinco tem em conta as sub-populações que apresentam as condições de saúde crónicas, mais complexas e que exigem a maior parte dos recursos existentes. Estes doentes estão no topo da hierarquia por exigirem planos de cuidado singulares, que englobam várias doenças e medicações, e para os quais o próprio doente já não consegue executar uma autogestão efetiva. Os cuidados farmacêuticos são uma prática importante nestes doentes por permitirem o acompanhamento da evolução da doença, verificar se ocorrem exacerbações para posterior contacto médico, fazer revisões medicamentosas periódicas para deteção de PRM e RNM, mas sobretudo por ser um dos profissionais de saúde mais presentes e com maior disponibilidade para nortear e tentar motivar o doente na sua auto gestão e adesão á terapêutica.

## 5. Estratégias de Cuidados Farmacêuticos para Doentes Crónicos

Perante os modelos de cuidados para doentes crónicos, apresentados no capítulo anterior, é necessário perceber em que sentido se encaixam os cuidados farmacêuticos, principalmente nos doentes crónicos complexos que não abrangem a maioria da população mas sim uma percentagem de doentes que exige cuidados mais específicos e adequados às suas necessidades. Estes modelos defendem também que para reduzir efetivamente o risco de doenças crónicas é necessária uma atuação direcionada à diminuição dos fatores de risco, prevenindo-os. (Goodwin, 2013) De acordo com este conceito é imprescindível desenvolver estratégias que incluam intervenções primárias, secundárias e terciárias. As intervenções primárias têm como objetivo evitar que a doença em causa chegue a acontecer. A prevenção secundária passa por monitorizar as pessoas que têm predisposição para adquirir certa doença crónica antes que esta se manifeste. O fator comum de ambas as intervenções é a prevenção da doença antes da sua ocorrência, fator de elevada importância para um indivíduo saudável que ainda não desenvolveu determinada doença ou para um doente crónico que já tem uma doença mas onde se previne que outra apareça. Este tipo de prevenção é ainda mais relevante no caso do DCC, em que a adição de novas doenças ou condições da sua doença de base têm um alto impacto na sua qualidade de vida. A este nível, os cuidados farmacêuticos são uma mais-valia, dado compreenderem o desenvolvimento de vários programas de prevenção de doenças. Quanto á prevenção terciária, tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causada por uma doença crónica já instalada. (Meireles, 2006) Tendo em conta estes objetivos, a Direção Geral de Saúde de Portugal criou vários planos nacionais de saúde que incidem nas principais doenças crónicas, englobando não só cuidados farmacêuticos como também cuidados prestados pelos restantes prestadores de saúde. (Direção Geral de Saúde, 2012a) É, assim, imprescindível que sejam desenvolvidos cuidados farmacêuticos orientados para o doente, que melhorem o uso dos medicamentos, o resultado da farmacoterapia e que ajudem no controlo da doença. Estes cuidados deverão incluir serviços que apoiem o doente nas seguintes áreas:

- Informação sobre medicamentos
- Cumprimento, adesão e reconciliação terapêutica

- Rastreio de doenças
- Prevenção de doenças
- Intervenções clínicas para identificação e resolução de problemas relacionados com medicamentos
- Revisão da utilização de medicamentos
- Gestão da farmacoterapia
- Gestão da patologia para doenças crónicas
- Colaboração na tomada de decisões terapêuticas juntamente com o médico e restantes membros da equipa de saúde

De um modo geral, os serviços farmacêuticos devem ser adaptáveis ao tipo de situação clínica, dividindo-se e agrupando-se nas seguintes categorias.

### **5.1. Serviços Focados no Aconselhamento ao Doente sobre os Medicamento**

Estes serviços representam o aconselhamento geral, ou mais específico, do farmacêutico ao doente, e incluem conselhos sobre a terapêutica, doença(s) e medidas não farmacológicas, que inclui ou não, a dispensa de medicamentos, com o objetivo de promover o seu uso correto e consciente. Inclui também o incentivo à prática de autocuidado, tão importante no doente crónico complexo, pela multiplicidade de situações com que tem de lidar diariamente. (Ordem dos Farmacêuticos, 2008)

### **5.2. Serviços de Controlo de Fatores de Risco**

Nestes serviços há recurso a programas de prevenção ou sensibilização com técnicas focadas na mudança do comportamento do indivíduo. Nos modelos de doença crónica, estes serviços são sempre abordados, pela abrangência e impacto que trazem, não só a uma população específica mas também no geral, transformando-se no nível básico a seguir em qualquer situação. No Modelo da Pirâmide de Risco, no primeiro nível (dos doentes com um nível de complexidade mais baixo) este serviço faz todo o sentido, evitando a evolução da situação para um risco mais complexo, que terá implicações futuras mais graves. (US Department of Health and Human Services, 2010) Também no

doente crónico complexo, a que se referem os níveis seguintes, é importante que continue a haver uma prevenção contínua, pois a tendência natural de evolução das doenças crónicas é o agravamento das mesmas. Em qualquer um dos modelos vistos a realização de atividades de prevenção e alerta no primeiro passo é imprescindível para a melhoria da gestão terapêutica dos cidadãos, com destaque para o MACC que abrange num primeiro nível a prevenção a nível da população global e em seguida a prevenção de mais complicações nas doenças crónicas. (Mendes, 2011)

Em termos de metodologia específica de cuidados farmacêuticos, o controlo de fatores de risco aplica-se nas duas vertentes: na do utente que ainda não tem a doença e é informado sobre comportamentos que permitam evitá-la, modificando a sua exposição aos fatores de risco, e na do doente que não preveniu o fator de risco e em consequência adoeceu, ou está em risco aumentado de o fazer, e no qual se procura mudar o seu comportamento, impedindo a instalação da doença ou o seu agravamento. Para tal, são feitas campanhas de prevenção e sensibilização a vários níveis. No geral, inserem-se neste âmbito os programas de promoção de uma vida saudável, tal como campanhas anti tabágicas, de alerta para diabetes, hipertensão, colesterol e doenças cardíacas, e ainda os programas preventivos de trocas de seringas. (Direção Geral de Saúde, 2012a)

### **5.3. Serviços de Aconselhamento em Automedicação**

Quando um problema clínico é encontrado, dependendo da gravidade ou complexidade da situação, o farmacêutico tem autonomia para iniciar um tratamento farmacológico, em transtornos menores, com medicamentos não sujeitos a receita médica. Nos doentes que têm apenas essas patologias de origem aguda, não é necessário realizar cuidados farmacêuticos específicos, devido á pontualidade da situação. (Marlowe et al., 2009) Mas, no caso dos doentes crónicos simples, e principalmente nos complexos, é necessário entender qual a medicação utilizada na sua terapêutica de base antes de introduzir um novo medicamento, mesmo que se restrinja a uma situação pontual, ou de exacerbação da doença crónica do doente. É necessário realizar uma revisão terapêutica, utilizando, por exemplo, a estratégia de “Medication Review” de tipo I, proposto pelo PCNE, idealmente associado ao registo preconizado pela metodologia SOAP, compilando-se, de forma simples e rápida, o conjunto de dados do utente. Este é instrumento rápido de tomada de decisões (disponível no Programa SIFARMA),

permitindo o acompanhamento do utente na sua farmácia habitual. A execução desta tarefa relativamente simples pode contribuir para que haja uma diminuição de RNM potencialmente resultantes da atividade de indicação farmacêutica (quando o farmacêutico propõe medicamentos que considera adequados ao transtorno menor apresentado por aquele doente), ou da automedicação pelo doente. Em muitos modelos de cuidados, tal como no CCM, quando este aconselhamento se associa a um resultado positivo em saúde, contribui para o desenvolvimento de confiança do utente no farmacêutico e maior aceitação de conselhos clínicos, incrementando a consulta da opinião do farmacêutico sempre que houver um problema. (Epping-Jordan, 2002) Os doentes crónicos complexos, devido às suas patologias e exacerbações, recorrem várias vezes ao serviço de urgências dos hospitais, muitas das vezes sem necessidade, o que resulta num gasto desnecessário de recursos monetários e humanos, numa situação que não necessitava de um cuidado imprescindível. (OMS, 2002) Ao estabelecer uma relação de confiança com o farmacêutico, o doente considera a sua opinião importante, associando-a a um resultado positivo de medicação. Por isso, através do uso de ferramentas e metodologias facilitadores de apoio á decisão para estes casos, o farmacêutico consegue perceber qual o estado de saúde do doente, aconselhando-o a realizar autocuidados, tendo em conta as linhas de orientação adequadas, e, em casos graves, encaminhar para um especialista na área.

#### **5.4. Serviços de Obtenção do Historial Farmacoterapêutico**

Estes serviços podem ser feitos integrados em diferentes metodologias. Por exemplo, em investigação a nível de farmácia comunitária, para se ficarem a conhecer as patologias do doente, ou a nível hospitalar, na reconciliação terapêutica, quando houver transferência do doente entre diferentes contextos da prestação de cuidados, passando a informação para outros profissionais de saúde, de modo a evitar discrepâncias na medicação. Em ambas as realidades de exercício farmacêutico, esta obtenção inicial é feita em muitas metodologias para um conhecimento da situação clínica do doente, sendo o ponto de partida para a adaptação e realização dos cuidados farmacêuticos. As várias metodologias para realização de cuidados farmacêuticos usam esta informação de uma forma mais ou menos detalhada. No caso do método de Dader, é suposto recolher-se informação exaustiva sobre os problemas de saúde do doente e respetiva medicação,

da cabeça aos pés, , iniciando a entrevista com os problemas de saúde que mais preocupam o doente. (Machuca et al., 2004)No Método de Minnesota também é feita uma entrevista clínica pelo farmacêutico, incidindo sobre a situação geral do doente, mas, principalmente, procurando a ocorrência de PRM, por forma a se obter uma análise mais completa dos problemas de saúde do utente, baseada numa avaliação sistemática da indicação, efetividade, segurança e adesão do utente à terapêutica, no que toca a medicação. (OMS, 2001) Por isso, esta abordagem pode ser feita de um modo preventivo para detetar alguma doença ou fator de risco, ou então de modo a descobrir falhas terapêuticas relacionadas com Problemas Relacionados com Medicamentos. Uma boa recolha da história terapêutica do doente é crucial para um bom desenvolvimento dos cuidados farmacêuticos, principalmente no doente crónico complexo. Devido á complexidade da situação, na obtenção da história clínica do doente, este deve apresentar todas as fontes de informação possível, tal como exames e receituário, e fazer-se acompanhar de um cuidador ou familiar, para garantir que as informações dadas estão corretas e completas. Nestes doentes, é importante utilizar um método como o de Medication Review, com uso de uma revisão do tipo intermédia ou avançada, para posterior registo em folha SOAP, ou outra similar, de fácil acesso para o farmacêutico, para realização de seguimento.

Em termos de modelos de cuidados, este serviço insere-se em todos os modelos, constituindo o ponto de partida para a realização das atividades subsequentes. O conhecimento dos problemas do doente posiciona-o num determinado nível da pirâmide de risco, permitindo a seleção do cuidado específico de gestão clínica que mais se adequa, bem como perceber em que meio se insere o doente, qual a capacidade de acesso aos cuidados de saúde e capacidade económica.

### **5.5. Serviços de Revisão de Medicamentos e Ajuste na Farmacoterapia**

Após a obtenção do historial farmacoterapêutico do doente é necessário compreender se existem problemas na medicação, e caso estes não existam, se há algum fator de risco que possa ser alterado. Os serviços de revisão da medicação e ajuste na farmacoterapia são de grande importância no doente crónico complexo, dado o risco aumentado para exposição a PRM e RNM. O perfil farmacoterapêutico do doente, obtido no serviço anteriormente descrito, serve como base para a revisão farmacoterapêutica nas diversas

metodologias dos cuidados farmacêuticos. Seja ela mais ou menos detalhada, consoante a gravidade da situação, é sobre a história medicamentosa que se vai estudar, avaliar e intervir de forma a adequar o plano terapêutico aos resultados em saúde pretendidos. É neste ponto que são detetadas a maioria das falhas terapêuticas e nas quais os conceitos de PRM e RNM são descobertos. (Allemann et al., 2014) Para facilitar esta análise ou revisão farmacoterapêutica, é muito útil recorrer a métodos sistematizados de seguimento farmacoterapêutico que orientem na deteção de falhas de necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos utilizados pelo doente. Um dos métodos mais utilizados nesta fase é o do Consenso de Granada, para muitos mais simples e rápido de aplicar do que outras estratégias, como a proposta pelo PCNE. No entanto, o conhecimento dos diferentes métodos, das suas especificidades, limitações e vantagens permitirá ao farmacêutico adaptar o que melhor se adequa ao caso em questão. Em situações mais graves, como a do doente crónico complexo, faz sentido perceber, detalhadamente, em que domínio se encontra a sua patologia, para uma melhor compreensão do problema e conseqüentemente da sua resolução. Se o farmacêutico notar que a situação em que o doente se encontra é mais delicada, deverá aplicar um serviço mais diferenciado, eventualmente com maior dispêndio de tempo no acompanhamento do caso e até com marcação de visitas à farmácia, com vista ao seguimento mais próximo do caso, sendo o modelo proposto pelo PCNE um dos melhores a aplicar nestes doentes. (PCNE, 2013)

Após a listagem dos problemas encontrados é então imperativo a criação de um plano de cuidados com ações estratégicas para cada problema identificado, com metas terapêuticas específicas a curto, médio e longo prazo. Cada intervenção deve ser adaptada ao doente em causa. A priorização das intervenções deve ter em consideração os PRM/ RNM que mais preocupam o profissional de saúde e, também, os que mais preocupam o doente, e que nem sempre são coincidentes. O respeito pela opinião do doente é importantíssimo para a adesão deste ao plano de cuidados proposto. Esta fase é, também, comum a todos os modelos de cuidados farmacêuticos referidos.

## **5.6. Serviços de Acompanhamento da Farmacoterapia e Evolução do Utente**

Os serviços de acompanhamento são os mais importantes para o doente crónico complexo e os que o diferem do doente agudo e de situações menos complicadas.

Usando novamente os modelos de cuidados farmacêuticos, após obter-se a história farmacoterapêutica do doente é necessário enquadrá-lo no nível de cuidados que precisa, sendo o modelo MACC um dos que melhor se adequa a esta situação. (Solberg et al., 2006) Doentes com uma condição crónica simples são mais suscetíveis de compreender a sua própria terapêutica e de conseguir fazer de forma efetiva a auto gestão da doença. No caso dos doentes mais complexos, as metas traçadas anteriormente no plano de cuidados e intervenções resultante da revisão farmacoterapêutica costumam não ser tão fácil ou rapidamente atingíveis, necessitando de monitorização a longo prazo, pela dificuldade que o doente tem em gerir as suas patologias. Como exemplo, para aferirmos qual o sucesso das intervenções propostas no plano de cuidados na área da hipertensão e diabetes, temos de ir medindo alguns parâmetros biológicos, como a tensão arterial e a glicémia, para compreender se estão a ter impacto no doente ou não. Este acompanhamento ajuda a definir estratégias que melhorem a vida dos doentes através da modificação dos fatores prejudiciais, para que se produzam alterações na qualidade de vida do doente. O seguimento desta informação pode ser feito novamente, através do registo SOAP, quando o doente se dirige á farmácia para a compra/ levantamento da sua medicação, o que pressupõe atualização do seu estado situacional e revisão periódica da terapêutica para a monitorização do atingimento das metas propostas e de eventuais novos problemas terapêuticos. (Coren, 2013)

### **5.7. Serviços de Interação Multidisciplinar**

Os doentes crónicos podem ter problemas que ultrapassem a autonomia das funções do farmacêutico, e da sua relação com o utente ou com os seus cuidadores. Nestes casos, o acompanhamento farmacoterapêutico para ser eficiente necessita da articulação com outros profissionais de saúde, devendo o farmacêutico tornar-se num elo de ligação entre o doente e os profissionais de saúde da área específica na qual se enquadra o problema do doente. (Hepler & Strand, 1990) A referenciação médica de situações que não são da área de intervenção do farmacêutico é um serviço importante na deteção de patologias, erros de medicação ou encaminhamento de situações mais graves para outros níveis assistenciais. Neste sentido o farmacêutico também faz parte a nível hospital, deste tipo de serviços através da sua opinião na tomada de decisões clínicas

juntamente com os médicos, quando são feitas as rondas hospitalares, no desenvolvimento de protocolos clínicos, formulários terapêuticos e promoção de boas práticas de prescrição, principalmente nos doentes com múltiplas patologias e de elevada complexidade

## **6. Cuidados Farmacêuticos nas Principais Doenças Crónicas e Fatores de Risco em Portugal**

De acordo com dados disponibilizados pela OMS, em 2008 morreram 36 milhões de pessoas no mundo portadoras de doenças crónicas, das quais 9 milhões tinham menos de 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada se os doentes tivessem beneficiado de cuidados de saúde e sociais atempados. (OMS, 2014) Perante estes números, é importante que Portugal consiga adotar e reconhecer práticas de saúde direcionadas a pessoas portadoras de doenças crónicas, de modo a que estas possam aceder aos cuidados que necessitam da equipa global de saúde, onde se inclui o farmacêutico, visto que em Portugal há um longo caminho a percorrer no que concerne ao reconhecimento do direito de pessoas portadoras de doença crónica. Não existe legislação que clarifique qual a definição de doente crónico, não estando também consagrado um Estatuto do Doente Crónico na nossa legislação, à imagem do que existe em outros países. (Direção Geral da Saúde, 2010) No entanto, algumas alterações têm sido feitas desde 2007, dado ter sido percecionado que esta legislação poderia ser confusa e trazer várias incongruências e desigualdades na assistência prestada, pois os indivíduos que possuam um quadro clínico deste estilo precisam de solicitar um atestado multiusos de incapacidade para poderem ver a sua situação reconhecida.

### **6.1. Programas da Direção Geral de Saúde no âmbito da doença crónica**

Perante esta consciencialização, a Direção Geral de Saúde (DGS) de Portugal decidiu criar vários planos nacionais de saúde que incidissem nas principais doenças crónicas, incluindo medidas na área dos cuidados farmacêuticos e de outros domínios. (Direção Geral de Saúde, 2012a) De acordo com a DGS, os programas de saúde prioritários a desenvolver em Portugal são:

- 1- Programa Nacional para a Diabetes
- 2- Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA;
- 3- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo;
- 4- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável;
- 5- Programa Nacional para a Saúde Mental;

- 6- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas;
- 7- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias;
- 8- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares

Através da criação destes programas em Portugal, vocacionados para doenças específicas e promoção da saúde, espera-se que sejam implementadas ações inovadoras que congreguem organizações profissionais e que permitam reverter o crescimento alarmante das doenças crónicas. Estes planos da DGS estão interligados com outras parcerias a nível mundial, como é o caso da Non Communicable Disease Alliance, e a Estratégia Europa 2020. (OMS, 2014)

O principal desafio no combate às doenças crónicas centra-se no combate a quatro dos seus maiores fatores de risco que são o tabagismo, má alimentação, abuso de álcool e défice de atividade física. Crê-se que se poderam controlar e reduzir as doenças crónicas com estes planos específicos, pois muitas delas dependem dos comportamentos. Torna-se imperativo que a conjugação de todos estes planos e medidas seja efetuado de forma eficiente em Portugal, através da criação de uma abordagem intersectorial, que inclua estratégias a todos os níveis de cuidados.

## **6.2. Diabetes Mellitus**

A diabetes é uma doença com cada vez maior prevalência em Portugal, tanto no subtipo 1 como no 2. Este aumento está relacionado a uma multiplicidade de fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Dados de 2010, revelam que a prevalência desta doença atingiu 12,4% da população com idade entre os 20 e 79 anos, sendo esta maior nos homens, e assumindo a 4ª posição nas causas de morte, após a doença cardiovascular, oncológica e respiratória. (PORDATA, 2015) Em 1997 surgiu o 1º Protocolo de Colaboração no âmbito da diabetes, envolvendo simultaneamente o Ministério da Saúde, a indústria farmacêutica, os distribuidores de produtos farmacêuticos e as farmácias. (Direção Geral de Saúde, 1995) Este protocolo teve como objetivo reunir esforços para uma melhoria conjunta da acessibilidade dos indivíduos diabéticos à autovigilância, dispositivos médicos indispensáveis e a monitorização da doença por profissionais. O protocolo reconhece a importância da existência de uma equipa multidisciplinar, com articulação do farmacêutico com o médico, devendo o

farmacêutico dominar o aconselhamento nestes utentes. Em 2003 a OMS assume a importância da realização de cuidados farmacêuticos, referindo que esta é uma nova prática e filosofia inovadoras com ganhos visíveis de saúde. Face a este desenvolvimento, o programa foi revisto em 2007, originando o 2º Programa de Prevenção e Controlo de Diabetes, em vigor até ao momento, reforçando-se as estratégias de cuidados farmacêuticos. O Programa reformulado conta com várias cláusulas que refletem a colaboração entre o Ministério da Saúde, a ANF, a Ordem dos Farmacêuticos e a Associação das Farmácias Portuguesas, que se baseia na clarificação do papel e da intervenção do farmacêutico nos vários níveis de cuidados (níveis de cuidados essenciais e diferenciados). (Direção Geral de Saúde, 2012b) No nível I, dos cuidados essenciais, insere-se o aconselhamento farmacêutico, com enfoque na autovigilância do utente e identificação de diabéticos não controlados ou indivíduos com suspeita de diabetes para referenciação ao médico. O segundo nível de intervenção pretende que, no caso da doença já instalada, seja feita o acompanhamento farmacoterapêutico, que abrange o seguimento entre consultas médicas e otimização da aderência à terapêutica. Dado os doentes com diabetes frequentemente necessitarem de polimedicação e apresentarem comorbilidades várias, a intervenção farmacêutica deverá corresponder à utilizada no doente crónico complexo, que necessita de um profissional presente para a gestão adequada da sua ou suas doenças. Assim, os cuidados farmacêuticos a ter em conta nesta doença poderão ser realizados através do registo SOAP. Esta metodologia de cuidados permite não só identificar novos casos de diabetes, como também fazer a sua gestão e articulação com outras doenças, através do registo de dados objetivos, como o sejam a monitorização de parâmetros como a glicémia capilar, glicosúria, cetonúria e perímetro abdominal; permite ainda avaliar o grau de satisfação do utente com a terapêutica. Através da análise dos dados objetivos do utente, é possível perceber, de um modo geral, qual o estado de saúde do utente relativamente a outras doenças e se tem outras doenças associadas. Inicia-se o seguimento com a folha SOAP e, posteriormente, se for detetado algum RNM, no que toca a necessidade, efetividade e segurança, é necessário encontrar qual o PRM que o poderá causar. No caso da diabetes, o farmacêutico poderá ter uma posição ativa, por exemplo, na utilização de aparelhos de medição da glicémia, aparelhos de administração de insulina e conservação desta. Estas atuações são muito importantes para criar um elo de ligação entre doente e farmacêutico, nomeadamente nos utentes que mostrem barreiras para a aplicação de cuidados farmacêuticos, principalmente devido a iliteracia,

idade avançada e má informação retirada da Internet. Sempre que detetados problemas que o farmacêutico não possa resolver é necessário que seja encaminhado para o médico, embora mantendo-se o seguimento farmacoterapêutico na farmácia. Ainda neste âmbito, o farmacêutico deverá promover a vigilância sobre o surgimento de complicações, imediatas ou tardias, associadas à doença, como é o caso do pé diabético, podendo sugerir consultas de podologia, cada vez mais requisitadas nas farmácias atuais; poderá, igualmente, sugerir consultas de nutrição, que incitem o utente a ter uma alimentação mais cuidada e saudável, e aconselhar hábitos de higiene e atividade física mais marcada, principalmente em utentes com diabetes tipo II.

Isoladamente a diabetes pode ser mais fácil de controlar do que quando associada a outras doenças ou às suas várias complicações. No entanto quando estas também estão presentes o farmacêutico tem de ter um tipo de abordagem mais pormenorizado e atento ao nível dos cuidados que presta, sendo desejável que faça um seguimento contínuo, com visitas programadas à farmácia. Uma das metodologias a utilizar nesse caso, para além da utilização da folha SOAP, seria a realização concomitante de seguimento farmacoterapêutico através do método de Dáder, permitindo um acompanhamento mais completo. Neste âmbito, o Método de Dáder obriga a fazer uma revisão corporal dos pés à cabeça que poderá facilitar a deteção de RNM e, conseqüentemente, PRM. Em relação à diabetes e ao programa de cuidados farmacêuticos subjacente “Controlar a Diabetes está na sua mão!”, foi realizado um estudo pela CEFAR, em parceria com a Espírito Santo Research, que permitiu verificar a ocorrência de uma poupança acentuada como resultado do exercício de cuidados farmacêuticos. Os custos directos da intervenção em farmácias são de 274 milhões de euros, o que equivale a 2,3% do orçamento em Saúde. A poupança estimada em custos directos e indirectos é de 411 milhões de euros, o que equivale a uma poupança aproximada de 43 euros mensais por doente diabético. (ANF, 2010) Estas estratégias são corroboradas por vários estudos abordados em ata farmacêutica pela Ordem dos Farmacêuticos do Porto, os quais demonstram várias estratégias de cuidado ao longo dos anos, que ajudaram principalmente na educação do doente e na articulação da sua doença com outras doenças crónicas (Tabela 6)

| Ano e Autor          | Estratégia de Cuidado  |
|----------------------|--|
| 2006,<br>Lindenmeyer | - Adição de sistemas de monitorização electrónica aos frascos de comprimidos do doente e transferência de dados para o farmacêutico com posterior análise  |
| 2007,<br>Machado     | - Gestão da farmacoterapia com ajuste de doses<br>- Educação e aconselhamento sobre medicamentos e dispositivos, com orientações sobre dieta e exercícios, recomendações nutricionais e mudanças no estilo de vida<br>- Comunicação do farmacêutico com o médico, através de encontros presenciais ou por telefone |
| 2008,<br>Wubben      | - Revisão do histórico de glicémias capilares pelo farmacêutico<br>- Avaliação da farmacoterapia, educação do utente, estilo de vida e até na gestão de caso   |

Tabela 6- Exemplos de Estratégias de Cuidados Farmacêuticos por ano a autor, referentes a Diabetes.  
Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (2008).

### 6.3. VIH/SIDA

A infeção pelo vírus da SIDA é reconhecida mundialmente pela sua elevada transmissão e pelas implicações, em termos de saúde e qualidade de vida, que condiciona após a sua instalação. Em Portugal, este Plano é prioritário, não só devido aos fatores atrás mencionados, como também devido ao estigma social associado. Apesar de apresentar uma tendência decrescente, esta doença continua a afetar as populações com comportamentos mais vulneráveis em saúde, como é o caso de utilizadores de drogas e prostituição. Cerca de 60% dos casos de diagnóstico são tardios, tornando-se imperativo tomar medidas que visem a diminuição da sua incidência global e melhorar o prognóstico clínico das pessoas com doença já instalada. (Direcção Geral da Saúde, 2012) É necessário estabelecer orientações claras a nível estratégico, de boas práticas farmacêuticas e cuidados clínicos, que promovam a mudança de comportamentos e atitudes. Este programa tem como objetivo ter zero número de novas infeções e zero mortes relacionadas com SIDA. Adota uma estratégia de 3 em 1 que passa por um sistema de liderança nacional, um plano multisectorial alargado e um sistema eficaz de monitorização e avaliação. A prevenção desta infeção

condiciona uma prevenção futura de tuberculose e hepatite C, doenças subjacentes à infeção por VIH/SIDA e que trazem vários encargos e situações potencialmente perigosas. A nível do programa nacional para a Infeção VIH/SIDA, muitas estratégias podem ser feitas, sendo que a nível farmacêutico, e da contribuição das farmácias para a melhoria desta doença, vários programas de cuidados relacionados com esta problemática têm sido abordados. Um desses cuidados tem sido o Programa de Troca de Seringas, em que para evitar um contágio de grupos de risco, foi criado um kit com todas as barreiras às formas de transmissão, que inclui duas seringas estéreis, duas toalhetas embebidas em álcool a 70º, um preservativo, duas ampolas de água bidestilada, um filtro, duas caricas, duas carteiras de ácido cítrico e um saco de plástico. Este Programa intitulado “Diz não a uma seringa em segunda mão”, teve a duração de 15 anos, desde 1993 a 2008, com obtenção de resultados muitos positivos, tendo sido recolhidas no total 43 045 293 seringas, a sua maioria na farmácia. (ANF, 2008) Os cuidados farmacêuticos na SIDA passam prioritariamente pela prevenção de novos casos. A gestão farmacoterapêutica do doente infetado é maioritariamente realizada a nível hospitalar através de uma metodologia de seguimento que se adequa à complexidade desta patologia, que apresenta várias comorbilidades e exige polimedicação. Nestes cuidados, o farmacêuticos deverá concentrar a sua atividade na promoção da adesão à terapêutica, dada a estreita margem dos antirretrovirais, e na pesquisa, prevenção e resolução de PRM e RNM (Tabela 7) . A interligação com a restante equipa de saúde está aqui facilitada pela proximidade e relação profissional do farmacêutico e o infeciologista do hospital.

| <b>Ano e Autor</b> | <b>Estratégia de Cuidado</b>  |
|--------------------|---|
| 2006,<br>Rueda     | - Aconselhamento do doente na ocasião da primeira dispensa<br>- Opção da disponibilidade de apoio telefónico e visitas mensais do doente<br>- Educação do doente sobre a adesão e monitorização do seu progresso, bem como medidas de controlo de transmissão da doença a outros indivíduos |

Tabela 7- Exemplos de Estratégias de Cuidados Farmacêuticos por ano a autor, referentes a VIH/SIDA  
Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (2008).

#### 6.4. Tabagismo

Segundo a OMS, o tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX, constituindo a principal causa evitável de morte e incapacidade e contribuindo para 6 das 8 primeiras causas de morte prematura a nível mundial. (OMS, 2014) A grande maioria dos portugueses inicia o hábito de fumar entre os 12 e 20 anos, devido à grande acessibilidade do tabaco, preço acessível e aceitação social, apesar de todas as estratégias de promoção da cessação tabágica que têm sido feitas nos diversos sectores de saúde. O ato de fumar é socialmente aceite, embora conduza a uma multiplicidade de doenças crónicas, que inclui na sua maioria doenças cardíacas, respiratórias e oncológicas, sendo o principal fator para o aparecimento de doentes crónicos complexos. Apenas uma substância pode dar origem a vários problemas que, posteriormente têm um controlo dificultado. Por isso, o nível de cuidados farmacêuticos e medidas a serem tomadas, passam pela prevenção e intervenção nos fumadores, visto que a cessação tabágica é um processo difícil e muito suscetível a recaídas. Segundo estimativas feitas em 2010 num relatório da OMS (Global Burden of Disease), o consumo derivado ao tabaco originou em Portugal 11 000 mortes de fumadores e ex-fumadores, com uma percentagem de 19,9% dos óbitos com doenças respiratórias, 18,6% com cancro e 15,2% com doenças cardiovasculares. (Mathers & Loncar, 2005) Relativamente à incapacidade, fumar retira anos de vida saudável, e através do mesmo estudo do Global Burden Disease, inferiu-se que em Portugal o consumo de tabaco foi responsável por 12,3% do total de anos de vida prematuramente perdidos no sexo masculino, ajustados pela incapacidade, e 3,1% no sexo feminino expressos em DALY, em que 1 DALY corresponde à perda de um ano de vida saudável (Disability Adjusted Life Years). O tabagismo é, no sexo masculino, a segunda causa de perda de anos de vida a seguir aos riscos alimentares, e no sexo feminino a sétima causa, em DALY. (Prüss-Üstün, Mathers, Corvalán, & Woodward, 2003)

A nível de prevenção, os cuidados farmacêuticos passam pela sensibilização do tabagismo através do envolvimento em campanhas nacionais ou locais, e mesmo em campanhas internacionais, tais como o Dia Mundial sem Tabaco promovidos pela OMS. Outro tipo de cuidado é na intervenção quando um fumador é identificado. Neste âmbito não há um modelo de cuidados farmacêuticos que se possa seguir especificamente pois não se trata de um problema de saúde intrínseco, mas sim de uma mudança de comportamento que só poderá acontecer se o utente quiser. O farmacêutico

poderá aconselhar o utente a interromper o ato de fumar ao mostrar-lhe os malefícios que lhe trás e às pessoas que o rodeiam, nomeadamente em grávidas, jovens e crianças que, ao verem que o ato é socialmente aceite, terão mais probabilidades de no futuro o desenvolverem. No caso do doente crónico complexo, caso este fume, o farmacêutico deve perceber se as doenças ou doença adjacente se devem a esse consumo, como é o caso de úlceras pépticas, problemas respiratórios ou outro tipo de problemas, e se verificar que são problemas graves, deve fazer referência médica. Se, por outro lado, verificar que não é necessária referência, deve, inicialmente, encorajar o utente a deixar de fumar através de sensibilização e aconselhar o eventual uso de medicamentos para cessação tabágica, se estes não interferirem com a sua medicação. A medicação de primeira linha para a cessação tabágica não carece de prescrição médica, é consideravelmente eficaz e com escassos efeitos secundários, estando as restantes linhas terapêuticas sujeitas a prescrição médica. É sugerido ao utente que realize o teste de Fagstrom para ver o nível da sua dependência e, assim, aconselhar a melhor metodologia de substituição de nicotina. Esta pode ser feita através de diversas formas farmacêuticas, nas quais se incluem as gomas de mascar, comprimidos para chupar, comprimidos sublinguais e sistemas transdérmicos. (Ordem dos Farmacêuticos, 2006)

Existem vários estudos que comprovam a utilidade destas estratégias com a obtenção de resultados positivos. (Tabela 8)

| <b>Ano e Autor</b>   | <b>Estratégia de Cuidado</b>   |
|----------------------|--|
| 2003,<br>Blenkinsopp | - Programa estruturado de cessação tabágica que envolveu panfletos de informação com seguimento semanal nas 4 primeiras semanas<br>- Orientação da cessação tabágica, com base nos estágios de mudança do doente |
| 2004,<br>Sinclair    | - Programa de suporte ao tabagismo na farmácia com manutenção dos registos de evolução   |

Tabela 8- Exemplos de Estratégias de Cuidados Farmacêuticos por ano a autor, referentes ao tabagismo  
Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (2008).

## 6.5. Obesidade

A obesidade é uma doença crónica que constitui atualmente um dos principais problemas de saúde pública, sendo considerada pela OMS a epidemia global do século XXI. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde, desenvolveu um plano global para as doenças crónicas, no qual a alimentação inadequada foi identificada como um dos 4 principais fatores causadores de doenças crónicas. Esta doença é de origem multifactorial e pode ter várias etiologias relacionadas com fatores médicos, como é o caso do hipotireoidismo, com fatores sociais e psicológicos, com a desabituação tabágica e com medicamentos, como é o caso dos antidepressivos, mas a sua causa principal é uma alimentação pouco saudável e a falta de exercício. A nível de cuidados farmacêuticos, várias iniciativas de promoção de uma vida saudável têm sido realizadas, sendo, em farmácia comunitária, medido com regularidade o peso e calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), bem como a promoção de vários produtos de dietética vocacionados não só para a estética.

Os utentes obesos constituem a maioria dos doentes crónicos complexos com maiores problemas, dado acarretar várias doenças associadas e, conseqüentemente, a difícil gestão farmacoterapêutica e auto gestão pelo utente. (Ministério da Saúde, 2012) A obesidade constitui portanto, um fator de risco para muitas patologias, tais como:

- Metabólicas- dislipidémias, diabetes tipo II, gota e hiperuricémia
- Cardiovasculares – hipertensão arterial, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência venosa periférica
- Respiratórias – apneia do sono, insuficiência respiratória, asma
- Osteoarticulares – artrose dos joelhos, coluna, tornozelos e ancas
- Digestivas – refluxo gastro esofágico, litíase biliar
- Sexuais – diminuição da fertilidade, síndrome do ovário poliquístico.
- Neoplásicas – cólon, estômago, reto, vesícula biliar
- Renais, dermatológicas e psicológicas

Por apresentar várias complicações da doença, o cuidado farmacêutico deve ser iniciado por um método exaustivo, como o de Dáder, visto que abrange uma revisão de todas as partes do corpo sem fazer esquecer nenhum parâmetro. (Machuca et al., 2004) Se após esta metodologia o modo de atuação for simples, e se for apenas uma obesidade comportamental, sem alterações a nível fisiológico, o utente deverá ser acompanhado por um nutricionista, se tiver oportunidade, ou o próprio farmacêutico deverá prestar um

aconselhamento com vista a uma alimentação equilibrada e à promoção de atividade física. No caso do doente crónico complexo, o caso de doença pode não ser tão simples, devendo fazer referência médica se se verificarem incoerências ou interações. Independentemente da necessidade de intervenção médica, o farmacêutico deve aconselhar o utente sobre as medidas não farmacológicas que deve adotar e sobre a necessidade do registo de parâmetros antropométricos, por forma a verificar a sua evolução, tal como a pesagem semanal na balança da farmácia, com o cálculo do IMC, medida da cintura abdominal e ainda medida de parâmetros biológicos, como a tensão arterial, glicémia, colesterol e triglicéridos.

## **6.6. Saúde Mental**

Os problemas relacionados com a saúde mental tornaram-se uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, constatando-se que na Europa são responsáveis por 40% dos anos vividos com incapacidade, destacando-se as tendências suicidas, depressão, alcoolismo, esquizofrenia e doença bipolar. Para além de terem a sua relevância isoladamente, quando associadas com outras doenças geram uma interação negativa, principalmente no doente crónico complexo que já tem várias doenças subjacentes. (US Department of Health and Human Services, 2010) A magnitude destas doenças pioram as condições que o doente crónico já tem, criando um estilo de vida ainda mais disfuncional e no qual se torna difícil ao farmacêutico, e restantes profissionais de saúde, exercer o seu papel. De um modo geral as doenças mentais diminuem em muito a qualidade de vida dos utentes, condicionando uma diminuição na produtividade diária, desemprego e maior incapacidade associada à doença, tornando-se na problemática mais difícil de controlar e do utente conseguir fazer a própria gestão da doença. A magnitude deste problema resulta não só da ampla prevalência de doenças mentais como também do seu diagnóstico tardio, sector no qual o farmacêutico pode ter a sua importância na referência ao médico. Quando estes problemas já estão instalados, com medicação e relacionados com outros problemas de saúde, dão, frequentemente, origem a RNM e PRM. Um dos problemas relacionados com a terapia da depressão, que é a doença mental mais prevalente, é o facto da estreita margem terapêutica dos anti-depressivos. A monitorização da adesão à terapêutica é uma

atividade muito importante por parte do farmacêutico, devendo alertar-se o doente que os resultados não se sentem de forma imediata, podendo levar várias semanas para ocorrerem e que este tempo é variável de doente para doente. Apesar de difícil, é essencial ao farmacêutico fazer o seguimento farmacoterapêutico em doenças mentais, com maior aplicabilidade em cuidados centrados em hospitais ou instituições, e o desenvolvimento de cuidados farmacêuticos domiciliários, tão importantes nestes casos. (Direcção Geral da Saúde, 2012) O apoio domiciliário é um serviço de prestação de cuidados individualizados e personalizados, que são prestados ao domicílio de pessoas que apresentam incapacidade física ou outra e que não conseguem desenvolver com normalidade as suas atividades diárias. (Goodwin, 2013) Em casos de doentes crónicos com medicação complexa e isolamento social, os riscos tornam-se enormes porque não há tanto controlo da medicação visto estes estarem mais afastados da monitorização por parte do farmacêutico. Assim é possível serem feitos, apesar de pouco praticados, cuidados farmacêuticos domiciliários em benefício de pessoas que sofrem de doenças mentais, mas também de doentes crónicos, nomeadamente os complexos. (Iglésias-Ferreira & Mateus-Santos, 2011)

Os cuidados domiciliários prestados por farmacêuticos podem-se dividir em 4 grupos:

- Serviços de venda de produtos como fraldas, material de penso e bengalas
- Serviços de dispensa especializados, como preparação de nutrição parentérica e medicamentos complexos posteriormente usados por outros profissionais, tal como enfermeiros
- Serviços de apoio clínico/suporte como serviços de consultoria para um utente ou instituição, nos quais se incluem protocolos farmacoterapêuticos, informação sobre farmacoterapia, implementação de sistemas de qualidade de medicamentos e revisão periódica da medicação
- Serviços directos ao doente/ serviço clínico como visitas domiciliárias para avaliar a medicação e fazer uma intervenção sempre que necessário

No âmbito do doente crónico, este cuidado tem especial relevância em certos contextos e casos em que o doente se encontra no domicílio e que é possível o farmacêutico adotar uma abordagem integrada centrada no doente, que é o princípio básico dos cuidados farmacêuticos. No caso específico das doenças mentais, traz vantagens na abordagem real das doenças do foro psicológico em utentes que apresentam maiores dificuldades, com vista a diminuir os erros da extensa medicação que alguns apresentam, diminuir os PRM, que ocorrem principalmente na prescrição, dispensa e administração de

medicamentos, e ainda prevenir e resolver os RNM, como a inefectividade, insegurança e interações que alguns medicamentos possam ter.

| <b>Ano e Autor</b>  | <b>Estratégia de Cuidado</b>   |
|---------------------|--|
| 2003,<br>Finle      | - Recomendações ao utente de tratamento e educação   |
| 2005,<br>Bell       | - Aconselhamento focado no uso apropriado dos medicamentos<br>- Recolha correcta da história de medicação pelo farmacêutico<br>- Após alta hospitalar, aconselhamento e educação sobre a continuidade da medicação, afim de evitar recaídas e efeitos adversos<br>- Referenciação médica quando for necessário |
| 2006,<br>Desplenter | - Facultação de material educativo impresso, aquando o momento da dispensa   |

Tabela 9- Exemplos de Estratégias de Cuidados Farmacêuticos por ano a autor, referentes a saúde mental  
Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (2008).

### **6.7. Doenças Oncológicas**

O cancro é das principais causas de morte prematura, ou seja morte antes dos 70 anos de idade, e, no seu conjunto, ocupa o segundo lugar nas principais causas de morte depois das doenças cérebro e cardiovasculares. Muitas cancros resultam da interação entre as agressões ambientais e uma suscetibilidade genética acumulável, sendo que 90% dos cancros não são hereditários mas sim devido a uma adaptação do organismo a uma série de agressões ambientais a que é sujeito. Deste modo, os cuidados farmacêuticos na doença oncológica passam por uma prevenção e alerta à população sobre os fatores de risco que podem despoletar situações cancerígenas, tal como as campanhas antitabágicas e de alimentação saudável mencionadas anteriormente. A prevenção e diminuição dos fatores de risco são a principal forma de diminuição das doenças oncológicas. (Direcção Geral de Saúde, 2012) O seu tratamento é feito a nível hospitalar, cabendo principalmente ao farmacêutico hospitalar o seguimento farmacoterapêutico destes doentes e da sua terapêutica tão complexa. Os medicamentos antineoplásicos são de margem terapêutica muito estreita e a sua pouca seletividade faz com que os PRM e RNM tenham consequências muito graves na qualidade de vida dos

doentes. O farmacêutico deverá ter um conhecimento profundo sobre as características farmacológicas dos vários citotóxicos, intervindo na otimização desta terapêutica. Deverá, ainda, sugerir tratamentos e medidas adequadas às complicações do cancro e da sua terapêutica, como sejam a dor, a caquexia e as principais toxicidades, como as hematológicas (anemia, trombocitopenia e neutropenia) e gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreias e mucosites). Outra forma de cuidados farmacêuticos no cancro passam pela promoção da vacinação, nomeadamente da vacina do colo do útero, (vacinação grátis nos centros de saúde ou como vacinação secundária, fora da idade, na farmácia). Os cuidados farmacêuticos domiciliários também se tornam de elevada importância, pois as sessões de quimioterapia e radioterapia têm vários efeitos adversos que faz com que o doente oncológico tenha várias problemáticas associadas e para as quais a gestão farmacoterapêutica possa ser difícil de executar. (Iglésias-Ferreira & Mateus-Santos, 2011)

### **6.8. Doenças Respiratórias**

Em Portugal, as doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com uma tendência enorme para o seu aumento e prevalência. As doenças respiratórias crónicas, doenças crónicas das vias aéreas e outras estruturas dos pulmões, são problemáticas, não só em Portugal mas no mundo, por causarem mortes devido a doenças de elevada prevalência como Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e Rinite. Dados da DGS revelam que em 2010, na população portuguesa com mais de 40 anos, 40% tinha uma doença respiratória crónica, em que 10% se devia a asma, 25% a rinite e 14,2% a DPOC. Em 2011, a ONU declarou que o farmacêutico pode atuar a nível primário na deteção dos principais fatores de risco. Dentro destes fatores encontra-se o tabaco, que é de longe o fator com maior importância para o desenvolvimento de doenças crónicas respiratórias, com maior impacto na DPOC, seja em fumadores ativos ou sujeitos a exposição. No âmbito de cessação tabágica relacionada com as doenças crónicas respiratórias, a ANF em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, a Associação Nacional de Tuberculose e outras Doenças Respiratórias, e a Associação Portuguesa de Asmáticos, desenvolveu um questionário a aplicar nas farmácias que consiste em 5 questões acerca

de idade, hábitos tabágicos e sintomas respiratórios. Se o indivíduo responder positivamente a 3 ou mais perguntas, o farmacêutico encaminha-o para o médico para realização de prova funcional respiratória, caso não o possa realizar em farmácia, que é a espirometria. Se o indivíduo for fumador é ainda alertado para o risco aumentado de desenvolver DPOC e que a cessação tabágica constitui uma medida preventiva e de diminuição na progressão da doença, exercendo também um efeito positivo na prevenção e avanço de outras doenças crónicas provocadas pelo tabaco, como explicitado anteriormente. (Ordem dos Farmacêuticos, 2006)A medição da espirometria, apesar de não ser realizada na maioria das farmácia, é um teste fácil, rápido, e de elevada importância no diagnóstico de muitas doenças respiratórias, pois para além de permitir que o farmacêutico faça um diagnóstico aproximado, permite também avaliar a gravidade da doença e a sua evolução ao longo do tempo, sendo este um parâmetro a ter em conta no registo da folha SOAP, como medida de determinação dos débitos respiratórios. (Ordem dos Farmacêuticos, 2014)A análise por espirometria é indicada no diagnóstico e controlo da Asma, deteção do grau de DPOC e rastreio de doenças respiratórias em população fumadora, ou não, que seja sintomática ou assintomática. Outro fator é a exposição a fumos poluentes, a que, em maior ou menor frequência, o indivíduo está sujeito, muitas vezes pelo sítio onde habita ou pela função profissional que desempenha, bem como a obesidade. Deste modo o papel inicial do farmacêutico passa por detetar se o utente tem ou não, um problema crónico respiratório, pois o utente poderá não ter noção da sua condição clínica. No caso da DPOC os principais sintomas são a dispneia e cansaço fácil, que ao longo do tempo originam tosse crónica, sendo estes fatores mais prevalente em utentes com mais de 40 de anos. Quanto à asma e rinite, podem ser mais difíceis de diagnosticar por parte do farmacêutico pois podem ter diversas etiologias. Neste sentido uma metodologia a ter em conta é, novamente, o registo em folha SOAP para verificar os antecedentes do utente, e fazer uma recolha mais detalhada através do método de Dader, tentando averiguar a etiologia dos problemas que podem estar na causa destas doenças, e o despiste de doenças, por exemplo, de etiologia medicamentosa e, ainda, providenciar orientações aos utente. Na rinite e principalmente na asma, muitos utentes não chegam a atingir resultados terapêuticos porque não sabem fazer o uso dos dispositivos médicos, o que causa um problema de efetividade por PRM e, conseqüentemente, um RNM Passa portanto pelo farmacêutico, detetar esses erros e ter uma ação formativa, principalmente em doentes idosos e crianças que não têm uma boa coordenação motora, e que

apresentam barreiras à utilização dos dispositivos médicos. Estes breves questionários podem servir para, por si só, alterarem o modo como os doentes gerem a sua terapêutica e detetarem possíveis agentes que despoletem as crises, tais como alérgenos, alimentos e certas estações do ano, e como agir na altura. Através do seguimento farmacoterapêutico, pela realização de espirometria, e serviços de check up anual, pretende-se que estes utentes consigam fazer um melhor controlo da doença e que haja uma diminuição progressiva da mortalidade e morbilidade.

### **6.9. Doenças Cérebro – Cardiovasculares**

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em Portugal, estando associadas a uma prevalência cada vez maior de doenças crónicas com forte impacto no aparelho cardiovascular, principalmente causadas por hábitos e estilos de vida pouco saudáveis. De um modo geral, há 2 tipos de riscos associados às doenças cardiovasculares, classificados como não modificáveis e modificáveis. Os riscos não modificáveis englobam fatores como a idade, sexo e hereditariedade, enquanto que os modificáveis incluem fatores como sedentarismo, hábitos alimentares, hipertensão, diabetes, dislipidémias, obesidade, tabagismo, alcoolismo e stress. Nestes últimos parâmetros o farmacêutico conseguem exercer a sua intervenção através da prevenção da sua ocorrência. No âmbito destas doenças, o farmacêutico tem dirigido a sua intervenção no âmbito da prevenção e identificação de indivíduos em risco de desenvolvimento de doenças cérebro ou cardiovascular, quer na detecção precoce de fatores de risco, quer no acompanhamento farmacoterapêutico de uma terapêutica instituída. Por ser a principal causa de morte em Portugal, há muitos estudos feitos e muitos planos de atuação que têm sido realizados, com o objetivo de determinar a melhor estratégia para controlo destas doenças, as principais causadoras de doenças crónicas complexas, muitas vezes causadas por fatores derivados do comportamento do indivíduo e, como tal, modificáveis. (Direcção Geral da Saúde, 2012)

| <b>Ano e Autor</b> | <b>Estratégia de Cuidado</b>  |
|--------------------|---|
| 2007,<br>Machado   | - Monitorização do tratamento na Hipertensão e educação do doente<br>-Gestão farmacoterapêutica   |
| 2008,<br>Koshman   | - Educação sobre a Insuficiência Cardíaca e seus medicamentos<br>- Gestão da automonitorização<br>- Facilitadores de adesão á terapêutica   |
| 2010,<br>Cutrona   | - Promoção á adesão ao tratamento em doentes com dislipidémias e hipertensão através de contacto telefónico semanal por 3 meses<br>- Monitorização da pressão arterial<br>-Recolha da história da medicação de modo a verificar se foi feita alguma alteração<br>- Entrevista estruturada com registo da evolução do doente |
| 2010,<br>Saokaew   | - Revisão de interações na terapia anticoagulante<br>- Educação do doente   |

Tabela 10- Exemplos de Estratégias de Cuidados Farmacêuticos por ano a autor, referentes a doenças cérebro vasculares Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (2008).

### 6.10. Idosos

No século XX assistimos a uma alteração demográfica que se baseou no aumento do número de idosos, prevendo-se que em 2025 haja no mundo 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos. Em Portugal, no período de 1960 a 2001, houve um decréscimo na população jovem de cerca de 36% e um aumento da população idosa de 140%. (PORDATA, 2015)Esta percentagem alarmante está associada também a um maior consumo de medicamentos, devido á prevalência de doenças crónico degenerativas, associadas ao envelhecimento, constituindo as principais causas de morbilidade e mortalidade. Deste modo, a idade avançada, apesar de não poder ser considerada uma doença, constitui um factor de complexidade acrescida para qualquer doença crónica, devendo os vários planos de cuidados farmacêuticos no DCC idoso ter em atenção a estas especificidades. O idoso apresenta com frequência, múltiplas comorbilidades associadas a alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, tais como alterações metabólicas, diminuição da massa muscular e de água corporal, aumento da ocorrência de interações com consequentes reações adversas e abandono do tratamento. Também a

complexidade dos esquemas terapêuticos e o declínio cognitivo tornam ainda mais difícil a adesão dos doentes idosos e uso apropriado dos medicamentos, principalmente em doentes crônicos complexos. Por isso, para além das estratégias de cuidados farmacêuticos personalizados para cada doença mais prevalente, o doente idoso crónico é um fator a considerar quando se delimitam estratégias de cuidados. Vários estudos têm apontado estratégias que melhor permitem aplicar os cuidados farmacêuticos nestes doentes.

| <b>Ano e Autor</b> | <b>Estratégia de Cuidado</b>  |
|--------------------|---|
| 2004,<br>Hanlon    | <ul style="list-style-type: none"><li>- Provisão de informações personalizadas sobre os medicamentos, com a sugestão de limpeza do armário dos medicamentos para evitar a toma de medicação fora de prazo ou que já não é necessária</li><li>- Se possível, visitas farmacêuticas domiciliares</li><li>- Revisão do regime terapêutico</li><li>- Educação do doente no uso de dispositivos médicos, caso os utilize</li></ul> |
| 2009,<br>Banning   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Uso de ferramentas adaptadas de educação para o doente idoso</li><li>- Procura de discrepâncias da medicação</li><li>- Serviço de aconselhamento por telefone</li><li>- Educação do doente, com recurso a embalagem personalizada com rotulagem específica para o doente</li></ul>  |

Tabela 11- Exemplos de Estratégias de Cuidados Farmacêuticos por ano a autor, referentes a doentes idosos Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (2008).



## 7. Protocolo de Cuidados Farmacêuticos no Doente Crónico Complexo

O último capítulo desta dissertação pretende ser uma ferramenta orientadora da prática clínica no acompanhamento de doentes crónicos complexos na farmácia comunitária, e de que modo o farmacêutico pode auxiliar o DCC na gestão da sua farmacoterapia e, por conseguinte, da sua condição clínica.

O esquema proposto compreende quatro fases:

- 1- Identificação de Doentes Alvo
- 2- Entrevista Programada com o Farmacêutico
- 3- Registo dos Objetivos e Plano Terapêutico
- 4- Monitorização dos Resultados

### 1- Identificação de Doentes Alvo

Numa fase inicial, é importante perceber quais os indivíduos que mais necessitam de cuidados farmacêuticos, por se apresentarem em situações de risco eminente. Nestes, encontram-se os seguintes doentes que apresentam principalmente risco acrescido na farmacoterapia instituída:

- Polimedicados, com cinco ou mais medicamentos
- Que tomam doze doses de medicação por dia
- Com internamento hospitalar no último mês
- Que tenham sofrido alterações significativas do regime terapêutico nos últimos três meses
- Que tomam medicamentos com uma margem terapêutica estreita ou com necessidade de maior monitorização terapêutica
- Que tenham sintomas suspeitos a uma Reação Adversa ao Medicamento
- Que demonstrem resposta sub-terapêutica à medicação instituída;
- Com comportamento que leve a suspeitar de não adesão à terapêutica;
- Com problemas na gestão da sua medicação
- Que se dirigem à farmácia para adquirir um medicamento não sujeito a receita médica, aconselhamento ou medição de parâmetros e que demonstrem necessidade de revisão terapêutica

Para além destes problemas, várias outras barreiras mencionadas anteriormente podem tornar uma doença crónica simples numa doença crónica complexa e que depende de

vários fatores como o nível de escolaridade, a situação profissional, apoios sociais, condições habitacionais, preço dos medicamentos, crenças culturais e desigualdades sociais. O DCC pode ter a sua situação dificultada por não ter condições que permitam a manutenção saudável da doença, como por exemplo o preço elevado de alguns medicamentos e o baixo rendimento, que o impedem de realizar a terapêutica. Outro fator que podem influenciar a gravidade das DCC é o desenvolvimento do sistema de saúde de local, que permite dar um maior ou menor apoio ao doente, que o leva a ter um determinado comportamento, ou crença, face ao modo de como deve gerir a gestão da sua terapêutica.(Dias et al., 2011)

## **2- Entrevista Programada com o Farmacêutico**

Seguidamente, após o farmacêutico ter identificado ser o doente carece de cuidados farmacêuticos mais específicos por ser um DCC, é necessário realizar uma entrevista que permita identificar qual o Estado de Situação do Doente. Esta, deve estar estruturada seguindo metodologias sistematizadas de aplicação como a Folha SOAP ou o Método de Dáder. O farmacêutico deve tentar obter junto do doente, ou seu cuidador, um conjunto de informações específicas para os medicamentos em uso, sujeitos ou não a receita médica, de modo a identifica potenciais ou reais PRM. Para além da informação sobre medicamentos, é necessário recolher informação sobre as queixas do doente, dados dos parâmetros fisiológicos e bioquímicos, ou outra informação pertinente, pelo que se torna importante avisar previamente o doente a trazer consigo o saco ou nome dos medicamentos que utiliza, eos mais recentes meios complementares de diagnóstico que tenha realizado. Face a esta informação é necessário avaliar:

- Os dados subjetivos e objetivos do doente
- A terapêutica utilizada, com identificação de PRM e RNM, quanto à necessidade, efetividade e segurança
- Outros problemas de saúde identificados

## **3- Registo dos Objetivos e Plano Terapêutico**

De acordo com a avaliação efetuada previamente, esta fase consiste na definição do plano de cuidados farmacêuticos, com acordo do doente, que inclua:

- Objetivos
- Intervenção farmacêutica

- Reportar PRM/ RNM ao médico, através de contacto telefónico ou escrito
- Referenciação à consulta médica, de forma rotineira ou urgente
- Prestação de aconselhamento ao doente
- Aconselhamento de medidas não farmacológicas e do uso correto de dispositivos médicos de auto vigilância
- Se necessário, notificar o Serviço Nacional de Farmacovigilância, sobre reações adversas
- Agendar a próxima visita

#### **4- Monitorização dos Resultados**

Por último é necessário monitorizar se a intervenção realizada no DCC exerceu alguma alterações sobre os PRM/ RNM identificados, e, no caso de reporte ao médico, se o problema foi resolvido. No caso do DCC é necessário um acompanhamento periódico dependente e adaptado às necessidades do doente, sendo mais frequentes nas situações de:

- Início ou alteração recente da terapêutica
- Valores de determinações que não atingem os objetivos pré-estabelecidos
- PRM/ RNM identificados e não resolvidos
- Utilização frequente dos cuidados de saúde

A monitorização tende, assim, a ser mais frequente no início, em que os PRM não estão resolvidos, com redução gradual até que o doente atinja os objetivos pretendidos. Quando o doente se mantiver controlado, não é necessário marcar visitas, bastando apenas uma monitorização do doente nas suas idas à farmácia.

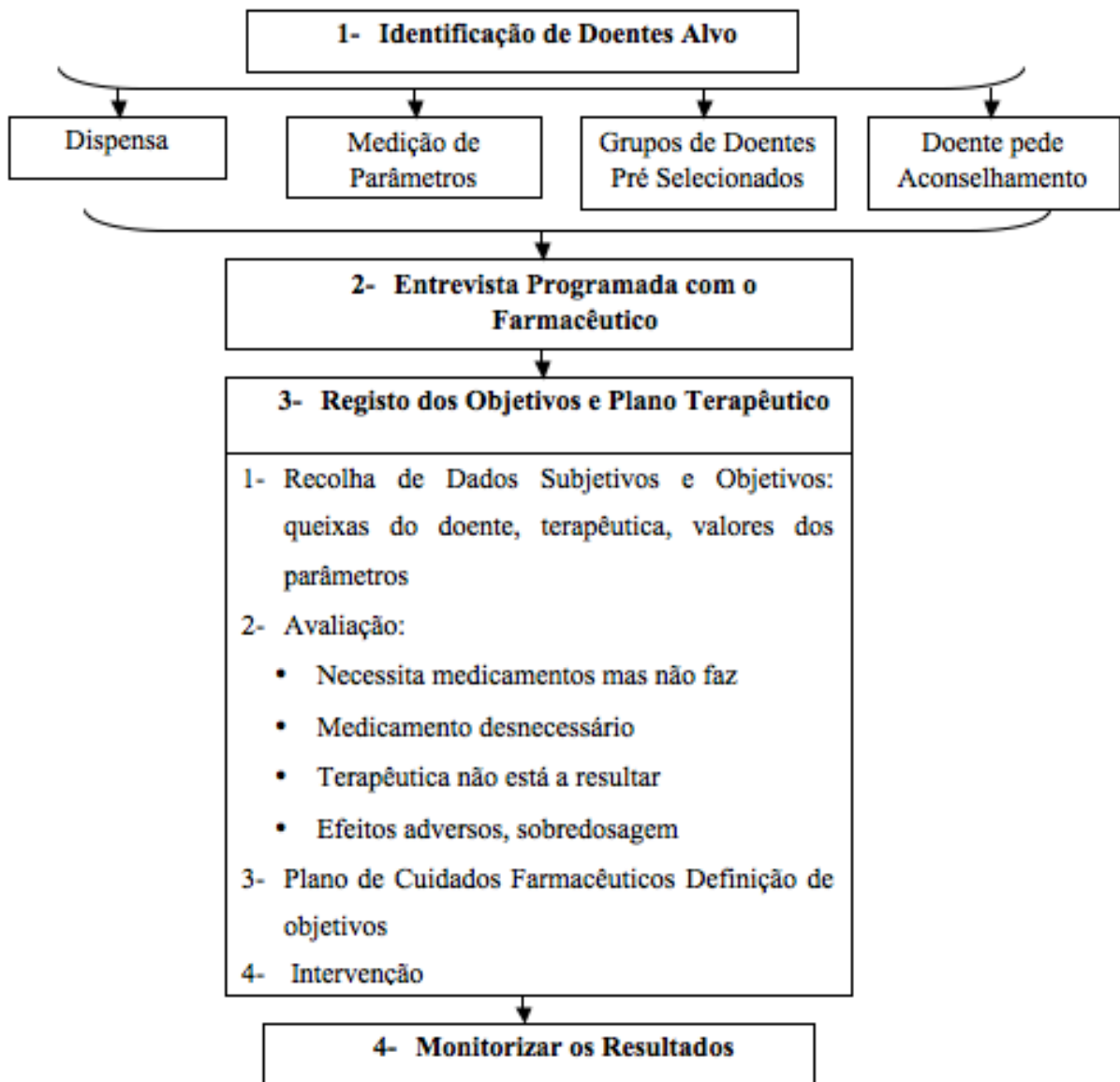


Figura 5- Esquema resumo do Protocolo de Cuidados Farmacêuticos no Doente Crónico Complexo

## 8. Conclusão

Face ao exposto nesta dissertação é possível concluir que a gestão efetiva de uma doença crónica complexa, representa um grande desafio para o doente, cuidadores e sociedade. Com o crescente aumento da incidência de doenças crónicas, a realização de cuidados farmacêuticos tornou-se imperativa e de grande relevância para a otimização da farmacoterapia, prevenção da evolução e surgimento de comorbilidades associadas à doença crónica e, ainda, promoção da saúde, com recomendações visando os hábitos de vida saudáveis no doente crónico. Deste modo, os cuidados farmacêuticos, surgem como uma estratégia que visa dar resposta às necessidades em saúde do DCC, principalmente na área da terapêutica farmacológica, através da realização do seguimento farmacoterapêutico. Visto que o DCC se caracteriza pela dificuldade de gestão da (s) sua(s) doença (s), com relevantes consequências na sua funcionalidade e saúde, o farmacêutico, no exercício dos cuidados farmacêuticos, posiciona-se como um profissional de excelência na busca da melhor qualidade de vida do doente. Com este objetivo, tem-se assistido, nos últimos anos, a uma evolução gradual do conceito de cuidados farmacêuticos, culminando no desenvolvimento de várias metodologias aplicáveis de forma relativamente simples à rotina dos serviços farmacêuticos e farmácias. De entre essas metodologias, pode destacar-se o método de Dáder e o SOAP. No entanto, persistem vários fatores/barreiras que impedem/dificultam a correta aplicação dos cuidados farmacêuticos no DCC. Nestes incluem-se aspetos económicos e culturais, fatores relacionados com serviços de saúde, com a própria doença e seu tratamento, e ainda com fatores intrínsecos do doente.

Pelas razões supra mencionadas, é necessário que o farmacêutico utilize da melhor forma os seus conhecimentos, para realizar uma boa Gestão da Doença nos DCC.

Vários modelos permitem enquadrar o doente no seu Estado de Situação para posterior atuação do farmacêutico na estratégia de cuidado a desenvolver, principalmente nas doenças de maior incidência como a diabetes, obesidade e doença pulmonar obstrutiva crónica.

Para finalizar, a dissertação termina com um protocolo que pretende orientar as atividades da prática clínica de forma fácil e rápida, para a deteção e acompanhamento dos DCC, visando a sua diminuição ao longo do tempo, com a resolução de PRM e melhoria da qualidade de vida.



## 9. Bibliografia

- Abramowitz, P. W. (2009). The evolution and metamorphosis of the pharmacy practice model. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 66(16), 1437–1446. <http://doi.org/10.2146/ajhp090286>
- Allemann, S. S., Van Mil, J. W. F., Botermann, L., Berger, K., Griese, N., & Hersberger, K. E. (2014). Pharmaceutical care: The PCNE definition 2013. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36(3), 544–555. <http://doi.org/10.1007/s11096-014-9933-x>
- Almeida Filho, N. (2004). Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 865–884. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400009>
- ANF. (2008). Programa de Troca de Seringas nas Farmácias 1993-2008.
- ANF. (2010). Contributo da ANF para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016.
- Aquino, D. S. De. (2008). Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 733–736. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700023>
- Bugalho, & Carneiro. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas. *Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada Na ...*  
Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Intervenções+para+Aumentar+a+Adesão+Terapêutica+em+Patologias+Crônicas#0>
- Cantalle. (2003). Historia Clinica Orientada a Problemas. *Hsb.Galeon.Com*, 1–14. Retrieved from <http://hsb.galeon.com/Material/HCOP.PDF>
- Chisholm-Burns, M. a., & Spivey, C. a. (2008). Pharmacoaderence: A new term for a significant problem. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(7), 661–667. <http://doi.org/10.2146/ajhp070372>
- Coren, P. (2013). Utilização do Método de SOAP. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53, 1689–1699. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Correr, C. J. (2012). Métodos clínicos para a prática da atenção farmacêutica. *Universidade Federal Do Paraná*, 78(4), 1–12. Retrieved from [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)
- Custódio, M., & Grilo, M. (2014). Segurança do Paciente: Criando organizações Seguras, 2(Envolvimento do Paciente: desafios, estratégias e limites).
- Dias, A. M., Cunha, M., Margarida, A., Dos, M., Patrícia, A. N. A., Neves, G., ... Castro, S. A. (2011). ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA DOENÇA CRÔNICA : REVISÃO DA LITERATURA, 201–219.

- Direção Geral da Saúde. (2010). Definição da doença crónica, 2. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (1995). Direcção-Geral da Saúde. *Diabetes*, 1–6.
- Direção Geral de Saúde. (2012a). Despacho nº, 2012.
- Direção Geral de Saúde. (2012b). Programa Nacional para a Diabetes - Orientações Programáticas, 1–9.
- Direção Geral da Saúde. (2012). Programa Nacional para a Doenças Cérebro-Cardiovasculares. *Programa Nacional Para a Doenças Cérebro-Cardiovasculares*, 1–4.
- Direção Geral de Saúde. (2012). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Orientações Programáticas, 1–5. Retrieved from [file:///C:/Users/Marta/Downloads/i017667 \(1\).pdf](file:///C:/Users/Marta/Downloads/i017667%20(1).pdf)
- Droege, M. (2003). The role of reflective practice in pharmacy. *Education for Health*, 16(1), 68–74. <http://doi.org/10.1080/1357628031000066778>
- Epping-Jordan, J. (2002). Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. *Kfshrc.Edu.Sa*. Retrieved from [http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=P\\_IT\\_9PU7JYC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Innovative+care+for+chronic+conditions:+building+blocks+for+action.+Global+report&ots=BrDAmB6Eem&sig=qL6VDnk\\_Hd-QpRT8NXZmdOJPrE0\http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=P\\_IT\\_9PU7](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=P_IT_9PU7JYC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Innovative+care+for+chronic+conditions:+building+blocks+for+action.+Global+report&ots=BrDAmB6Eem&sig=qL6VDnk_Hd-QpRT8NXZmdOJPrE0\http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=P_IT_9PU7)
- Ernst, F. R., & Grizzle, a J. (2001). Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *Journal of the American Pharmaceutical Association (Washington,D.C. : 1996)*, 41(2), 192–199.
- Escoval. (2010). Gestão integrada da doença : uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa De SaúDe Pública*, 9, 105–116.
- Goodman, R. a, Posner, S. F., Huang, E. S., Parekh, A. K., & Koh, H. K. (2013). Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. *Preventing Chronic Disease*, 10(Mcc), E66. <http://doi.org/10.5888/pcd10.120239>
- Goodwin, N. (2013). Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: Key lessons and markers for success, 44. Retrieved from [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf)
- Granada, C. 3ºConsenso de. (2007). Tercer consenso de granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicaci??n (RNM). *Ars Pharmaceutica*, 48(1), 5–17.

- Gregório, J., Cavaco, A., & Lapão, L. V. (2014). A scenario-planning approach to human resources for health : the case of community pharmacists in, 1–13.
- Hepler, C., & Strand, L. (1990). Responsibilities\_Hepler\_Strand.pdf. *American Journal of Hospital Pharmacy*.
- Hernández, D. S., Dáder, M. J. F., & Castro, M. M. S. (2009). *Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico - Terceiro Consenso de Granada* (Vol. 2009).
- Iglésias-Ferreira, P., & Mateus-Santos, H. (2011). Cuidados Farmacêuticos Domiciliários : Uma Necessidade , Um Serviço Clínico , Uma Oportunidade. *Boletim Do CIM*. Retrieved from [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/Doc6285.pdf](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc6285.pdf)
- Jiménez, E. G. (2003). *Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapêutico*.
- King, R. C. (1993). The role of the pharmacist in health care reform. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. <http://doi.org/10.1353/hpu.2010.0345>
- Kinsella, K., & Phillips, D. R. (2005). Global Aging : The Challenge of Success. *Population Bulletin*, 60(1), 1–44.
- Lemay, G. (2012). Medication therapy management in community pharmacy practice. *Medicine and Health, Rhode Island*, 95(9), 281–2. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23094424>
- Machuca, M., Fernández-Llimós, F., & Faus, M. J. (2004). Método dáder. Manual de Acompanhamento Farmacoterapêutico. *Grupo de Investigação Em Atenção Farmacêutica. Universidade de Granada*, 1–45.
- Manasse, H. R., & Speedie, M. K. (2007). Pharmacists, pharmaceuticals, and policy issues shaping the work force in pharmacy. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 71(5), 82. <http://doi.org/10.2146/sp070002>
- Marlowe, Maeyer, & Greer. (2009). Complex Chronic Illness : An Essential Target in Health.
- Mathers, & Loncar. (2005). Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results.
- McKee, M., Suhrcke, M., Suhrcke, M., Rocco, L., Rocco, L., & McKee, M. (2007). Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia, 280. Retrieved from [http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1)
- Meireles, C. (2006). Reunião Teórico Prática do Internato Complementar de Saúde Pública.

- Mendes. (2011a). O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS ( MACC ).
- Mendes. (2011b). *Redes-de-Atencao-*.
- Menezes, É. B. B. De. (2000). Atenção farmacêutica em xeque. *Pharmacia Brasileira*, 28.
- Ministério da Saúde. (2012). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável orientações programáticas. *Www.Dgs.Pt*, 1–6.
- Nairobi, E. (1985). Rational Use of Drugs. *The Lancet*, 325(8441), 1344–1345. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92848-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92848-X)
- Nolte, E. E., & McKee, M. (2008). Caring for people with chronic conditions : a health system perspective. *European Observatory on Health Care Systems Series*, XXI, 259 p. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96468/E91878.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf)
- Nunes, E. D. (1998). Saúde Coletiva :, 107–116.
- OMS. (2001). Consenso Sobre Atencion Farmaceutica. *Ministerio de Sanidad Y Consumo España*, 27. Retrieved from <http://www.sefh.es/consenso/consenso.pdf>
- OMS. (2002). Innovative Care for Chronic Conditions. *World Health*, 103.
- OMS. (2004). *O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde*.
- OMS. (2014). Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014.
- Ordem dos Farmacêuticos. (2006). Tratamento do tabagismo, 3–4.
- Ordem dos Farmacêuticos. (2008). Secção Regional do Porto.
- Ordem dos Farmacêuticos. (2014). O farmacêutico clínico - Evidência da sua intervenção.
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 17(2), 141–146. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzi016>
- PCNE. (2013). PCNE 2013 Working Conference Workshop 1 Medication Review Update lecture, (February), 6–8.
- Pereira, L. R. L., & Freitas, O. De. (2008). A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 44(4), 601–612. <http://doi.org/10.1590/S1516-93322008000400006>
- Peytremann-Bridevaux, I., & Burnand, B. (2009). Disease management: a proposal for a new definition. *International Journal of Integrated Care*, 9(May), e16. Retrieved

- from  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2691946&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- PORDATA. (2015). Página 1 de 5, 1–5.
- Prüss-Üstün, a, Mathers, C., Corvalán, C., & Woodward, a. (2003). The Global Burden of Disease concept. *Introduction and Methods: Assessing the Environmental Burden of Disease at National and Local Levels.*, 27–40. Retrieved from [http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/9241546204/en/](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/9241546204/en/)
- Ramos Linares, S., Díaz Ruiz, P., Mesa Fumero, J., Núñez Daz, S., Suárez González, M., Callejón Callejón, G., ... Aguirre-Jaime, a. (2010). Incidencia de resultados negativos de medicación en un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Farmacia Hospitalaria*, 34(6), 271–278. <http://doi.org/10.1016/j.farma.2010.01.009>
- Reis. (2005). Adequação Da Metodologia Dáder Em Pacientes Hospitalizados Com Pé Diabético : Abordagem Em, 286.
- Reis, A. (2003). Atenção Farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos.
- Ruths, S., Viktil, K. K., & Blix, H. S. (2007). Classification of drug-related problems. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening : Tidsskrift for Praktisk Medicin, Ny Raekke*, 127(23), 3073–3076.
- Santos. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4, 127–134.
- Santos, H., Iglésias, P., Fernández-Llimós, F., Faus, M. J., & Rodrigues, L. M. (2004). Secundo consenso de granada sobre problemas relacionados com medicamentos. Tradução intercultural de Espanhol para Português (Europeu). *Acta Medica Portuguesa*, 17(1), 59–66.
- Sevick, M. A., Trauth, J. M., Ling, B. S., Anderson, R. T., Piatt, G. a., Kilbourne, A. M., & Goodman, R. M. (2007). Patients with complex chronic diseases: Perspectives on supporting self-management. *Journal of General Internal Medicine*, 22(SUPPL. 3), 438–444. <http://doi.org/10.1007/s11606-007-0316-z>
- Solberg, L. L., Crain, L. a, Sperl-Hillern JoAnn, M., Hroskikoski, M. C., Engrebretson, K. I., & O'Connor, P. J. (2006). Care Quality and Implementation of the Chronic Care Model: A Quantitative Study. *Annals of Family Medicine*, 4(4), 310–316. <http://doi.org/10.1370/afm.571>.INTRODUCTION
- Steed, D., & Webster, L. (2012). Optimizing Medication Reconciliation, (March), 2–20.
- Strand, Cipolle, & Morley. (1988). Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*.

Strand, Cipolle, & Morley. (1998). *Pharmaceutical Care: an Introduction*.


US Department of Health and Human Services. (2010). *Multiple Chronic Conditions - A Strategic Framework: optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions. ... DC, Department of Health ...*, (December), 1–16. Retrieved from <http://www.pined.info/pdf/framework/6.pdf>


Vilaça. (2012). *Seminário II Laboratório de Atenção às Condições Crônicas*.

Weed, L. (1967). *Medical Records that guide and teach*.

Weed, L. (1968). *NEJM - Medical record that guide and teach (Weed - 1968).pdf*.

10. Anexos


|  |  |             |                |   |
|--|--|-------------|----------------|---|
| Entrevista Farmacêutica: <b>Problemas de Saúde</b>   |  | 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: _____ |             |                |   |
| <p><b>Informação básica a obter sobre os problemas de saúde (P.S.): 1) Preocupações e expectativas do doente em relação ao P.S., 2) Perceção sobre o controlo do P.S. (síntomas, sinais, parâmetros quantitativos associados à evolução da doença, interpretação dos parâmetros quantitativos); 3) Situações ou causas do P.S. não estar controlado, 4) Periodicidade dos controlos médicos, 5) Estilos de vida e medidas higieno-dietéticas relacionadas com o problema de saúde.</b></p> |  |             |                |   |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Entrevista Farmacêutica: <b>Medicamentos</b>  |   | Data: _____                                 | Folha: / _____  |  |
| Medicamento: _____<br>Substância Ativa: _____<br>P.S. que trata: _____<br>Prescritor: _____ | Perceção da Efectividade: (razões) _____<br>Perceção da Segurança: (algo de estranho) _____ | Data de início: _____<br>Data de fim: _____ | Modo de uso e de administração: _____<br>Observações: _____ |   |
| Posologia prescrita: _____<br>Posologia utilizada: _____                                    |   |   |   |   |
| Medicamento: _____<br>Substância Ativa: _____<br>P.S. que trata: _____<br>Prescritor: _____ | Perceção da Efectividade: (razões) _____<br>Perceção da Segurança: (algo de estranho) _____ | Data de início: _____<br>Data de fim: _____ | Modo de uso e de administração: _____<br>Observações: _____ |   |
| Posologia prescrita: _____<br>Posologia utilizada: _____                                    |   |   |   |   |
| Medicamento: _____<br>Substância Ativa: _____<br>P.S. que trata: _____<br>Prescritor: _____ | Perceção da Efectividade: (razões) _____<br>Perceção da Segurança: (algo de estranho) _____ | Data de início: _____<br>Data de fim: _____ | Modo de uso e de administração: _____<br>Observações: _____ |   |
| Posologia prescrita: _____<br>Posologia utilizada: _____                                    |   |   |   |   |



# Folha de intervenção

Resultados Negativos associados à Medicação



| Identificação   |   | Atuação  |  |
|---|---|--|--|
| Data:   | RNM:  | Data:  | Objetivo:                                      |
| <b>Classificação do RNM (marcar com x)</b>                                      |   | <b>O que se pretende fazer para resolver o problema</b>                                      |  |
| <input type="checkbox"/> problema de saúde não tratado                          | <input type="checkbox"/> problema manifestado | <input type="checkbox"/> Modificar a dose  |  |
| <input type="checkbox"/> lista de medicamento desatualizada                     | <input type="checkbox"/> erro de apontamento  | <input type="checkbox"/> Modificar a duração   |  |
| <input type="checkbox"/> medicação não quantitativa                             | <b>Medição inicial</b>                        | <input type="checkbox"/> Modificar o esquema terapêutico (incluindo a duração de utilização) |  |
| <input type="checkbox"/> medicação quantitativa                                 |   | <input type="checkbox"/> Adicionar um medicamento  |  |
| <input type="checkbox"/> excesso de dose quantitativa                           |   | <input type="checkbox"/> Retirar um medicamento  |  |
| <input type="checkbox"/> excesso de dose quantitativa                           |   | <input type="checkbox"/> Substituir um medicamento   |  |
| <b>Medicamento (s) implicado (s)</b>  |   | <b>Intervi na estratégia farmacológica</b>   |  |
| Código  | Nome, Dose, via, forma farmacéutica           | <input type="checkbox"/> Modo de uso e de administração do medicamento                       |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> Alertas e alertas ao tratamento em curso                            |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> Adjuva em medidas não farmacológicas                                |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> Não está de o   |  |
| <b>Causa-identificação do PRM (selecionar as opções que resolve o problema)</b> |   | <b>Intervi na educação do doente</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Adesão inadequada do medicamento                       | <b>Descrição</b>                              | <b>Via de comunicação</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> Características pessoais                               |   | <input type="checkbox"/> verbal com o doente   | <input type="checkbox"/> Escrita para o doente |
| <input type="checkbox"/> Condição medicada                                      |   | <input type="checkbox"/> verbal doente-médico  | <input type="checkbox"/> Escrita doente-médico |
| <input type="checkbox"/> Condição não medicada                                  |   | <b>Resultado</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Dose errada (superior / inferior da dose não adequada) |   | <b>O que aconteceu com a intervenção?</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> Duplicação   |   | <b>O que aconteceu com o problema de saúde?</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> Erros de dispensação                                   |   |  | <b>Data:</b>                                   |
| <input type="checkbox"/> Erros de prescrição                                    |   | <b>Resultado</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Incapacitamento  |   |  | <b>Data:</b>                                   |
| <input type="checkbox"/> Interações   |   | <b>resultado</b>   | <b>Medição final</b>                           |
| <input type="checkbox"/> Outros problemas de saúde que afetam o tratamento      |   | <input type="checkbox"/> intervenção aceite  |  |
| <input type="checkbox"/> Irregularidade de efeitos adversos                     |   | <input type="checkbox"/> intervenção não aceite  |  |
| <input type="checkbox"/> problema de saúde insuficientemente tratado            |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Outros   |   |  |  |
| <b>Descrição</b>  |   |  |  |

Anexo 2- Folha de Intervenção Farmacêutica (RNM) Fonte: (Machuca et al., 2004)