



Cidade Natal



Faculdade de Ciências Farmacêuticas
de Ribeirão Preto - USP

Origem do Artigo em Atualização

Maria Manuela de Oliveira Abreu Costa Gomes Teixeira

UMA ATUALIZAÇÃO DO ARTIGO PUBLICADO NO LIVRO: FARMÁCIA CLÍNICA E ATENÇÃO FARMACÊUTICA, FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BRASIL

Dissertação para obtenção de equivalência ao Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pela Professora Doutora Maria Margarida Duarte Ramos Caramona e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Setembro 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Maria Manuela de Oliveira Abreu Costa Gomes Teixeira

**UMA ATUALIZAÇÃO DO ARTIGO PUBLICADO NO LIVRO:
FARMÁCIA CLÍNICA E ATENÇÃO FARMACÊUTICA, FACULDADE
DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO - BRASIL**

Dissertação para obtenção de equivalência ao Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada
pela Professora Doutora Maria Margarida Duarte Ramos Caramona e apresentada à
Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Setembro 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Declaração

Eu, Maria Manuela de Oliveira Abreu Costa Gomes Teixeira, estudante do Mestrado em Ciências Farmacêuticas com o nº 2014167044, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo da Dissertação apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da equivalência ao Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Mais declaro que este é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia desta Dissertação, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.



Coimbra, 3 de setembro de 2015.

Epígrafe

“ Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre à margem de nós”

Fernando Pessoa

Dedicatória

Aos meus Pais, Agostinho e Maria Alice (*in memorium*), que estejam onde estiverem, estarão certamente orgulhosos. O meu eterno agradecimento por serem os grandes responsáveis pela minha formação humana e intelectual e porque sempre entenderam e apoiaram os meus sonhos.

Ao meu Marido Mário por todo o amor, carinho e força que me transmitiu ao longo deste percurso, nem sempre fácil de trilhar.

Aos meus Filhos, Ana Paula e Mário Miguel, por serem as pessoas que são e claro aos Netos Filipa, Tomás, Tiago, David e Duarte, cujos sorrisos me deram muita força.

Agradecimentos

As primeiras palavras são dirigidas às Professoras Doutoras Margarida Caramona e Isabel Vitória, Amigas de longa data que há muito me motivaram a enviar o *Curriculum vitae* para a Universidade de Coimbra, com o objetivo de solicitar este *upgrade*. A ambas agradeço a confiança que depositaram em mim, todo o apoio, a amizade e incentivo para concretizar esta dissertação.

Uma palavra especial à professora Margarida Caramona, minha Tutora, que à distância sempre esteve presente.

Também um agradecimento especial, ao Professor Doutor Fernando Ramos, pela sua disponibilidade para me ouvir e aconselhar.

À minha Filha e Colega Ana Paula, pela presença constante, pelo interesse e motivação.

À Colega e Amiga Lúcia Reis pelo incondicional e competente apoio, pela imensa disponibilidade no sentido de me ajudar a ultrapassar dificuldades. Sem a sua ajuda, seria difícil chegar a bom termo.

Às Colegas Ana Paula Martins, Anabela Madeira, Rute Horta e Suzete Costa, pelos ensinamentos e conselhos sábios desta temática.

Ao Paulo Carvalhas, pela cedência dos dados.

Ao Colega e Amigo, António Hipólito Aguiar, pelo seu sempre presente “ombro amigo”.

Aos meus Alunos, pelo estímulo.

E finalmente uma palavra de agradecimento ao Dr. David Moreira, da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, pela ajuda e paciência, com que sempre me esclareceu em relação aos problemas burocráticos.

Resumo

A prática dos Cuidados Farmacêuticos é uma realidade desde 1990, com o objetivo de serem alcançados resultados positivos em saúde.

O artigo que é objeto de atualização, reflete conceitos, dados do ensaio piloto realizado em 2001 e a prática profissional, num determinado contexto temporal. Dada a sua desatualização, propomo-nos a tecer algumas considerações, sobre termos e linguagem utilizados, abordar o contexto atual dos serviços farmacêuticos, essenciais e diferenciados, com potencial enfoque, na Gestão da Terapêutica e Gestão da Doença, nos Programas de Cuidados Farmacêuticos, numa prática profissional centrada no doente.

Estes Programas de Cuidados Farmacêuticos utilizam o Método SOAP como ferramenta de trabalho para as diferentes patologias recomendadas pela Organização Mundial de Saúde - Hipertensão Arterial, Diabetes *mellitus*, Asma e DPOC, tendo sido incluído recentemente a Dislipidemia e o Fator de Risco Cardiovascular.

O Método SOAP é reconhecido e utilizado internacionalmente pelos profissionais de saúde e constitui uma metodologia de organização e documentação do processo de gestão de doentes crónicos, em cada interação com o mesmo, que utiliza um formato padronizado, como se explica no texto.

Evidenciam-se alguns resultados atualizados dos PCFs, baseados em estudos do CEFAR, onde se verifica melhoria dos parâmetros clínicos e se demonstra a mais valia da intervenção farmacêutica.

Palavras-chave: Cuidados Farmacêuticos, Gestão da Terapêutica, Gestão da Doença, PCFs, Método SOAP

Abstract

The practice of Pharmaceutical Care is a reality since 1990, to achieved positive health outcomes.

The article that is now updated reflects concepts, results from the pilot test conducted in 2001 and professional practice in a given time frame. Given its outdated, we propose to make a few remarks on terms and language used to address the current context of pharmacist interventions, essential and differentiated services, with a potential focus on the management of therapy and disease management, the Pharmaceutical Care Programs, as professional practice patient-centred.

These programs of Pharmaceutical Care use the SOAP method as a tool for the different diseases recommended by the World Health Organization - Hypertension, Diabetes *mellitus*, Asthma and COPD, and was recently included the Dyslipidemia and Cardiovascular Risk Factor.

The SOAP method is recognized internationally and used by health professionals and is a method of organization and documentation of the chronically ill management process, in every interaction with the patient, using a standardized format, as explained in the text.

This review emphasizes the results of PCFs based on CEFAR studies, where there is improved clinical parameters and demonstrates the added value of pharmaceutical intervention.

Keywords: Pharmaceutical Care, Therapeutic Management, Disease Management, PCF's, SOAP Method

Abreviaturas

ANF	Associação Nacional das Farmácias
AphA	Associação Farmacêutica Americana
ATC	Anatômica Terapêutica Química
AVC	Acidente Cardiovascular
CEFAR	Centro de Estudos e Avaliação em Saúde
CEDIME	Centro de Documentação e Informação de Medicamentos
CIM	Centro de Informação de Medicamentos, da OF
CT	Colesterol Total
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DEMI	Débito Expiratório Máximo Instantâneo
DGS	Direção Geral de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde.IP.
INR	International Normalized Ratio
HDL	High-Density Lipoptotein
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PCF	Programa de Cuidados Farmacêuticos
PCFs	Programas de Cuidados Farmacêuticos
PRM	Problema Relacionado com Medicamento
PRMs	Problemas Relacionados com Medicamentos
RAM	Reação Adversa a um Medicamento
RAMs	Reações Adversas a Medicamentos
RCM	Resumo das Caraterísticas do Medicamento
RCMs	Resumos das Caraterísticas dos Medicamentos
RCV	Risco Cardiovascular
TG	Triglicéridos

Índice

Capítulo I - Nota Introdutória.....	13
Capítulo II - Contexto atual dos Cuidados Farmacêuticos.....	14
2.1 Serviços Farmacêuticos para além da dispensa de medicamentos.....	14
2.2 Programa de Cuidados Farmacêuticos, uma prática profissional diferenciada centrada no doente.....	15
2.3 Seguimento Farmacoterapêutico: métodos e prática.....	18
2.3.1 Método SOAP.....	19
2.3.2 Método de DÁDER.....	20
2.3.3 Método de TOM-Therapeutics Outcomes Monitoring.....	22
2.3.4 Método PWDT- Pharmacist Workup of Drug Therapy ou Estudo Farmacêutico da Terapêutica Farmacológica: Avaliação Sistemática da Farmacoterapia.....	23
2.4 Gestão da Doença e Gestão da Terapêutica.....	23
2.5 Alterações nas patologias que são abrangidas em PCF.....	24
2.5.1 Hipertensão - Um problema de saúde pública.....	25
2.5.2 Dislipidemia.....	30
2.5.3 Diabetes <i>mellitus</i> - a doença das sociedades desenvolvidas.....	31
2.5.4 Patologias respiratórias crónicas: ASMA E DPOC.....	34
2.5.5 Risco Cardiovascular.....	36
2.6 Implementação de Cuidados Farmacêuticos na Farmácia.....	37
2.6.1 Gabinete de atendimento personalizado.....	38
2.6.2 Determinação de parâmetros.....	38
2.6.3 Fontes de informação.....	39
2.6.4 Suporte informático.....	40
2.6.5 Dossier dos doentes.....	41
2.6.6 Equipa da Farmácia.....	42
2.6.7 Comunicação com o Médico.....	42
2.6.8 Marketing de Serviços.....	44
2.6.9 Gerir o Tempo e a Periodicidade das Visitas.....	44
2.6.10 Pré-seleção de Doentes.....	45
Capítulo III - Dados atualizados das atividades desenvolvidas introduzidas.....	46
Capítulo IV - Comentários relevantes sobre as modificações /Conclusões.....	52
Bibliografia.....	54

Índice de Figuras

Figura 1 - Pirâmide organizacional dos serviços farmacêuticos (Fonte DCF).....	16
Figura 2 - Regiões OMS Europa (Fonte DCF).....	25
Figura 3 - Prevalência da HTA por sexo e por classe social nas Regiões da OMS.....	26
Figura 4 - Evolução dos valores de PAS e PAD (Fonte CEFAR).....	49
Figura 5 - Evolução dos valores de Col Total e Triglicéridos (Fonte CEFAR)	49
Figura 6 - Dados dos parâmetros bioquímicos e fisiológicos realizados em 2014 pelas farmácias portuguesas (Fonte: CEFAR)	51

Índice de Quadros

Quadro 1 - Resultados do PCF na Diabetes (Fonte: CEFAR).....	47
Quadro 2 - Resultados do PCF na Diabetes: PRMs (fonte CEFAR)	47
Quadro 3 - Dados dos Programas de Cuidados Farmacêuticos referentes ao período 2003-2011 (Fonte: CEFAR).....	50
Quadro 4 - Dados atualizados a Outubro de 2012. (Fonte: CEFAR).....	50

Capítulo I- Nota Introdutória

Dado que o artigo publicado em 2006 (Anexo II) e aqui em atualização foi revisto pela Professora Ana Mori, uma das coordenadoras do livro para português do Brasil, gostaria de informar sobre os termos e linguagem, que surgem ao longo da leitura do mesmo.

Apesar de esta temática não ser de grande relevo científico, é útil englobá-la na atualização do artigo, para que não surjam dúvidas, no que se refere à terminologia usada e transmitida aos Alunos, para que todos usem a mesma, e a adequem em harmonização.

O primeiro aspeto prende-se com o título do artigo, que se enquadra no do próprio livro, dado que em Portugal, falamos de Cuidados Farmacêuticos e não de Atenção Farmacêutica. Seguimos a orientação do *Pharmaceutical Care* dos Estados Unidos da América (EUA) e daí a origem da forma como nos referimos a este serviço diferenciado na farmácia. Também nos referimos a esta temática como Seguimento Farmacoterapêutico, dado que na Universidade Lusófona, faz parte do conteúdo programático do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas uma Unidade Curricular, que coordenamos, com esta designação.

Relativamente à palavra *paciente*, sempre referimos *doente*, não sofrendo assim a adaptação anglo-saxónica a que o Brasil recorre com frequência.

Quanto ao termo *aplicativo*, os Colegas brasileiros referem-se a uma *aplicação informática*, que desde o início dos Programas de Cuidados Farmacêuticos, a Associação Nacional das Farmácias disponibilizou às Farmácias, incluído no Sifarma, uma excelente “ferramenta”, para promover o acompanhamento dos doentes, que desenvolveremos mais à frente.

Dispensação, também é um termo utilizado no Brasil e, neste caso, é a influência dos países onde a língua mãe é o espanhol, sendo sistematicamente substituído em Portugal por *dispensa*.

Usuários, é a designação que os Colegas no Brasil usam para se referirem aos *utentes*, quer sejam cidadãos doentes ou saudáveis, podem ser simplesmente *clientes* mas neste contexto de Cuidados Farmacêuticos, entendemos que o correto seja chamar *doentes*.

Formação continuada, obviamente que é o que chamamos à nossa *Formação Contínua*.

Valores normais de parâmetros analíticos, não são o termo utilizado, mas sim *Valores de Referência*.

Capítulo II - Contexto atual dos Cuidados Farmacêuticos

2.1 Serviços Farmacêuticos para além da dispensa de medicamentos

Após 2006 podemos considerar que houve uma mudança de paradigma nesta área. Como objetivo Estratégico Profissional, passou-se a disponibilizar serviços farmacêuticos nas farmácias portuguesas de acordo com as necessidades dos doentes, contribuindo de forma comprovada para o uso seguro do medicamento, obtenção do benefício terapêutico pretendido e diminuição do seu desperdício (Departamento de Cuidados Farmacêuticos, 2006).

A existência de fármacos cada vez mais potentes e complexos, as enormes dificuldades no acesso aos serviços de saúde, o aumento da morbilidade e mortalidade relacionadas com os medicamentos e a despesa significativa decorrente do custo dos mesmos, justificam cabalmente um profissional focado na gestão de toda a terapêutica do doente.

O medicamento é um bem precioso e é preciso aprender a utilizá-lo. A sua correta utilização diminuirá os resultados negativos da farmacoterapia, que se podem manifestar quer como problema de saúde não tratado quer como inefetividade ou insegurança [FIGUEIREDO *et al.* 2013].

“Seja para curar, controlar ou prevenir a doença, o medicamento aparece como um companheiro de jornada que se torna imprescindível a uma vida longa e com qualidade” [CASTEL-BRANCO *et al.* 2013].

Deste modo é necessário que do medicamento, o doente consiga retirar o máximo benefício sem qualquer prejuízo. No entanto, isto nem sempre se consegue atingir dado que estão inúmeras variáveis em causa, desde a incorreta utilização até à sua complexidade, nomeadamente a existência de interações de elevada importância clínica [STRAND *et al.* 1992]. Uma vez que o consumo de medicamentos apresenta um peso considerável no orçamento da saúde, não basta reduzir o preço, mas sim fazer com que os benefícios sejam notórios na população, uma vez que só usando os medicamentos de forma responsável e informada se consegue um estado de saúde equilibrado.

Neste contexto, surge a necessidade da implantação de Serviços Farmacêuticos no sentido de darem resposta às necessidades dos cidadãos. Na base da implantação destes serviços estão: medicamentos inadequados ou não tomados (problema de saúde não controlado) e como consequência os objetivos terapêuticos não são alcançados,

inefetividade por tratamento ou dosagem insuficiente, interações medicamentosas e reações adversas, resistência ao tratamento e/ou falta de tratamento [CASTEL-BRANCO *et al.* 2013].

2.2 Programa de Cuidados Farmacêuticos, uma prática profissional diferenciada centrada no doente

O Programa de Cuidados Farmacêuticos, consiste numa prática profissional centrada no doente, que visa uma participação ativa do Farmacêutico, na assistência ao doente, na dispensa e no seguimento do tratamento farmacoterapêutico, cooperando deste modo com outros profissionais de saúde.

É uma prática cada vez mais utilizada que visa não só a dispensa da terapêutica, indo mais além na medida em que tenta perceber, com a colaboração do doente, quais as causas inerentes ao não controlo da sua patologia, quer com recurso a medidas não farmacológicas, quer por análise crítica da sua terapêutica, procurando detetar e resolver os problemas relacionados com os medicamentos [CASTEL-BRANCO *et al.* 2013].

Atualmente os serviços de intervenção farmacêutica, podem ser agrupados em duas categorias: os Serviços Essenciais - todos os serviços prestados por farmacêuticos ou técnicos sob supervisão do farmacêutico, de forma sistemática, durante o ato de dispensa ou atendimento regular; os Serviços Diferenciados - serviços prestados apenas por farmacêuticos certificados (com formação específica acreditada pela Ordem dos Farmacêuticos), realizados fora do ato de dispensa ou atendimento regular, sendo habitualmente realizados durante uma visita programada à farmácia (DCF, 2006), conforme ilustra a Figura I, uma forma esquematizada de hierarquizar os vários serviços prestados.



Figura I - Pirâmide organizacional dos serviços farmacêuticos (retirada do 1º curso realizado pelo Departamento de Cuidados Farmacêuticos, ANF, 2001).

Os diferentes serviços distribuem-se pelos níveis de intervenção profissional seguintes, que se englobam em essenciais:

- Dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde;
- Determinação de parâmetros e intervenção farmacêutica.

Enquanto a Gestão da Terapêutica e Gestão da Doença se incluem em serviços diferenciados.

A Gestão da Terapêutica e a Gestão da Doença (Programas de Cuidados Farmacêuticos) são serviços diferenciados que usam a mesma metodologia – seguimento de doentes através de visitas programadas com recurso ao método SOAP com a finalidade de contribuir para os resultados clínicos positivos, maximizando a efetividade e a segurança dos medicamentos, de acordo com as necessidades do doente, mediante a identificação, prevenção e resolução de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs).

Na data em que foi elaborado o artigo do livro **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**, os Farmacêuticos nas suas farmácias já realizavam muitos destes serviços, não de uma forma tão estruturada, mas sempre acompanharam doentes diabéticos em várias vertentes, doentes hipertensos, procediam à determinação de colesterol total e triglicéridos, intervinham na cessação tabágica, participavam ativamente na Troca de Seringas, no Projeto Valormed, em Campanhas de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença.

Os Programas de Formação Contínua, organizados pelas Faculdades de Farmácia de Coimbra, Lisboa e Porto, Ordem dos Farmacêuticos e Associação Nacional das Farmácias, capacitavam os Farmacêuticos para desenvolverem estes serviços com qualidade e quem

estivesse motivado, bastava aplicar os conhecimentos adquiridos nos vários cursos, que anualmente se realizavam até de uma forma descentralizada, para facilitar o acesso e a aprendizagem.

A partir de 2006, a formação específica obrigatória para que um farmacêutico pudesse ser certificado para prestar este serviço, englobava os seguintes cursos:

- PRMs e Intervenção Farmacêutica;
- Comunicação com o Doente e o Médico;
- Marketing de Serviços;

para além dos cursos especializados para cada Programa:

- Asma e DPOC (PCF Asma/DPOC);
- Diabetes e CheckSaúde (PCF na Diabetes);
- Hipertensão Arterial, Dislipidemia e CheckSaúde (PCF Hipertensão Arterial/

Dislipidemia).

Em 2008 foi incluído o PCF do Risco Cardiovascular.

Os Cuidados Farmacêuticos, iniciados na época de 90 por Hepler e Strand, são emergentes nos nossos dias, tanto em Portugal, como noutros países, como o Brasil, por exemplo. De acordo com esta filosofia não basta ao farmacêutico conhecer o medicamento desde a sua conceção até à dispensa na farmácia, a partir desta nova prática o farmacêutico coloca-se numa atitude de serviço ao doente com o intuito de melhorar os seus resultados clínicos, económicos e humanísticos através da utilização de medicamentos [CASTELBRANCO *et al.* 2013].

Numa perspetiva histórica, podemos recuar até à década de 60, em que Brodie (1968) descrevia Cuidados Farmacêuticos como a prática profissional que incluía a determinação da necessidade dos medicamentos para uma situação individual e o fornecimento não só do medicamento, mas também dos serviços (antes, durante e após o tratamento) necessários de modo a garantir uma segurança ótima e a efetividade da terapêutica [STRAND *et al.* 1992]. Em 1990, Hepler e Strand demonstraram que efetivamente a prática dos Cuidados Farmacêuticos e o envolvimento do farmacêutico poderia reduzir a morbilidade e mortalidade relacionada com os medicamentos e definiram Cuidados Farmacêuticos como a provisão responsável de terapia medicamentosa com o propósito de alcançar resultados que melhorem a qualidade de vida do doente, num processo colaborativo, isto é, que necessita da colaboração do doente com vista a prevenir ou a identificar e resolver problemas relacionados com a saúde [STRAND *et al.* 1992].

Citando ainda Charles Hepler, mencionam-se duas afirmações, que envolvem o conceito de Cuidados Farmacêuticos: a primeira considera Cuidados Farmacêuticos como “dispensa responsável da terapêutica farmacológica com o objetivo de alcançar resultados definitivos que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do doente, que pode ser a cura da doença, a diminuição dos sintomas, a desaceleração do curso da doença, e a prevenção da doença ou dos sintomas”; mais tarde, define Cuidados Farmacêuticos, como a “missão da Profissão Farmacêutica centrada no doente que integra todo o processo da terapêutica farmacológica, com prevenção, detecção e resolução de Problemas relacionados com medicamentos, o que pressupõe a colaboração entre os diversos profissionais envolvidos”.

Mais recentemente, a Associação Farmacêutica Americana - APhA - (1995), definiu Cuidados Farmacêuticos, como uma prática profissional orientada para o doente, em que o farmacêutico intervém em colaboração com outros profissionais de saúde e o doente, com o objetivo de promover a saúde, prevenir a doença, avaliar, monitorizar, iniciar e ajustar a terapêutica farmacológica.

2.3 Seguimento Farmacoterapêutico: métodos e prática

Para além da designação de Cuidados Farmacêuticos, também se pode falar de Seguimento Farmacoterapêutico, Atenção Farmacêutica (Brasil), mas independentemente das diferentes designações a metodologia converge para o mesmo objetivo, o controle da patologia, e os processos aplicados são idênticos.

Define-se Seguimento Farmacoterapêutico (SF) como a prática profissional em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do doente relacionado com os medicamentos e é realizado através da detecção de PRMs e da prevenção e resolução dos mesmos, com o objetivo de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente (ESCOVAL, 2010, p. 105-116.). É uma interação prolongada no tempo, verificada entre o farmacêutico e o doente, com o objetivo de obter informação relativa à evolução do seu estado de saúde e sobre a utilização dos medicamentos (CORRER, 2011, <URL: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/615>>).

Em seguida apresentam-se os diferentes métodos para realizar a prática de Seguimento Farmacêutico:

2.3.1 Método SOAP

Sistemática de organização e documentação do processo de prestação de cuidados farmacêuticos e de gestão da doença, que utiliza um modelo padronizado de recolha de dados subjetivos (S) - informações obtidas pelo doente (queixas) ou histórico de patologias que não podem ser conhecidas de forma exata e objetivos (O) - informação relativa ao doente que pode ser confirmada pelo profissional de saúde, como os parâmetros mensuráveis (Glicémia, Tensão Arterial, Colesterol Total, Triglicéridos, Débito Expiratório Máximo Instantâneo, etc.), sua avaliação (A) e desenho do plano (P) de cuidados farmacêuticos a seguir (Anexo3).

A Avaliação consiste na análise crítica dos dados subjetivos e objetivos do doente, na análise da terapêutica (necessidade, efetividade e segurança), com a identificação de problemas relacionados com medicamentos.

No Plano de Cuidados, o farmacêutico intervém na definição dos objetivos terapêuticos a atingir e estabelece junto com o doente as medidas ou ações a realizar até à visita seguinte e/ou resolver os PRMs identificados (Anexos 5 e 6).

A classificação de PRMs segue a orientação do Segundo Consenso de Granada, conforme referido no texto em atualização (COMITÉ CONSENSO, 2002, p.179-187).

As visitas programadas à farmácia, são sempre estabelecidas entre consultas médicas e tanto mais frequentes conforme o estado de saúde do doente.

Finalmente na Monitorização ou Seguimento, o farmacêutico reavalia o doente e faz uma redefinição do plano de Cuidados Farmacêuticos em função dos objetivos a atingir em intervalos de tempo pré-definidos.

Este método é uma sistemática de organização e documentação do processo de gestão de doentes crónicos/prestação de Cuidados Farmacêuticos em cada interação com o doente que utiliza o formato padronizado denominado SOAP.

A sistemática de entrada de um doente em Plano de Cuidados Farmacêuticos (PCF), engloba a identificação do doente alvo, a informação sobre o serviço, oralmente complementada com a entrega de um folheto informativo (Anexo 1) e a marcação da visita.

Posto isto o doente assina o Consentimento informado, (Anexo 2), é-lhe apresentado o serviço, e é feita uma avaliação inicial. É solicitado ao doente para trazer todos os medicamentos que está a tomar, o último boletim de análises e os dispositivos de autovigilância e/ou de inalação, caso se trate de um doente asmático ou com DPOC.

Temos também disponível uma carta de reporte ao médico, que lhe deverá ser enviada caso o doente apresente problemas relevantes com a medicação, nomeadamente

aqueles que requerem ajustes ou alterações da terapêutica. Esta carta deve ser entregue ao doente dentro de envelope da farmácia (não fechado) com recomendação para apresentar na consulta de rotina, imediata ou urgente.

Dever-se-á comunicar ao médico, questões como por exemplo:

- Medicamentos prescritos que o doente não quer tomar e as razões;
- Medicamentos que o doente toma e que provavelmente não são do conhecimento do médico assistente;
- Não adesão sistemática à terapêutica prescrita (após tentativas infrutíferas de reforço de adesão à terapêutica junto do doente);
- Valores dos parâmetros sistematicamente muito elevados que indicam que a terapêutica não está a resultar;
- Valores dos parâmetros demasiado baixos que indicam possível sobredosagem;
- Efeitos adversos graves ou que incomodam o doente, etc. (DCF, 2006).

2.3.2 Método de DÁDER

O método de Dáder permite ao farmacêutico aplicar os seus conhecimentos sobre problemas de saúde e medicamentos, com o objetivo de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos seus doentes, resolvendo os Problemas Relacionados com Medicamentos (COMITÉ CONSENSO, 2007, p.5-17).

Este método foi desenvolvido pelo Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade de Granada em 1999 e é utilizada por farmacêuticos comunitários e hospitalares em Espanha e outros países. Para classificar PRMs a tendência atual é para classificar de acordo com o Terceiro Consenso de Granada, sendo os PRMs causa de Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) (COMITÉ CONSENSO, 2007, p.5-17).

O Método Dáder baseia-se na obtenção da histórica farmacoterapêutica do doente, isto é, os problemas de saúde que ele apresenta e os medicamentos que ele utiliza e na avaliação do seu estado de situação numa data determinada, a fim de resolver os Problemas Relacionados com os Medicamentos apresentados pelo doente. Após esta identificação, realizar-se-ão as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRMs e posteriormente avaliam-se os resultados obtidos.

Este Método propõe um procedimento concreto no qual se elabora um estado de situação objetiva do doente. Deste derivam as intervenções farmacêuticas correspondentes

nas quais cada farmacêutico conjuntamente com o doente e o seu médico, decidem o que fazer em função dos conhecimentos e condições particulares que afetam cada caso.

O Acompanhamento Farmacoterapêutico, consta das seguintes fases:

a) Oferta de Serviço - esta oferta de serviço inicia-se quando o doente procura a farmácia por diversos motivos, podendo o farmacêutico oferecer o serviço quando suspeita que existem Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs), ou qualquer doente que ele considere necessário.

b) Primeira visita - a visita é estruturada em três etapas:

1- Preocupações de saúde - questionar o doente sobre o seu estado de saúde e os seus medicamentos. Nesta fase o doente só refere o problema de saúde que o preocupa, os outros são relatados na fase seguinte.

2- Medicamentos do doente - obter informação sobre cada um dos medicamentos e ter uma ideia do grau de conhecimento do doente sobre os seus medicamentos, bem como a sua adesão à terapêutica. É necessário que o doente responda a todas as perguntas feitas pelo farmacêutico em formulário próprio concebido para o efeito.

3- Revisão - visa obter informação sobre todos os medicamentos que o doente utiliza e que não referiu; recolher informações sobre problemas de saúde que não tenha referido e obter informação útil que possa complementar a avaliação.

c) Estado de situação - nesta fase dispõe-se resumidamente a informação mais relevante obtida na primeira visita.

d) Fase de estudo - estudam-se individualmente, todos os medicamentos que o doente utiliza, procurando uma possível relação com os seus problemas de saúde: Esta fase tem de ser repetida cada vez, que se verifique uma alteração de dose, de medicamento ou surgir um novo problema de saúde.

e) Fase de Avaliação - nesta fase procuram-se identificar suspeitas de resultados negativos associados à medicação.

f) Planos de Atuação - registam-se todas as suspeitas de PRMs encontrados. Priorizam-se e decidem-se quais as medidas a adotar para os resolver, bem como elaborar a estratégia para a monitorização do doente.

g) Intervenção Farmacêutica - comunicação ao doente do resultado negativo detetado e apresentação da proposta de solução. Estabelece-se a data da próxima visita (presencial ou telefónica) para avaliar ou não do PRM detetado.

h) Novo Estado de Situação - o objetivo é a recolha das alterações existentes desde a intervenção, relativas aos problemas de saúde e medicamentos. Toda a metodologia

de SF tem de ter em conta a necessidade de comunicar com o médico em caso de suspeita de PRM.

i) Entrevistas Sucessivas - continuar a resolver PRMs pendentes segundo o plano de atuação acordado; cumprir o plano de seguimento para prevenir o aparecimento de novos PRMs e obter informação para poder documentar os novos estados de situação e melhorar a fase de estudo (CORRER, 2011, <URL: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/615>).

2.3.3 Método de TOM-Therapeutics Outcomes Monitoring

Foi desenvolvido por Charles Hepler para ser aplicado nas farmácias comunitárias de modo sistemático, dinâmico e documentado. Visa uma melhoria contínua da qualidade da terapêutica farmacológica do doente envolvendo médico, farmacêutico e doente (CORRER, 2011, <URL: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/615>).

O método compreende as seguintes etapas:

a) Recolha - interpretação e registo de informações relevantes do doente: história médica, terapêutica e social. Estes aspetos permitem ao farmacêutico conhecer as expectativas do doente face aos problemas de saúde, terapêutica farmacológica, estimular a adesão à mesma e identificar PRMs.

b) Registo dos objetivos terapêuticos - existem dois tipos de objetivos terapêuticos, objetivos clínicos (ponto de vista de um profissional) e objetivos relacionados à qualidade de vida (ponto de vista do doente). Se necessário deve ser contactado o prescriptor para estabelecer objetivos.

c) Avaliação da adequabilidade do plano terapêutica - revisão dos medicamentos em relação aos objetivos da terapêutica, tendo em consideração PRMs e as características do doente.

d) Desenvolvimento de um plano de monitorização - com base nos problemas potenciais, adota-se um procedimento para obtenção de dados necessários para a monitorização e evolução dos objetivos terapêuticos do doente.

e) Dispensa de Medicamentos/ Orientação - educar o doente e assegurar que está a cumprir a terapêutica de maneira a que tais objetivos sejam cumpridos, incluindo o uso correto dos medicamentos.

f) Implementação do plano de monitorização - colocar o plano em prática como estabelecido e agendar nova visita. Desta fase fazem parte:

I - Avaliação da evolução do Doente.

2 - Resolução de PRMs (caso existam).

2.3.4 Método PWDT- Pharmacist Workup of Drug Therapy ou Estudo Farmacêutico da Terapêutica Farmacológica: Avaliação Sistemática da Farmacoterapia

Este método foi desenvolvido para ser aplicado em farmácias comunitárias e visa avaliar as necessidades dos doentes referentes aos medicamentos e a realização do seguimento dos mesmos para determinar os resultados terapêuticos obtidos [STRAND *et al.* 1988].

Os principais componentes requerem uma interação doente-farmacêutico e passam por uma análise de dados, que avalia a efetividade e segurança do medicamento utilizado, procurando perceber se o medicamento é necessário para o doente; o plano de seguimento onde o farmacêutico tendo em conta o processo anterior avalia os PRMs e estabelece objetivos, a monitorização e a avaliação onde o farmacêutico verifica os resultados obtidos reavaliando as necessidades do doente [CORRER *et al.* 2011].

Podem identificar-se sete passos neste processo de acordo com o “Documenting the clinical pharmacist’s activities: back to basics” (STRAND, 1988, p. 63-66):

- a) Recolha e interpretação das informações relevantes do doente;
- b) Identificação de PRMs;
- c) Descrição dos objetivos terapêuticos desejados;
- d) Descrição das alternativas possíveis e disponíveis;
- e) Implementação e decisão terapêutica sobre o uso de medicamentos;
- f) Delineamento do plano e monitorização para o atingir dos objetivos terapêuticos.

O PWDT mudou de nomenclatura em 2004 e passou a ser chamado Pharmacotherapy Workup (PW) [CORRER *et al.* 2011].

2.4 Gestão da Doença e Gestão da Terapêutica

O termo *Disease Management* ou gestão da doença começou a ser utilizado na década de 80, na Clínica Mayo, nos EUA, sem uma associação direta às doenças crónicas. Nesta época ponderava-se única e exclusivamente, a redução de custos. As estratégias de gestão da doença, aplicadas às doenças crónicas, surgem durante os anos 90, num ambiente de insatisfação dos doentes relativamente aos cuidados de saúde prestados, que

corresponde a um período de transição no sistema de oferta de serviços de saúde nos Estados Unidos da América, emergindo como panaceia que visava promover a sustentabilidade do sistema de saúde e a satisfação dos doentes (ESCOVAL, 2010, p. 105-116).

A gestão da doença define-se como uma estratégia contínua, coordenada e dinâmica de prestação de cuidados de saúde, cujas características dependem do ambiente onde se realiza a intervenção e dos profissionais que lideram o processo, dirigida a doentes crónicos com potencial para melhorar resultados clínicos, económicos e humanísticos. No caso de se tratar de gestão da doença por farmacêuticos, apresenta as seguintes características:

- Visa a gestão periódica dos doentes pelo farmacêutico com identificação dos objetivos a atingir;
 - Pressupõe a colaboração entre o farmacêutico e o médico prescritor;
 - Fundamenta-se em normas clínicas baseadas na evidência científica;
 - Utiliza procedimentos e protocolos de intervenção profissional;
 - Implica a documentação e avaliação do impacto dos cuidados prestados.
- (ESCOVAL, 2010, p. 105-116).

2.5 Alterações nas patologias que são abrangidas em PCF

Quando se desenvolveram e implantaram os Programas de Cuidados Farmacêuticos, as patologias eram as já referidas anteriormente, recomendadas pela OMS Região Europa e Europharm Fórum:

- 1 - PCF na Hipertensão Arterial;
- 2 - PCF na Diabetes *mellitus*;
- 3 - PCF na Asma.



Figura 2 - Regiões OMS Europa (retirada do 1º curso de formação realizado pelo Departamento de Cuidados Farmacêuticos, ANF, 2001).

Em 2005, inclui-se a Dislipidemia associada à Hipertensão Arterial, apesar de não existir uma relação direta, entre estas patologias, pois nem sempre um doente hipertenso apresenta alterações nos valores lipídicos e um doente portador de Dislipidemia, não é obrigatoriamente hipertenso. Mas é um programa importante, para acompanhar doentes que apresentam Síndrome Metabólica. Esta Síndrome é uma constelação de fatores de risco de origem metabólica, que se associa a risco aumentado de Diabetes *mellitus* tipo 2 e doenças cardiovasculares (FIÚZA, 2008,1945-1529).

A Síndrome Metabólica e a mortalidade e morbidade a ela associadas constituem um dos principais problemas de saúde pública da atualidade em todo o mundo. A Síndrome Metabólica é caracterizada pela coocorrência de obesidade, Dislipidemia, Hiperglicemia e Hipertensão Arterial. A associação entre a inatividade física e um risco acrescido de doença coronária tem vindo a ser claramente demonstrado, sendo a inatividade física, atualmente, considerada um fator importante na etiologia da Síndrome Metabólica (PEREIRA, 2011, 785-790).

Na fase inicial de implementação dos PCFs em Portugal, a patologia prioritária foi a HTA. Desta forma, será dado um destaque diferenciado relativamente aos outros PCFs.

2.5.1 Hipertensão Arterial - Um problema de saúde pública

Segundo a OMS, cerca de 40% da população mundial, com mais de 25 anos sofre de Hipertensão Arterial, e esta reflete já 12,8% das mortes em todo o mundo (WHO, 2013,http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf).

Em 2008, a prevalência global da HTA em indivíduos acima dos 25 anos foi de 40%. A proporção da população mundial com níveis de pressão arterial elevada ou Hipertensão não controlada diminuiu modestamente entre 1980 a 2008. Entretanto, a razão do aumento populacional e envelhecimento, o número de pessoas com Hipertensão Arterial aumentou de 600 milhões em 1980 para 1,2 bilhões em 2008 (WHO, 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf).

Como se pode observar pela figura 3, a prevalência da pressão arterial elevada é maior em África com valores de 46% para ambos os sexos. A menor prevalência foi na região da OMS que corresponde à América com 35% para homens e mulheres. Em todas as regiões da OMS os homens apresentam uma prevalência discretamente superior às mulheres, mas a diferença foi estatisticamente significativa somente na América e Europa (WHO, 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf).

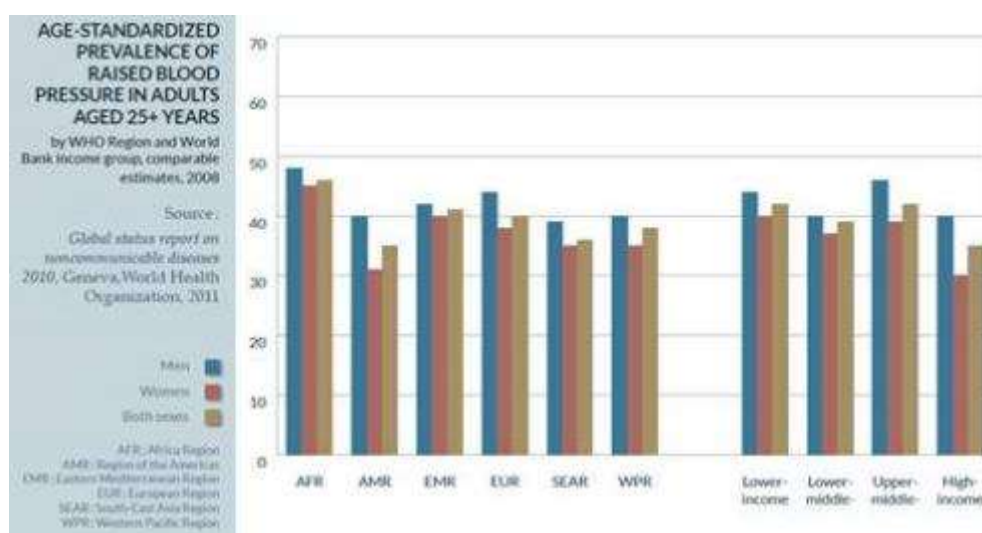


Figura 3 - Prevalência da HTA por sexo e por classe social nas Regiões da OMS.

A Hipertensão é o fator de risco mais importante para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, nomeadamente o EAM e o AVC, importantes causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo (Uva, 2014, p. 451-463).

Dados da OMS de 2009 estimaram que pressão arterial elevada (>140 mmHg e/ou >90 mmHg) foi causa de 7,5 milhões de mortes cerca de 12,8% do total de mortes anuais

Segundo as Estatísticas Europeias de Doenças Cardiovasculares, em 2008 a prevalência de HTA em homens e mulheres com mais de 25 anos é de 48% e 38%, respetivamente. Já a prevalência de HTA em homens e mulheres, com mais de 25 anos que

se encontram a fazer terapêutica farmacológica é de respetivamente 46,5% e 37,4% (EHN/ESC, 2012).

Em Portugal, segundo um estudo da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, realizado entre 2011 e 2012 - Portuguese Hypertension and Salt Study (PHYSA) – cerca de 75% da população com mais de 64 anos é hipertensa. Entre os doentes HTA 74,9% fazem terapêutica e deste 55,7% estão controlados. Este estudo verificou ainda que a prevalência de hipertensos tratados tende a aumentar com a idade; segundo o PHYSA 85,1% da população com mais de 64 anos efetua o tratamento e 45% apresentam a PA controlada. Em comparação com outros estudos de base populacional, realizados em adultos de meia-idade, a prevalência de Hipertensão estavam dentro dos intervalos das taxas (33-56%) relatados em países europeus, mas superior as taxas de 26-31% reportados na China, a Índia Coreia Canadá, e os Estados Unidos (POLONIA, 2014, http://www.sphta.org.pt/pdf/physastudy_20150506.pdf).

Pelos dados apresentados percebemos que a HTA é cada vez mais um problema à escala global, que não está controlado e que precisa de tanta atenção quanto aquela que é dada a outras doenças.

Uma vez que se trata de uma patologia que não apresenta sintomas, a maneira mais fácil de intervir é na prevenção, e nos dias de hoje a medição da pressão arterial é uma prática comum na consulta médica, na assistência farmacêutica em farmácia comunitária e obrigatória em doentes incluídos em PCFs.

O controlo regular da pressão arterial contribuirá para uma diminuição do risco da doença e para uma melhoria da qualidade de vida do doente hipertenso.

No que diz respeito na adesão à terapêutica, apesar da disponibilidade de tratamento eficaz, mais de metade dos doentes em tratamento, abandonaram a terapêutica inteiramente ao fim de um ano.

Deste modo, devido à falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, aproximadamente 75% dos doentes com diagnóstico de HTA não consegue o controlo da pressão arterial (SABATÉ, 2003).

Intervenção Farmacêutica na HTA

A intervenção farmacêutica na Hipertensão Arterial abrange serviços essenciais e diferenciados e pode ser desencadeada nas seguintes situações:

Apresentações de problemas de saúde por parte do utente, associados, pelo farmacêutico, a possível elevação da pressão arterial:

- a. Solicitação da medição da pressão arterial por parte do utente/doente;

- b. Dispensa de anti hipertensores;
- c. Dispensa de medicamentos com interferência nos valores de pressão arterial;
- d. Outras.

Na Hipertensão Arterial existem oportunidades de intervenção farmacêutica ao nível das seguintes áreas:

- a. Prevenção da Hipertensão Arterial;
- b. Identificação de Indivíduos suspeitos;
- c. Prevenção das complicações da Hipertensão Arterial, através da vigilância e informação periódica dos indivíduos hipertensos.

Prevenção da Hipertensão Arterial

A intervenção farmacêutica na prevenção da Hipertensão Arterial deve dirigir-se a indivíduos com fator de risco para a HTA e /ou com outros fatores de RCV.

Após a identificação de indivíduos com fatores de risco, a intervenção farmacêutica, passa por:

- Recomendar a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Alimentação saudável (redução do consumo de sal e gorduras saturadas e adequado consumo de potássio, cálcio e magnésio);
- Controlo do peso;
- Atividade física regular;
- Desabituação tabágica;
- Outros.

Alertar e informar sobre as doenças cardiocerebrovasculares.

Recomendar a medição regular da pressão arterial.

Identificação de indivíduos suspeitos

O farmacêutico deve estar atento a possíveis suspeitos de HTA nas seguintes situações:

Homens com idade superior ou igual a 55 anos ou mulheres com idade igual ou superior a 65 anos ou pós-menopausa.

Indivíduos com outros fatores de risco cardiovascular:

Apresentação de problemas de saúde por parte do utente que podem ser associados a valores elevados de pressão arterial.

Na identificação de indivíduos suspeitos a intervenção farmacêutica passa por:

- Medir a pressão arterial;
- Aconselhar a determinação de outros parâmetros, associados ao RCV (por exemplo, glicemia, colesterol total e colesterol HDL, triglicéridos, etc.).

Avaliar a situação, tendo em consideração:

- O valor da pressão arterial encontrado;
- A presença de outros fatores de RCV encontrados;
- O risco cardiovascular.

Recomendar a adoção de estilos de vida saudáveis

Entregar cartão com os valores determinados.

Aconselhar o indivíduo a consulta médica, no caso dos valores da PA serem compatíveis com HTA, em mais do que uma ocasião.

Reportar os valores encontrados ao médico no caso de aconselhamento à consulta médica (carta de reporte ao médico).

Indivíduos com HTA: vigilância e informação periódica

A intervenção farmacêutica junto dos hipertensos deve ser adequada às necessidades de cada doente e passa por:

Medir regularmente a pressão arterial e outros parâmetros como, por exemplo, o peso, a glicemia, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos entre outros.

Avaliar se o(s) medicamento(s) estão a ser efetivo(s) e seguro(s).

Avaliar e promover a adesão à terapêutica.

Informar o doente sobre:

- HTA;
- DCV e fatores de risco;
- Terapêutica não farmacológica; (exercício físico e alimentação saudável);
- Terapêutica farmacológica e adesão;
- Outros.

Recomendar a desabitação tabágica, no caso dos doentes que fumam;

Recomendar a determinação e a vigilância de outros fatores de RCV, já citados;

Entregar o cartão com o valor das determinações efetuadas na farmácia;

Entregar folheto(s) de informação;

Promover a autovigilância;

Ensinar a técnica correta de utilização dos dispositivos de medição da PA.

Aconselhar o doente à consulta médica, no caso de existir problema (s) de efetividade e/ou segurança do(s) medicamento(s) ou outros problemas de saúde não controlados.

Reportar ao médico os resultados das medições efetuadas na farmácia, no caso de aconselhamento à consulta médica (MADEIRA, 2008).

Como já foi referido, associado ao PCF na HTA, associou-se o PCF na Dislipidemia, dado que os valores anormalmente elevados dos lípidos no sangue, podem ser um fator de risco cardiovascular. Aliás a Dislipidemia é um dos fatores modificáveis que mais contribui para o RCV. A urgência da intervenção sobre a Dislipidemia aumenta, se os fatores de risco não modificáveis (tais como a idade avançada, o sexo masculino e a história familiar de um evento cardiovascular prematuro) estiverem presentes.

2.5.2 Dislipidemia

O estudo mais recente, em Portugal, sobre Dislipidemias (Estudo Hipócrates) revela para uma amostra representativa da população portuguesa de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 75 anos, que a média no nível do colesterol total foi de 191 ± 38 mg/dl, com uma prevalência de hipercolesterolemia (colesterol total >190 mg/dl) de 56%. A média no valor dos triglicéridos foi de 169 ± 93 mg/dl, sendo este valor superior a 150 mg/dl em 53% dos casos. A prevalência da hipercolesterolemia (colesterol total e colesterol-LDL) foi semelhante nos dois sexos, contudo, a hipertrigliceridemia foi prevalente no sexo masculino e a prevalência de valores abaixo do recomendado de colesterol-HDL foi superior no sexo feminino. Verificou-se uma maior prevalência de Dislipidemia com o aumento da idade e do índice de massa corporal, surgindo com frequência associada à Hipertensão Arterial bem como aos antecedentes familiares de Hipertensão Arterial e colesterol elevado (PERDIGÃO, 2010).

Intervenção Farmacêutica na Dislipidemia

Por tudo o que foi citado anteriormente e à semelhança do que foi referido para a HTA, faz sentido o envolvimento do farmacêutico comunitário, no PCF da Dislipidemia.

- Indivíduos sem diagnóstico aos quais se pretende avaliar o risco cardiovascular; neste caso avaliam-se os parâmetros lipídicos, bem como os restantes que integram o risco cardiovascular;
- Indivíduos com diagnóstico de Dislipidemia, sob terapêutica farmacológica (antidislipémicos) ou não farmacológica; neste caso, na farmácia pode-se vigiar

os parâmetros lipídicos, no sentido de monitorizar os resultados da terapêutica que o doente está a fazer.

Os farmacêuticos têm um papel crucial e privilegiado na informação e aconselhamento aos doentes com os quais contactam assiduamente.

A intervenção farmacêutica na prevenção da Dislipidemia deve centrar-se na redução da prevalência dos fatores de risco para a Dislipidemia e doença cardiocerebrovascular.

Dirige-se a todos os utentes em geral, com particular enfoque nos que têm um perfil cardiovascular desfavorável.

Prevenção da Dislipidemia

Após a identificação de indivíduos com fatores de risco, a intervenção farmacêutica deve reforçar as mesmas medidas que na HTA e ainda promover, do ponto de vista alimentar, o consumo de peixe rico em ácidos gordos polinsaturados e o consumo de fibras (fruta e vegetais).

Identificação de indivíduos suspeitos de Dislipidemia

O principal objetivo é detetar indivíduos com níveis lipídicos elevados e referi-los à consulta médica, para avaliação clínica, por forma a prevenir, ou atrasar, o desenvolvimento de doenças cardiocerebrovasculares.

Indivíduos com Dislipidemia: vigilância e informação periódica

A intervenção farmacêutica deve ser adequada às necessidades de cada doente e passa por medir os parâmetros lipídicos e outros parâmetros como, por exemplo, o peso (para cálculo do IMC), a pressão arterial, glicemia, etc.;

2.5.3 Diabetes *mellitus* - a doença das sociedades desenvolvidas

A Diabetes *mellitus* (DM), usualmente denominada tipo 2, é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade e a sua prevalência aumenta muito com a idade, atingindo ambos os sexos e todas as idades.

Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, em 2013 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos, foi de 13%, isto é, mais de um milhão de

portugueses neste grupo etário tem Diabetes). O impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,3 pontos percentuais (p.p) da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2013, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 11% (SPD, 2014).

Em termos de composição da taxa de prevalência da Diabetes em 56% dos indivíduos, esta já havia sido diagnosticada e em 44% ainda não tinha sido diagnosticada. Tal prevalência, acaba por ter graves consequências sociais e económicas.

Tanto a prevalência como a incidência da Diabetes tipo 2, tem vindo a aumentar em todo o mundo, em especial nos países em desenvolvimento em conjunto com as taxas de obesidade e com a ocidentalização dos estilos de vida. A sobrecarga dos serviços de saúde está a aumentar para valores inportáveis, dados os custos associados ao tratamento e às complicações da Diabetes. A Diabetes tipo 2 continua a ser uma das causas principais de doenças cardiovasculares, cegueira, pé do diabético, insuficiência renal em estado terminal, amputações e hospitalizações. Está ainda associada ao aumento de riscos de neoplasia, doenças psiquiátricas graves, défices cognitivos, doença hepática crónica, aceleração da doença articular degenerativa e outras doenças incapacitantes que levam à morte (DUARTE, 2013).

Intervenção Farmacêutica na Diabetes

Por tudo o que foi citado anteriormente e à semelhança do que foi referido para a HTA, faz sentido o envolvimento do farmacêutico comunitário, no PCF da Diabetes.

Além das situações referidas para início da prestação de PCF na HTA e que são aplicáveis na Diabetes, o farmacêutico pode identificar indivíduos que solicitem um medicamento para tratamento de problemas de saúde característicos de Diabetes como, por exemplo, infeções vaginais de repetição, feridas de cicatrização difícil, entre outras e ainda no momento de dispensa de dispositivos de aplicação de insulina.

Prevenção da Diabetes

A intervenção farmacêutica na prevenção da Diabetes deve dirigir-se a indivíduos com fatores de risco para a Diabetes tipo 2 e também informar sobre os sinais e sintomas desta patologia.

Identificação de indivíduos suspeitos de Diabetes

A intervenção farmacêutica na Diabetes assume também importância na identificação de indivíduos suspeitos de Diabetes, com referência à consulta médica para avaliação clínica, por forma a prevenir, ou atrasar, a progressão das complicações da Diabetes.

O farmacêutico deve estar atento a possíveis suspeitos de Diabetes nas situações referidas para HTA.

Após a identificação de indivíduos com sinais e sintomas e/ou com fatores de risco a intervenção farmacêutica passa por:

- i. Medir a glicémia;
- ii. Avaliar a situação tendo em consideração:
 - a. A presença de sinais e sintomas de Diabetes;
 - b. O valor da glicémia encontrado.
- iii. Recomendar a adoção de estilos de vida saudáveis.

Indivíduos com Diabetes: vigilância e informação periódica

Na Diabetes o desaparecimento de sintomas associados à hipoglicémia e à hiperglicémia e a redução do risco das complicações, da Diabetes e da doença cardiovascular, constituem objetivos a atingir.

Estes objetivos são alcançados através da instituição de medidas terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas, de um plano de autovigilância e de um programa de educação ao doente.

Neste processo é fundamental o empenhamento dos vários profissionais de saúde, nomeadamente o farmacêutico.

A oportunidade de intervenção farmacêutica junto dos indivíduos com diabetes pode surgir nas situações referidas anteriormente na abordagem da Hipertensão Arterial.

Neste âmbito a intervenção farmacêutica deve dirigir-se a todos indivíduos diabéticos, com ou sem terapêutica para a Diabetes, com necessidade de vigilância de diversos parâmetros (ex: peso, glicémia, pressão arterial, etc.) e informação diversa.

A intervenção farmacêutica junto dos diabéticos deve ser adequada às necessidades de cada doente e passa por:

Medir a glicémia e outros parâmetros como, por exemplo, o peso (para o cálculo do Índice de Massa Corporal-IMC), a pressão arterial, colesterol total, triglicéridos, etc.;

Informar o doente sobre:

- o que é a Diabetes, como a controlar os valores de glicémia a atingir;
- terapêutica não farmacológica (exercício físico e alimentação saudável);

- terapêutica farmacológica e adesão;
- autovigilância e autocontrole;
- complicações agudas e complicações crônicas;
- cuidados com os pés;
- etc.

No caso de suspeita de hipoglicemia o farmacêutico deve aconselhar a toma de açúcar ou glucose seguida de uma pequena refeição (MADEIRA, 2008).

2.5.4 Patologias respiratórias crônicas: ASMA E DPOC

Ao PCF da Asma, associou-se o acompanhamento de doentes portadores de DPOC, o que faz sentido, dado ser uma patologia do foro respiratório, em que a intervenção farmacêutica reveste-se de importância relevante e os objetivos têm muito em comum.

A ASMA é uma doença inflamatória crónica que requer tratamento a longo prazo; para alguns doentes pode significar o uso diário de medicamentos preventivos (corticoides inalados, por ex.) e para toda a vida.

A DPOC, é uma doença relativamente “silenciosa” nos primeiros estadios e pouco conhecida da população. É uma patologia caracterizada por uma obstrução persistente das vias aéreas, não totalmente reversível; engloba bronquite crónica e enfisema.

Portugal está a confrontar-se, nos últimos anos, com um aumento de doenças respiratórias crónicas, ao contrário do que se verifica com as doenças cardiovasculares.

Atendendo a que um grande número de doenças respiratórias se relaciona com o envelhecimento da população é de esperar que o número de pessoas com doença respiratória venha a aumentar impondo ao sistema de saúde uma necessidade crescente de cuidados respiratórios.

Em Portugal, a mortalidade por doenças respiratórias constitui a terceira causa de morte a seguir às doenças cardiovasculares e aos tumores.

Estudos efetuados quer em adultos, quer em crianças, estimam para o nosso País uma prevalência de asma brônquica de cerca de 10%, sendo ligeiramente superior no caso de alguns grupos etários pediátricos, pelo que esta doença afetará ativamente cerca de um milhão de portugueses.

A DPOC é considerada um problema grave de saúde pública, principal causa de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida, de bem-estar e mortalidade. No nosso país estima-se que o número de doentes com DPOC, nos diferentes estadios ultrapasse 850.000. Acresce que segundo a OMS, entre 20 a 80% dos doentes crónicos têm uma fraca

adesão à terapêutica instituída, o que realça a importância de estratégias educativas para melhorar a adesão à terapêutica, cuja melhoria se traduz na eficácia dos cuidados de saúde prestados e na redução dos custos.

Os farmacêuticos podem ter um papel essencial na informação e aconselhamento aos doentes, promovendo a adesão à terapêutica, a correta utilização dos dispositivos de inalação, o ensino das medidas de evicção (pólenes de algumas plantas, ácaros domésticos, pelos e penas de animais, exercício, poluição atmosférica, fumo do cigarro, ar frio, alguns medicamentos, etc.) dos fatores de agravamento no caso da asma e a cessação tabágica nas duas patologias.

Intervenção Farmacêutica na Asma e DPOC

Como referido anteriormente, os farmacêuticos desempenham um papel importante no controlo destas patologias.

Existem evidências de que, entre outros aspetos, a educação contínua do doente e da família, o ensino e treino da técnica de inalação (Anexo 8) são essenciais para o sucesso da terapêutica. O farmacêutico quando dispensa um medicamento, e no caso concreto dos inaladores, é responsável pelo ensino e avaliação da técnica de utilização do inalador e/ou da câmara expansora, ao doente e à família.

Na Asma, para além das medidas citadas anteriormente, o farmacêutico, deve proceder à monitorização do grau de controlo da patologia, com utilização do questionário, Teste de Controlo da Asma – ACT (Anexo 7), determinação dos valores de Débito Expiratório Máximo Instantâneo (DEMI) e informação ao doente.

A DPOC não tem cura, mas com medidas terapêuticas adequadas e acompanhamento do doente, por uma equipa de saúde, é possível retardar a evolução da doença e proporcionar ao doente uma melhor qualidade de vida.

Tal como na Asma, a educação contínua do doente e da família, o ensino e treino da técnica de inalação e a promoção da redução dos fatores de risco são essenciais para o sucesso da terapêutica. Entre os fatores de risco encontram-se: o tabaco (usado em cachimbo, charuto e outros tipos de tabaco populares em muitos países, representam 80 a 90% do risco de desenvolver a doença); a exposição passiva ao fumo de cigarro; poeiras e produtos químicos ocupacionais; poluição do ar interior e exterior, infeções respiratórias na infância, etc.

A intervenção junto dos doentes com DPOC e família, engloba ainda a informação sobre a doença e cuidados a ter para a melhoria da qualidade de vida (exercício, nutrição, hidratação, sono, entre outros) e promoção da vacinação antigripal e antipneumocócica.

É muito importante ter em atenção aos doentes fumadores, que ao desvalorizar a tosse e a expetoração matinal, podem ter sintomas de DPOC.

Existem dois tipos de teste, que o farmacêutico deve conhecer e aplicar; o questionário da DPOC (Anexo 9) para indivíduos sem diagnóstico, com mais de 40 anos, fumadores ou ex-fumadores, com sintomas de tosse, expetoração e dispneia e sendo fumadores o teste de Fagerström (Anexo 10). Este evidencia o grau de dependência do fumador e é uma ferramenta útil para o início de uma intervenção no âmbito da cessação tabágica.

Quando o resultado do questionário da DPOC (Anexo 9) tem três ou mais respostas afirmativas, deve ser aconselhada a marcação de uma consulta médica.

2.5.5 Risco Cardiovascular

Finalmente, em 2008, incluiu-se nos Programas, o Risco Cardiovascular (RCV), obrigando os farmacêuticos a fazer formação neste âmbito.

As doenças cardiovasculares, nomeadamente o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Doença Coronária (DC) ou Doença Isquémica do Coração (DIC), são as principais causas de mortalidade em Portugal, tal como se verifica em muitos países ocidentais, embora entre nós predomine o AVC.

O RCV define-se como a probabilidade de desenvolver uma Doença Cardiovascular (DCV) num período definido, normalmente calculado para dez anos.

Dado que as patologias já abordadas, podem ser causa de RCV, bem como os estilos de vida, faz sentido incluir no texto, os fatores de risco, para reforçar a importância da intervenção farmacêutica em todos os PCFs, com o objetivo de melhorar a saúde dos cidadãos.

Um fator de RCV corresponde a uma característica biológica ou comportamental presente num indivíduo saudável, que está relacionado de forma independente com o desenvolvimento posterior de uma DCV, ou seja, aumenta a probabilidade de aparecimento da referida doença.

Os fatores de RCV podem ser não modificáveis ou modificáveis. Nos primeiros temos, como exemplo, os antecedentes familiares de doença cardiocerebrovascular

prematura (homens com idade inferior a 55 anos e mulheres com idade inferior a 65 anos), a idade, o sexo, etc. Como exemplo de fatores de risco modificáveis temos o tabagismo, o sedentarismo, os valores de pressão arterial, etc.

Para além de parâmetros que as farmácias já efetuavam, (peso, glicémia, pressão arterial, colesterol, triglicéridos, etc.), acrescenta-se o IMC.

A determinação global do risco de doença cardiovascular, baseia-se na identificação e avaliação dos fatores de risco cardiovasculares, permite estratificar os doentes em grupos de risco e implementar medidas de intervenção farmacológicas e não farmacológicas que contribuam para a redução ou controle do respetivo risco.

Seja qual for o nível de intervenção farmacêutica esta deve abranger de forma integrada todos os fatores de RCV. O cálculo do risco cardiovascular deve ser feito utilizando a tabela SCORE sendo Portugal considerado um país de baixo de risco.

2.6 Implementação de Cuidados Farmacêuticos na Farmácia

O Programa de Cuidados Farmacêuticos adotado pela maioria das farmácias portuguesas é o método SOAP, embora algumas recorram ao método Dáder, para acompanhar os seus doentes. Todos os métodos são válidos, pois visam seguir os doentes, atingindo os objetivos pretendidos, quer terapêuticos, económicos e humanísticos.

Na experiência em farmácia comunitária sempre aplicamos o método SOAP, dado que acompanhávamos os doentes crónicos com parâmetros mensuráveis, podendo assim avaliar a melhoria do doente, através da quantificação desses parâmetros. Seguíamos as recomendações da OMS Região Europa e Europharm Fórum, que aconselhavam acompanhar doentes portadores de Hipertensão Arterial, Diabetes e Asma, rigorosamente porque a Pressão Arterial, a Glicémia e o DEMI (Débito Expiratório Máximo Instantâneo) parâmetros que nos permitem seguir o curso da doença.

Após a formação já citada anteriormente, o Diretor Técnico ou qualquer outro farmacêutico da equipa, fica habilitado a aplicar os seus conhecimentos no acompanhamento dos Serviços Diferenciados, quer na Gestão da Terapêutica, quer na Gestão da Doença, sendo mais exigente neste último caso, dado que há que estudar as patologias referidas. Podemos considerar que a Formação para cada Programa, permite a certificação de um farmacêutico “especializado”, apto a intervir, com competências acrescidas, na gestão de determinado grupo de doentes crónicos. No que diz respeito à Gestão da Terapêutica, os farmacêuticos estão aptos para intervir em qualquer doente e qualquer medicação, uma vez

que a formação de base para os Programas de Cuidados Farmacêuticos ultrapassa a formação necessária para a Gestão da Terapêutica.

Antes de iniciar um serviço diferenciado, é importante preparar a farmácia, no sentido de assegurar alguns aspetos logísticos relacionados com as instalações, equipamento e materiais e também a equipa da farmácia.

2.6.1 Gabinete de atendimento personalizado

Deve existir uma área reservada, para poder dialogar com o doente com privacidade, de uma forma tranquila, com conforto e segurança. Esta área deverá conter:

- a. Uma mesa ou um balcão;
- b. Duas ou mais cadeiras (para o farmacêutico, doente e acompanhante) devendo o farmacêutico posicionar-se em frente ao doente, para facilitar o diálogo;
- c. Equipamento, consumíveis e outros materiais necessários à determinação de parâmetros;
- d. Contentor para resíduos;
- e. O Guia Prático CheckSaúde para consulta e apoio à determinação de parâmetros;
- f. O dossier dos doentes em seguimento;
- g. Cartões CheckSaúde (ou da farmácia) de registo de parâmetros, folhetos de Informação Saúde (selecionar os temas mais relevantes para o tipo de doentes em seguimento), bloco de cartas de reporte ao médico para apoio à intervenção, cartões-de-visita e envelopes da farmácia;
- h. As fontes de informação mais relevantes para apoio à avaliação no seguimento;
- i. Se possível um computador com o *software* para acompanhamento.

É também relevante a afixação da régua CheckSaúde dos valores de referência dos parâmetros e os fluxogramas de intervenção das patologias que são abrangidas pelo Programa, em local visível no gabinete de atendimento personalizado.

2.6.2 Determinação de parâmetros

A determinação de parâmetros deverá observar as recomendações constantes do Guia Prático do CheckSaúde, no que refere a:

- a. Tipo de equipamento;

- b. Valores de referência;
- c. Execução da técnica correta;
- d. Plano de calibração e controle de qualidade da farmácia;
- e. Eliminação dos resíduos;
- f. Intervenção farmacêutica.

O farmacêutico deve ter formação no curso CheckSaúde, obrigatório para certificação no Programa de Cuidados Farmacêuticos em que é necessário recorrer à determinação de parâmetros bioquímicos e /ou fisiológicos.

2.6.3 Fontes de informação

O uso correto de fontes de informação, permite identificar, classificar e resolver Problemas relacionados com Medicamentos (PRMs), contribuindo para o uso correto do medicamento. Assim as fontes consultadas devem reunir informação:

- a. No momento necessário (acessibilidade);
- b. Com veracidade demonstrada (fiabilidade);
- c. Completa e atualizada (*completness*);
- d. Útil na resolução da questão que originou a sua procura (aplicabilidade).

Para uma consulta mais tempo-efetiva, de suporte à intervenção farmacêutica deve ser seguida a ordem:

1º Fontes terciárias - Livros de texto e de referência em que a informação original é revista e sintetizada.

2º Fontes externas - Centros de Informação do Medicamento (como o CEDIME, CIM. e/ou IMFARMED).

3º Fontes Secundárias e primárias - Sistemas de indexação e resumos (bases de dados).

A pesquisa deve ser direcionada de acordo com o tipo de PRM e as causas a serem identificadas.

São exemplos das principais fontes de informação:

- a. RCMs dos medicamentos;
- b. Martindale: The Complete Drug Reference;
- c. Prontuário Terapêutico;
- d. British National Formulary;
- e. Manual de Farmacoterapia (Parmacotherapy a pathologic approach (Appeton&Lange); Applied Therapeutics (Leppincott Williams& Wilkins);

- f. Manual de Parâmetros Laboratoriais (Mosby`s manual of diagnostic and laboratory tests (Elsevier); Interpretation of Diagnostic Tests (Lippincott Williams&&Wilkins);
- g. Manual de Interações (Stocckley`s Drug Interaction (PhP); Hansten and Horn`s Drug interations (Facts and Comparisons); Drug Interactions Facts (Facts&Comparisons);
- h. Manual de Reações Adversas (Adverse Drug Reactions (PhP); Goodman& Gilman`s Pharmacological Basis of Therapeutics(McGraw-Hill).

2.6.4 Suporte informático

Para apoiar o farmacêutico, a farmácia deve possuir um sistema informático adequado ao seguimento de doentes em dois níveis:

- a. Como fonte de informação imediata (avisos pró-ativos) de suporte à avaliação da situação;
- b. Como registo dos doentes e do processo desencadeado em cada visita.

Assume, por isso, uma importância crescente, sendo um instrumento cada vez mais imprescindível à prática profissional em farmácia comunitária.

O suporte informático, deve possibilitar ao Farmacêutico, informação sobre o medicamento, no que respeita à sua forma farmacêutica, se é ou não genérico, a sua Família estatística (alopatia, homeopatia, parafarmácia), sub-família estatística, em que na Alopattia o diferencia em Medicamento sujeito a receita médica, Medicamento não sujeito a receita médica, Medicamento manipulado e na Parafarmácia, deverá distinguir, Dietética Infantil-Alimentos, Homeopatia, Veterinária e Dermofarmácia.

Também o Tipo de Conservação é importante, para manter o medicamento nas melhores condições, evitando que este se degrade dentro do prazo de validade que se lhe encontra atribuído.

Também é da máxima utilidade que o suporte informático disponibilize a informação científica associada ao medicamento contemplando os seguintes itens:

- a. Composição Qualitativa e Quantitativa;
- b. Indicações terapêuticas;
- c. Posologia e dose;
- d. Precauções;
- e. Reações Adversas;
- f. Informação para o Farmacêutico;

- g. Contraindicações;
- h. Interações.

Saliento a importância das reações adversas associadas a cada medicamento, que constituem um potencial suporte para a notificação de RAM's ao Centro Nacional de Farmacovigilância do INFARMED ou às Unidades Regionais de Farmacovigilância. São também um elemento presente na construção do perfil farmacoterapêutico do utente, fazendo parte do conjunto de alertas personalizados ao utente/doente no atendimento.

O suporte informático promove a segurança, a saúde e a qualidade de vida do doente, que é cada vez mais, o centro da atividade da farmácia e finalmente é uma ferramenta fundamental para o seguimento de doentes integrados em Programas de Cuidados Farmacêuticos.

2.6.5 Dossier dos doentes

Ao implementar o serviço, é importante organizar antecipadamente o dossier dos doentes, o qual deverá ser arquivado no gabinete de atendimento personalizado e de acesso reservado ao farmacêutico que realiza o acompanhamento, apesar do dossier pertencer à farmácia.

O código dos doentes é único, independentemente dos serviços que são prestados ao doente na farmácia para que o doente possa ser identificado facilmente e de forma inequívoca. O código pode ser alfa- numérico (OIAS) no qual as letras correspondem às iniciais do doente. Outro código pode ser o do sistema informático usado por cada farmácia.

Sublinha-se a importância de obter o consentimento informado escrito do doente e preservar a confidencialidade dos processos dos doentes (Anexo 2).

O processo de cada doente deverá conter:

1. o original do Consentimento Informado devidamente assinado pelo doente (para efeitos de eventual auditoria futura da Comissão Nacional de Proteção de Dados);
2. as folhas de registo do seguimento SOAP (Anexo 3) que poderão ter anexados:
 - a. *prints* do sistema informático (dados demográficos, estados fisiopatológicos, alergias, evolução dos valores dos parâmetros, histórico da terapêutica).
3. cópia das cartas de reporte (Anexo 4) enviada ao médico e outros registos relacionados com o doente, tais como:

- a. Registo da Terapêutica (Anexo 5)
- b. Registo dos Parâmetros (Anexo 6)

2.6.6. Equipa da Farmácia

Na fase de planeamento, é importante considerar que papel podem ter os restantes colaboradores da Farmácia, na prestação do serviço diferenciado.

Esta tarefa deverá ser feita pelo diretor técnico ou com a colaboração deste.

Embora apenas o farmacêutico com formação específica obrigatória esteja certificado para a prestação de determinado Programa de Cuidados Farmacêuticos, é importante envolver a restante equipa da Farmácia que poderá colaborar na triagem dos doentes e recolha de alguns dados (terapêutica e determinação de parâmetros).

Seja qual for a estratégia seguida, é importante informar a restante equipa sobre o serviço que vai ser iniciada- o que é, para quem se dirige, como se processa, farmacêutico responsável, etc.- e planear também, em equipa, os horários reservados às visitas e as possíveis funções e responsabilidades de outros colaboradores no âmbito do serviço que vai iniciar.

2.6.7 Comunicação com o Médico

É importante abordar previamente os médicos da zona antes de iniciar o serviço diferenciado. Caso esta estratégia seja considerada, é importante preparar esta articulação de antemão.

A abordagem inicial deverá, idealmente, ser feita pelo diretor técnico, mas poderá envolver também o outro farmacêutico que vai desenvolver o serviço (caso não seja o próprio).

Deve-se proceder à elaboração da lista de todos os médicos da zona e iniciar o contato com os médicos com os quais a farmácia já tem um histórico interprofissional privilegiado. Esta estratégia ajuda a ganhar autoconfiança e a treinar de forma segura, as capacidades de comunicação que serão importantes em futuros contatos e com médicos menos recetivos a este tipo de intervenção.

É importante privilegiar um contato pessoal na abordagem inicial. Se esta for bem preparada, pode ser determinante para o sucesso desta parceria.

Seguem-se algumas sugestões, no sentido de planear e conduzir a comunicação:

- a. preparar uma agenda simples definindo apenas um objetivo a atingir- criar empatia e apresentar as linhas gerais do serviço;
- b. telefonar antes a fim de marcar uma reunião no centro de saúde/ consultório, em horário a acordar;
- c. definir a duração limite da reunião (não mais de 20 minutos);
- d. apresentação ao médico(caso seja o primeiro contato pessoal);
- e. informar resumidamente o médico sobre os aspetos principais do serviço diferenciado a iniciar;
- f. sublinhar que o objetivo é informar precocemente o médico sobre os problemas relacionados com a medicação para que este possa decidir conforme achar mais adequado para o doente;
- g. obter uma opinião sobre o tipo de informação escrita do doente que o médico gostaria de receber no âmbito deste serviço e que poderá ser incluída numa carta de reporte ao médico;
- h. caso a farmácia possua um sistema informático robusto, dever-se-á auscultar o interesse do médico em receber com a carta o gráfico da evolução dos parâmetros ou um *print* do histórico da terapêutica;
- i. deve-se deixar um exemplar da carta para conhecimento prévio;
- j. tomam-se notas dos pontos principais da conversa e dos pontos acordados;
- k. resumem-se os pontos principais acordados para confirmar a perceção do médico;
- l. reiterar a disponibilidade para enviar informação que o médico considere importante;
- m. concluir formulando um convite para visitar a farmácia a fim de conhecer a forma como se trabalha;
- n. de regresso à farmácia, dever-se-á incluir um sumário da abordagem no dossier dos doentes.

Durante o processo de seguimento dos doentes podem surgir problemas que só podem ser resolvidos com o envolvimento do médico assistente, como por exemplo aqueles que requerem ajustes ou alterações da terapêutica. Nessa situação é importante comunicar com o médico.

Também é fundamental proceder a um contato, nas seguintes situações:

1. medicamentos prescritos que o doente não quer tomar e quais as razões;
2. medicamentos que o doente toma e que provavelmente não são do conhecimento do médico assistente;

3. não adesão sistemática à terapêutica prescrita (após de tentativas infrutíferas de reforço da adesão à terapêutica junto do doente);
4. valores dos parâmetros sistematicamente muito elevados que indiciam que a terapêutica não está a resultar, tendo a certeza que o doente adere à mesma;
5. valores dos parâmetros demasiado baixos que indiciam possível sobredosagem;
6. efeitos adversos severos ou que incomodam o doente, etc.

Quando se proceder à referenciação ao médico poder-se-á anexar o gráfico com a evolução temporal dos parâmetros e o histórico da terapêutica.

2.6.8 Marketing de Serviços

Dados estes Serviços não serem do conhecimento de muitos doentes, é importante promovê-los, utilizando várias estratégias, como folhetos, montras, suportes informativos; aproveita-se assim para informar em que consiste um serviço diferenciado de seguimento de doentes, se é indicado para o doente, os benefícios resultantes para o mesmo, o que este pode esperar na visita.

Pode-se promover o serviço lançando uma mini-campanha da revisão da terapêutica, em que os doentes são convidados a trazer todos os medicamentos que te em casa, num determinado dia previamente anunciado. Isto permite a triagem dos doentes que forem mais indicados, para se completar o processo.

Além das questões como o marketing dos serviços é útil programar a estratégia de *layout* e *merchandising*.

2.6.9 Gerir o Tempo e a Periodicidade das Visitas

O tempo é um bem precioso em qualquer lado. Mas muito mais numa farmácia.

Uma visita de seguimento não deve exceder em média 20 minutos, duração de tempo necessária e suficiente para concretizar e documentar todos os passos da visita programada de forma eficaz e eficiente. Esta visita programada completa característica de um serviço diferenciado (isto é com todos os passos executados e documentados incluindo a revisão de toda a terapêutica, através da análise do saco de medicamentos que o doente traz), embora seja feita com periodicidade de acordo com as necessidades do doente, pode ser executado em média de 3 em 3 ou de 6 em 6 meses, para o mesmo doente.

Entretanto o doente vai regularmente à farmácia no intervalo entre duas visitas programadas (ex: para renovação da receita ou medição de parâmetros). Estas idas permitem a monitorização dos resultados no intervalo de tempo entre duas visitas programadas e aconselhamento nas áreas necessárias e fazem parte do serviço diferenciado mas não constituem, isoladamente, um serviço diferenciado.

Estes dois fatores (tempo por visita e periodicidade das visitas) devem ser usados para planear o tempo que se pretende alocar por semana para a prestação de um serviço diferenciado.

É importante efetuar este tipo de planeamento e fazer os possíveis por cumprir o limite de tempo de 20 minutos por visita, sob pena de :

- a. Comprometer seriamente o atendimento/dispensa e outras tarefas prioritárias da farmácia;
- b. Provocar reações negativas por parte da restante equipa da farmácia ao ficar confrontada com uma situação de sobrecarga no atendimento e não poder contar com um elemento;
- c. Não contar com o apoio da restante equipa na prestação de um serviço diferenciado.

2.6.10 Pré-seleção de Doentes

Por último é importante identificar antecipadamente que tipo de doentes podem beneficiar de um serviço diferenciado, qual a sua possível proveniência e estimar um número médio de doentes/ visitas que esperamos realizar por mês de forma realista e exequível.

Embora os doentes alvo das intervenções subjacentes a um serviço diferenciado, possam provir de várias origens, será particularmente útil identificar, no planeamento, uma lista de utentes que cumpram pelo menos um dos critérios recomendados de seleção e possam ser candidatos potenciais, com base no ficheiro informático de doentes, ou no conhecimento do farmacêutico sobre os utentes da farmácia.

Poderá ser útil iniciar o serviço com doentes de médicos assistentes com os quais a Farmácia possui um histórico de relacionamento interprofissional privilegiado.

O número de doentes está dependente das capacidades do Farmacêutico e da Farmácia.

Capítulo III - Dados atualizados das atividades desenvolvidas

Após o ensaio piloto referenciado no artigo abrangido por esta atualização, alteraram-se várias ferramentas, para que os farmacêuticos pudessem desenvolver os PCFs, com mais qualidade e segurança.

Podemos afirmar, que se vive hoje uma mudança de paradigma, pois devido à globalização dos conhecimentos, à mudança de hábitos e comportamentos, à existência de cidadãos cada vez mais e melhor informados, exercendo uma atitude mais crítica e participativa, conduzindo a uma maior exigência na prestação de cuidados, que devem ser cada vez mais diferenciados, competentes e personalizados. Assim, o farmacêutico, deixa de centrar a sua atividade unicamente no medicamento e respetiva dispensa, reorientando as suas funções para a gestão da terapêutica, dos riscos e obtenção de resultados positivos em saúde.

As farmácias sempre procuraram avaliar as diversas iniciativas em que se envolveram dado que sem registos não é possível construir evidência científica. Desde a troca de seringas, ao programa terapêutico de metadona, sempre houve avaliação por parte das Farmácias, com a colaboração do Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia da ANF (COSTA, 2012, p.188-89).

Relativamente aos Programas de Seguimento Farmacoterapêutico, em 2011, 990 doentes estavam abrangidos por estes programas.

A avaliação da efetividade dos Programas de Cuidados Farmacêuticos, referente à Diabetes, demonstrou que 21% dos doentes inicialmente não controlados, atingiram o controlo glicémico ao fim de três meses de seguimento em farmácias e permaneceram com valores controlados ao fim de 6 meses. O estudo demonstrou ainda uma melhoria estatisticamente significativa de todos os parâmetros em seguimento nas Farmácias, tais como, a Pressão Arterial sistólica e diastólica, Índice de Massa Corporal, Hemoglobina Glicosilada, Colesterol Total e Triglicéridos (COSTA, 2012, p.188-89).

Quadro 1- Resultados do PCF na Diabetes (Fonte: CEFAR).

Parâmetro		n ₁	t ₁ -t ₀ (3 meses)	n ₂	t ₁ -t ₀ (6 meses)
Glicemia					
Jejum	mg/dL	212	-12,3	212	-13,5
Pós-prandial	mg/dL	130	-30,1		-34,0
Triglicéridos	mg/dL	100	-0,8	130	-5,5
HBA _{1c}	%	16	-0,6	16	-0,7
IMC	kg/m ₂	256	-0,02	234	-0,08
PA					
Sistólica	mmHg	332	-3,0	332	-3,4
Diastólica	mmHg	332	-0,8	332	-1,5
Colesterol Total	mg/dL	156	-7,2	163	-8,0

n₁ – número de doentes no início e aos 3 meses

n₂ – número de doentes no início e aos 6 meses

Quadro 2 - Resultados do PCF na Diabetes: PRMs (fonte CEFAR).

Problemas Relacionados com Medicamentos	n	%
Necessidade	118	18,1
PRM1 – O doente não toma o medicamento que necessita	116	17,8
PRM 2 – O doente toma um medicamento que não necessita	2	0,3
Efetividade	511	78,5
PRM 3 – O medicamentos não é efetivo por razões não quantitativas	174	26,7
PRM 4 – O medicamento não é efetivo por razões quantitativas	337	51,8
Segurança	22	3,4
PRM 5 – O medicamento não é seguro por razões não quantitativas	11	1,7
PRM 6 – O medicamento não é seguro por razões quantitativas	11	1,7
Total	651	100

Na campanha da Diabetes realizada em 2007, pelo menos 7.719 doentes foram avaliados, dos quais 23,9% foram referenciados à consulta médica, principalmente por valores da glicémia superiores aos objetivos terapêuticos (72,7% dos doentes referenciados).

Na campanha “Viver mais, viver melhor conhecendo os seus medicamentos”, realizado a 5.008 doentes de 65 anos ou mais, a tomar 4 ou mais medicamentos, os

farmacêuticos identificaram problemas relacionados com medicamentos em 46,8% dos quais 21,3% foram referenciados à consulta médica.

Na campanha de risco cardiovascular realizado em 2010, pelo menos 12.930 doentes foram avaliados, 45% dos doentes apresentavam um SCORE (risco de desenvolver um evento cardiovascular fatal a 10 anos) superior a 5% dos quais 20,1% foram referenciados à consulta médica pelo farmacêutico (COSTA, 2012, p.188-89).

Relativamente ao PCF (HTA), o CEFAR realizou um estudo sobre “SEGUIMENTO DE DOENTES HIPERTENSOS NAS FARMÁCIAS PORTUGUESAS”. Este é um estudo transversal descritivo dos dados constantes na base de dados da ANF, que integrou as farmácias que participaram no PCF (HTA) entre 01.04.2003 e 31.12.2006. Foi realizado em 151 farmácias de todo o País e envolveu 791 doentes em Seguimento.

A avaliação farmacêutica consistiu na prevenção, identificação e resolução de PRMs, no sentido de se obterem resultados clínicos em saúde, positivos para o doente.

Os principais indicadores utilizados foram:

1. valores iniciais e finais da PA, CT e TG;
2. percentagem e tipologia dos PRMs identificados;
3. percentagem dos PRMs reportados ao Médico;
4. percentagem dos PRMs em que o Médico iniciou/ alterou a terapêutica;
5. percentagem de resolução de PRMs;
6. controlo dos objetivos da terapêutica.

Relativamente à determinação de parâmetros realizados nas farmácias, efetuaram-se:

- 23032 determinações no total (9200PA);
- 34,8 determinação/doente(valor médio).

Quanto às alterações nos parâmetros determinados nas farmácias, concluiu-se que em 661 doentes, o valor inicial da PA sistólica era de 157 mmHg, baixou para 143,1 mmHg e a diastólica passou de 85,9 mmHg para 80,1 mmHg.

Relativamente ao Colesterol Total, para o mesmo número de doentes, iniciou-se o estudo com um valor de 204,3 mg/dL e no final obteve-se um valor de 194,8 mg/dL. Finalmente os Triglicéridos, também no mesmo número de doentes, apresentavam um valor inicial de 202,6 mg/dL e no final de 176,8 ms/dL.

O estudo demonstrou que relativamente à identificação de PRMs e intervenção farmacêutica, evidenciaram-se os seguintes dados:

1123 PRMs identificados (classificação Segundo Consenso de Granada), sendo;

71,0% dos PRMs, relacionados com a efetividade da terapêutica;
22,6% dos PRMs relacionados com a necessidade da terapêutica;
6,4 % dos PRMS relacionados com a segurança da terapêutica.

Outras intervenções incluem a prestação de informação verbal e escrita e o ensino e avaliação da técnica de medição da Pressão Arterial.

Dos PRMs reportados ao Médico e respetiva resposta, para um Número de 1123, 47,5% foram reportados, 52,5% não foram reportados. Dos primeiros, 64,3% referem-se a início ou alteração da terapêutica, 29,1% não alteração da terapêutica, 6,6% sem resposta.

Na resolução de PRMs, para o mesmo número referido anteriormente, 42,2% foram resolvidos, 38,8% não resolvidos e 19,0% sem registo.

No controlo dos objetivos terapêuticos também para o mesmo número de doentes (621), no início do estudo só 15,6% apresentava um valor de PA < a 140/90 mm de Hg, atingindo-se no final, 40,7% do objetivo definido. Quanto ao Colesterol Total, no início do estudo, 49,2% apresentava um valor <200 mg/dL e no final, 59,9% dos doentes alcançaram o objetivo definido.

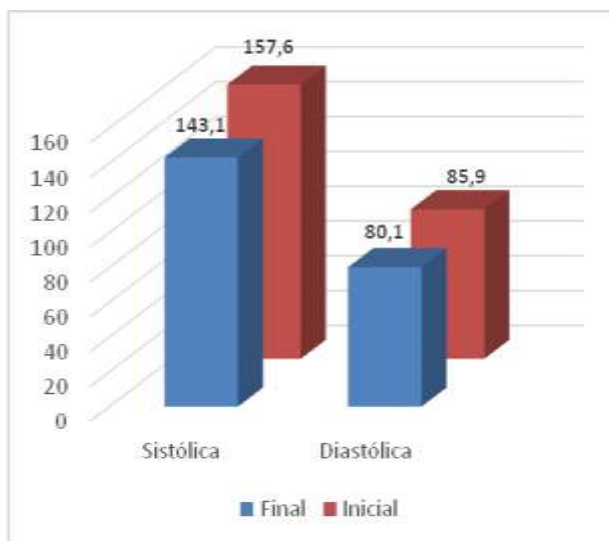


Figura 4 - Evolução dos valores de PAS e PAD (Fonte CEFAR).

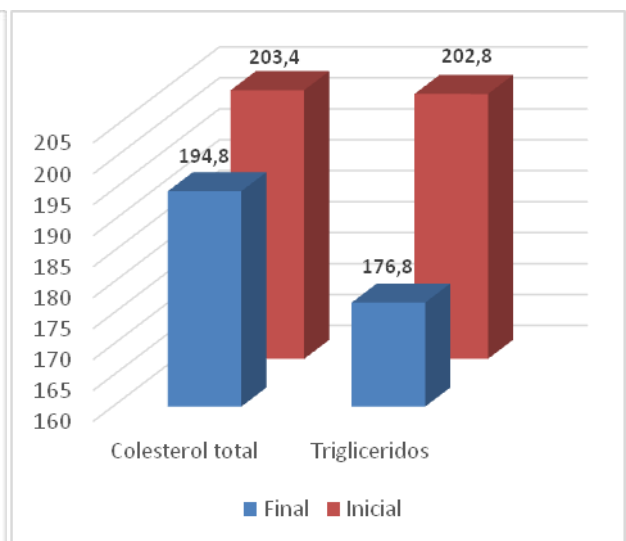


Figura 5 - Evolução dos valores de Col Total e Triglicéridos (Fonte CEFAR).

Esta avaliação permitiu concluir que a intervenção farmacêutica diferenciada na área da Hipertensão Arterial tem resultados positivos em relação aos parâmetros clínicos avaliados. Estes resultados reforçam a avaliação positiva anteriormente efetuada (análise

estatística do ensaio piloto e do PCF, HTA 2003), que consta do artigo que está a ser atualizado.

A articulação entre profissionais de saúde foi essencial para a obtenção destes resultados, o que vem reforçar o descrito anteriormente sobre as vantagens de uma boa comunicação com os Médicos e outros profissionais da área da saúde.

Relativamente aos dados dos Programas de Cuidados farmacêuticos, estão evidenciados no quadro seguinte, referente a Julho de 2011. Até esta data as farmácias que desenvolviam os programas, enviavam os resultados da sua intervenção ao CEFAR, que fazia os cálculos estatísticos, permitindo assim monitorizar a implementação dos cuidados farmacêuticos, podendo servir também para futuros estudos da avaliação do impacto dos serviços prestados. Os desafios da próxima década na prestação de serviços farmacêuticos em ambulatório (COSTA, 2012, p.188-89).

Quadro 3 - Dados dos Programas de Cuidados Farmacêuticos referentes ao período 2003-2011 (Fonte: CEFAR).

Programa de Cuidados Farmacêuticos	Nº de Farmácias	Nº de doentes integrados em programa
PCF na Hipertensão Arterial/ Dislipidemia	290	1007
PCF na Diabetes	472	2145
PCF Asma e DPOC	140	333

Quadro 4 - Dados atualizados a Outubro de 2012 (Fonte: CEFAR).

Programa de Cuidados Farmacêuticos	Nº de Farmácias	Nº de doentes integrados em programa
Asma e DPOC	146	333
Diabetes	479	2067
Hipertensão Arterial	296	1015

A partir desta data o CEFAR deixou de fazer tratamento de dados, uma vez que o Departamento de Cuidados Farmacêuticos, deixou de inserir na sua aplicação os dados enviados pelas farmácias. Lamentavelmente a “crise” quase destruiu um setor, organizado, economicamente saudável, com provas dadas na assistência e cobertura medicamentosa e no contributo para a saúde, à quase ou mesmo à falência e dependência em relação ao Estado.

Citando Batel Marques «as farmácias e os farmacêuticos, empenharam-se gratuitamente em programas de grande alcance e significativamente impacto na saúde pública. Porém o Plano

Nacional de Saúde ignorou totalmente as Farmácias e os Farmacêuticos» (COSTA, 2012, p.188-89).

Atualmente as farmácias que pretendam registrar dados dos doentes e da intervenção de acordo com o método SOAP, podem fazê-lo diretamente no sistema informático.

Os dados recolhidos pelo CEFAR em 2014, são unicamente demonstrativos que as farmácias continuam a realizar parâmetros bioquímicos e fisiológicos. Assim, posso dar a informação global, relativamente ao último ano.

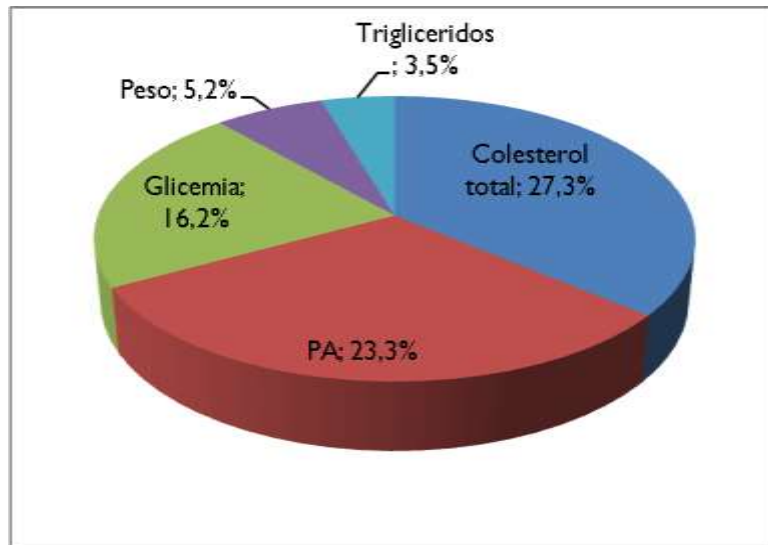


Figura 6 - Dados dos parâmetros bioquímicos e fisiológicos realizados em 2014 pelas farmácias portuguesas (Fonte: CEFAR).

Sem incluir a Administração de Vacinas, que representa 11,3%, a restante percentagem, refere-se à avaliação do IMC, INR, Risco cardiovascular, Colesterol HDL, Perfil lipídico e IMC e Perímetro abdominal.

Atualmente as farmácias já não enviam dados para o CEFAR, e os últimos citados, são globais, não se podendo concluir que os parâmetros são feitos em contexto de PCFs.

Capítulo IV - Comentários relevantes sobre as modificações /Conclusões

Após 2006, tal como afirmamos no início do Capítulo II, podemos considerar que houve uma mudança de paradigma nos Programas de Cuidados Farmacêuticos.

Desde a sua criação, o Departamento de Cuidados Farmacêuticos, cuja atividade foi por nós apoiada e vivenciada, tem vindo a cumprir a sua missão, uma vez que implementou e desenvolveu Serviços Farmacêuticos dirigidos a doentes portadores de doenças crónicas com parâmetros mensuráveis.

Dado o aumento do número de fármacos, cada vez mais potentes e complexos é imperativo que os farmacêuticos, contribuam para o uso racional dos mesmos, para o seu uso seguro, evitando assim o seu desperdício e problemas relacionados com a sua inefetividade.

Analisando os dados que constam do Capítulo III, comparando com a data em que foi escrito o artigo em atualização, podemos constatar que aumentou o número de farmácias e de farmacêuticos envolvidos em Programas de Cuidados Farmacêuticos e que a avaliação dos estudos evidenciou uma melhoria estatisticamente significativa de todos os parâmetros em seguimento nas farmácias.

Até cerca de 2011, como consta da tese, foi possível analisar o impacto das intervenções dos Farmacêuticos nos vários programas. Lamentavelmente a situação de crise que se abateu no Setor, fez com que muitas farmácias deixassem de ter capacidade, para se dedicarem a dar continuidade a um trabalho não remunerado, mas que é sinónimo de realização profissional e tinha o reconhecimento dos cidadãos. A falta de tempo, uma vez que foi legislado um horário de 55 horas semanais, para além dos serviços noturnos obrigatórios, bem como por falta de recursos humanos, dada a necessidade de adaptação dos seus quadros às possibilidades das farmácias traduziu-se numa inevitável redução da prestação destes serviços. Contudo, houve um salto qualitativo e quantitativo na primeira década do ano 2000, com a introdução de novas patologias, formação contínua obrigatória em áreas como a Farmacologia e Farmacoterapia e outras novas inexistentes anteriormente, das quais destaco a Comunicação com o Médico. Esta aprendizagem proporcionou um diálogo mais fácil e produtivo, estreitando relações pessoais e profissionais, um aumento na confiança dos serviços prestados, que se traduziram na melhoria da intervenção junto do doente.

Importa ainda salientar o contributo do ensaio piloto que ajudou a simplificar a metodologia do serviço e as ferramentas de suporte para documentar o acompanhamento farmacêutico.

Pela leitura da dissertação, é possível concluir, que a mais valia da intervenção farmacêutica nos PCFs é de extrema importância, quer a nível da dispensa e aconselhamento dos medicamentos, na seleção dos doentes crónicos, na prevenção das várias patologias, na identificação de indivíduos suspeitos, na vigilância e informação periódica aos doentes em acompanhamento, na articulação com o Médico e outros profissionais de saúde, na adesão à terapêutica, na melhoria dos parâmetros bioquímicos e fisiológicos, no aconselhamento de medidas não farmacológicas, na deteção de PRMs, etc.

Com uma boa biblioteca básica, um sistema informático robusto, o Seguimento Farmacoterapêutico, Acompanhamento Farmacoterapêutico, Programa de Cuidados Farmacêuticos, qualquer que seja a designação, faz do Farmacêutico, não só o Especialista do medicamento, mas também Gestor da Doença grande mais-valia na intervenção junto da comunidade, melhorando o seu estado de saúde e a qualidade de vida.

O reconhecimento por parte do poder político do contributo do farmacêutico na obtenção de resultados positivos em saúde deverá ser consequência de uma realidade consolidada da prestação de cuidados farmacêuticos ou seja em que a grande maioria dos farmacêuticos, comunitários e hospitalares, disponibiliza estes serviços à população e os avalia em todas as suas dimensões: clínicos, económicos e humanísticos.

Assim, com esta componente profissional bem suportada em evidência científica a remuneração será justificada, na medida em que se diminui o desperdício com medicamentos e se reduz despesa em saúde (custos diretos e indiretos da doença).

Bibliografia

CASTEL-BRANCO, M^a Margarida; CARAMONA, M^a Margarida; FERNANDEZ-LLIMOS, Fernando; FIGUEIREDO, Isabel - Necessidades reais de implementação de novos serviços farmacêuticos centrados no doente. Acta Farmacêutica Portuguesa. Porto: Secção Regional do Porto da Ordem dos Farmacêuticos. ISSN 2182-3340. Volume 1, N^o 2 (2013) p. 15-22.

CIPOLLE, Robert; STRAND, Linda; MORLEY, Peter - **Pharmaceutical Care Practice: The patient-Centered Approach to Medication Management**. USA: McGraw-Hill Education, LLC., 2012. 697 p. ISBN-13: 978-0071756389.

CIPOLLE, Robert; STRAND, Linda; MORLEY, Peter - **Pharmaceutical Care Practice: an introduction**. USA: The Upjohn Company, Michigan, 1992. 33 p. ISBN 0-89501-058-5.

COMITÉ CONSENSO. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Ars Pharmaceutica. ISSN 0004- 2729, 43:3-4 (2002) p.179-187.

COMITÉ CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharmaceutica. ISSN 0004- 2729, 48 (1) (2007) p.5-17.

CORRER, Cassyano; NOBLAT, Lúcia; CASTRO, Mauro - **Gestão da Assistência Farmacêutica: módulo optativo: unidade 3: modelos de seguimento farmacoterapêutico**. [Em linha]. UNA-SUS - Universidade Aberta do SUS, 2011. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/615>.

COSTA, Suzete [et al.] – Manual: Como prestar um serviço diferenciado na farmácia? 1^a ed. Lisboa: Associação Nacional das Farmácias, 2006. 75 p. ISBN 978-989-8003-09-6.

COSTA, Suzete - Os desafios da próxima década na prestação de serviços farmacêuticos em ambulatório. In: **Farmacêuticos 2020: Os desafios da próxima década**. Lisboa: Hollyfar; 2012;p.188-89.

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS - **Serviços Farmacêuticos 2006**. 1^a ed. Lisboa: Associação Nacional das Farmácias, 2006. 49 p.

DUARTE, Rui; NUNES, J.; DORES, J; MEDINA - Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2 (com base na Posição Conjunta ADA/EASD). Revista Portuguesa de Diabetes. Grupo de Trabalho para as Recomendações Nacionais da SPD sobre a Terapêutica da Diabetes Tipo 2. (2013); Vol 8 (1): p.4-29.

ESCOVAL, Ana; COELHO, Anabela; DINIZ, José Alexandre; RODRIGUES, Miguel; MOREIRA, Filipa; ESPIGA, Paulo - Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume 9 (2010), p. 105-116.

EUROPEAN HEART NETWORK AND EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY - European cardiovascular disease statistics 2012. European Heart Journal. [Em linha]. Disponível em: <http://www.escardio.org/about/documents/eu-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf>

FIGUEIREDO, Isabel; CARAMONA, M; FERNANDEZ-LLIMOS, Fernando; CASTEL-BRANCO, M^a Margarida. - Resultados de serviços farmacêuticos centrados no doente implementados em Portugal. Acta Farmacêutica Portuguesa. Porto: Secção Regional do Porto da Ordem dos Farmacêuticos. ISSN 2182-3340. Volume 3, N^o 1 (2014), p. 15-22.

FIÚZA, Manuela [et al.] - Síndrome Metabólica em Portugal: Prevalência e Implicações no Risco Cardiovascular – Resultados do Estudo VALSIM. Rev Port Cardiol. Sociedade Portuguesa de

Cardiologia. ISSN: 0870-2551. Vol 27 (12) 2008. p. 1495-1529.

MADEIRA, Anabela – Intervenção Farmacêutica na Asma: Guia Prático. Lisboa: Associação Nacional das Farmácias, 2006. 34p. ISBN 989-8003-01-4.

MADEIRA, Anabela [et al.] – **Checksaúde Risco Cardiovascular**. 2ª ed. Lisboa: Associação Nacional das Farmácias, 2008. 134 p. ISBN 978-989-95719-0-7.

PERDIGÃO, Carlos; DUARTE, João; SANTOS, Ana - Prevalência e caracterização da Hipercolesterolemia em Portugal. Estudo HIPÓCRATES. Revista Factores de Risco. Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2010). Nº17 Pág.12-19.

PEREIRA, Sofia; PEREIRA, Duarte - Síndrome Metabólico e actividade física. Acta Med Port. 2010; Vol 24(5). p. 785-790.

POLONIA, Jorge; MARTINS, Luís; PINTO, Fernando; NAZARÉ, Jose - Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHISA study. Journal of Hypertension. [Em linha]. Sociedade Portuguesa de Hipertensão 2014. Disponível em WWW:<URL: http://www.sphta.org.pt/pdf/physastudy_20150506.pdf

SABATÉ, Eduardo- **Adherence to long-term therapies - Evidence for action**. Geneva: World Health Organization, 2003.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia - **Diabetes: Factos e Números 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2014**. [Em linha]. Disponível em: WWW:<URL: <http://www.spd.pt/index.php/observatorio-mainmenu-330>

STRAND, Linda; CIPOLLE, Robert; MORLEY, Peter - Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics. Drug Intell Clin Pharm. ISSN 0012-6578 Vol 22(1) (1988) p. 63-66.

UVA, Mafalda Sousa - Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa - uma revisão de âmbito. Revista Portuguesa de Cardiologia. Vol. 33 (7-8), (2014). p. 451-463.

WHO - World Health Day 2013. **A global brief on hypertension**. [Em linha]. World Health Organization 2013. Disponível em WWW:<URL:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf

ANEXOS

ANEXO I – Folheto de informação sobre os Cuidados Farmacêuticos



ANEXO 2 – Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome do Doente: _____

Temos, nesta farmácia, o serviço _____ ao seu dispor com o objectivo principal de contribuir para a melhoria do seu estado de saúde.

Juntamente com esta declaração recebeu informações mais detalhadas do seu Farmacêutico sobre este serviço, o qual não substitui as consultas médicas nem as análises clínicas eventualmente prescritas pelo seu médico.

Convidamo-lo(a) a aderir, autorizando a constituição de um registo dos seus medicamentos, valores dos testes feitos na farmácia e o acompanhamento prestado, que será utilizado exclusivamente para efeitos de acompanhamento do seu estado de saúde nesta Farmácia e de articulação com o seu médico assistente, quando necessário.

A sua participação é inteiramente voluntária, podendo em qualquer momento desistir, sem que isso afecte negativamente o atendimento que recebe nesta farmácia.

Toda a informação que nos fornecer sobre si no âmbito deste serviço será sempre confidencial e anónima. O seu nome será do conhecimento exclusivo desta farmácia e do seu médico assistente caso seja necessário contactá-lo(a), não sendo nunca cedido a mais ninguém.

Nos termos da legislação em vigor, terá direito de acesso, correcção e eliminação destes dados, desde que o solicite pessoalmente nesta Farmácia.

A adesão é formalizada através do preenchimento da presente declaração, sendo-lhe atribuído um código, o qual nos permite, de forma mais rápida, identificar e actualizar o seu registo de medicamentos e outros parâmetros, para efeitos de acompanhamento na farmácia.

Nestes termos, declaro que:

- * Tomei conhecimento das condições de participação, as quais aceito.
- * Autorizo esta Farmácia a utilizar os meus dados pessoais.

____ / ____ / ____

(Assinatura do Doente)

(Assinatura do Farmacêutico)

MB3PCJG06.01

ANEXO 3 – Folha SOAP

FOLHA SOAP®



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 (mmHg)	Glicemia (mg/dL)	Col Total (mg/dL)	TG (mg/dL)		
____ / ____ / ____ j / pp / oc						
____ / ____ / ____ j / pp / oc						

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 Farmacéuticos:**
 (Intervenção farmacéutica)

- 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: _____

Objectivos Terapêuticos	
Parâmetro	Valor

Próx. consulta médica: ____ / ____ / ____ Próxima avaliação farmacéutica: ____ / ____ / ____ Tempo: ____ min.

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: _____

ANEXO 4 – Carta de Reporte

Exmo(a). Sr(a). Dr(a).,

Identificação do Doente:

Nome: _____
Idade: _____ Telefone: _____

Motivos de referência à consulta médica:

--

Intervenção farmacêutica efectuada:

--

Outra informação:

Terapêutica actual (medicamento, forma farmacêutica e dosagem)	Regime Terapêutico	
	Prescrito	Que o doente faz

Determinações na Farmácia:

Data	Hora	Peso (Kg)	IMC (Kg/m ²)	Pressão arterial (mmHg)	Pulsação (bpm)	Glicemia (mg/dL)		Colesterol (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)
						jejum	pós-prandial		

Para qualquer informação adicional, contactar:

FARMACÉUTICO	
FARMÁCIA	
TELEFONE	

Com os melhores cumprimentos,


Data: ___ / ___ / _____

Assinatura do Farmacêutico e carimbo da Farmácia

IMP.DPCF.G.04.04

ANEXO 7 – Teste de Controlo Asma (ACT)

Teste de Controlo Asma (ACT™)



Avalie o nível de controlo da sua asma

Durante as **últimas 4 semanas**, quanto tempo é que a asma o/a impediu de fazer as suas tarefas habituais no trabalho, na escola/universidade ou em casa?

Pergunta 1

Sempre	1	1 a maior parte do tempo	2	3	Pouco tempo	4	Nunca	5	PONTUAÇÃO
--------	---	--------------------------	---	---	-------------	---	-------	---	------------------

Durante as **últimas 4 semanas**, quantas vezes teve falta de ar?

Pergunta 2

Mais de uma vez por dia	1	Uma vez por dia	2	3	Uma ou duas vezes por semana	4	Nunca	5	
-------------------------	---	-----------------	---	---	------------------------------	---	-------	---	--

Durante as **últimas 4 semanas**, quantas vezes os sintomas da asma (pieira, tosse, falta de ar, aperto ou dor no peito) o/a fizeram acordar de noite ou mais cedo do que é costume de manhã?

Pergunta 3

4 ou mais vezes por semana	1	3 a 2 vezes por semana	2	3	Uma ou duas vezes	4	Nunca	5	
----------------------------	---	------------------------	---	---	-------------------	---	-------	---	--

Durante as **últimas 4 semanas**, quantas vezes usou os seus medicamentos para alívio rápido, em inalador ou nebulizador, como por exemplo, salbutamol?

Pergunta 4

3 ou mais vezes por dia	1	1 ou 2 vezes por dia	2	3	Uma vez por semana ou menos	4	Nunca	5	
-------------------------	---	----------------------	---	---	-----------------------------	---	-------	---	--

Como avaliaria o seu controlo da asma nas **últimas 4 semanas**?

Pergunta 5

Não controlada	1	Mal controlada	2	3	Bem controlada	4	Completamente controlada	5	
----------------	---	----------------	---	---	----------------	---	--------------------------	---	--

Este teste pode ajudar as pessoas de 12 ou mais anos de idade a avaliar o seu controlo da asma.

Pode calcular a pontuação total do seu Teste de Controlo da Asma somando os números que obteve em cada resposta. Não se esqueça de rever os resultados com o seu médico.

TOTAL

<p>Pontuação 20 – Excelente</p> <p>Tive CONTROLO TOTAL da sua asma nas últimas quatro semanas. Não teve sintomas ou limitações relacionadas com a asma. Consulte o seu médico se a situação se alterar.</p>	<p>Pontuação 20 a 24 – Quase no alvo!</p> <p>A sua asma pode ter estado BEM CONTROLADA nas últimas quatro semanas, mas não esteve TOTALMENTE CONTROLADA. O seu médico pode ser capaz de o/a ajudar a atingir O CONTROLO TOTAL.</p>	<p>Pontuação inferior a 20 – Fora do alvo</p> <p>A sua asma pode NÃO TER ESTADO CONTROLADA nas últimas quatro semanas. O seu médico pode recomendar um plano de acção para o/a ajudar a melhorar o controlo da asma.</p>
---	--	--



ANEXO 8 – Instruções ilustradas para educação sobre os dispositivos de inalação

• Ensinar a técnica de utilização do inalador


- Ensinar a técnica de utilização do dispositivo e/ou câmara expansora, ao doente e à família, e fornecer instruções do inalador prescrito.

Material para o doente:

- Instruções ilustradas dos inaladores.
- Instruções ilustradas para a câmara expansora.



ANEXO 9 – Questionário para indivíduos sem diagnóstico de DPOC, com mais de 40 anos, fumadores ou ex-fumadores, com sintomas de tosse, expetoração e dispneia



Avalie o seu grau de risco

Será DPOC?

	SIM	NÃO
1. Tem mais de 40 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. É fumador ou ex-fumador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tem expetoração ou "catarro" na maior parte dos dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tem tosse na maior parte dos dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cansa-se com mais facilidade do que as outras pessoas da sua idade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Se respondeu SIM a 3 ou mais questões, fale com o seu médico: um simples exame da respiração permite fazer o diagnóstico da doença.

Se respondeu NÃO à maioria das questões, mas é fumador, saiba que o tabaco é um importante factor de risco: aproveite para deixar de fumar e previna a DPOC.

Porque respirar é preciso!

Dados do utente
Sexo _____ Idade _____

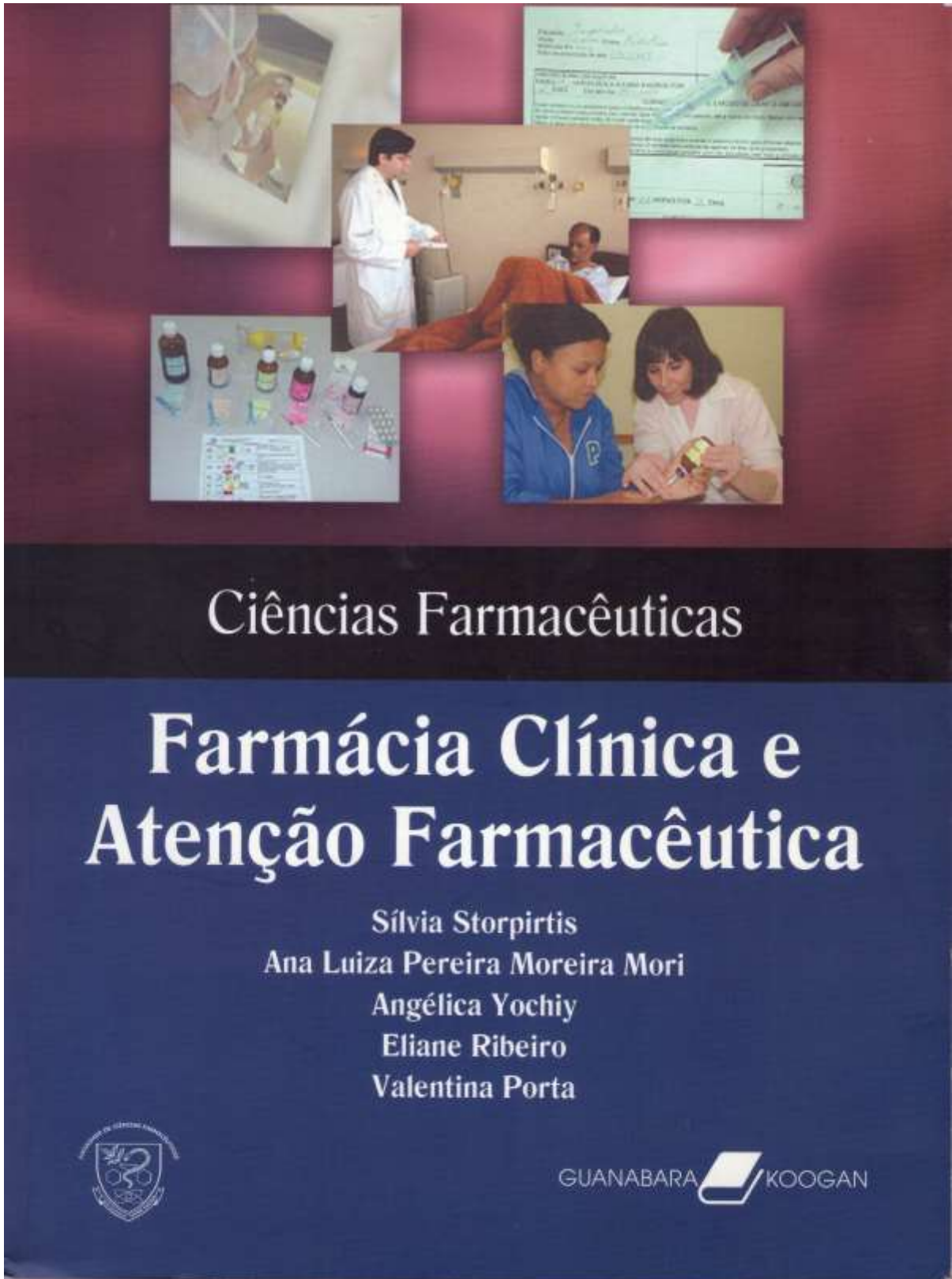
Dados da Farmácia
Código Farmácia _____

anf    

ANEXO 10 – Teste de Fagerström: Avaliação do grau de dependência do fumador

SERVIÇO DE	AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA	PERFIL DO FUMADOR									
<p>CESSAÇÃO TABÁGICA</p> <p>O objectivo deste serviço é acompanhá-lo no processo de cessação tabágica e aconselhá-lo sobre as medidas que pode tomar para reduzir os "efeitos secundários" decorrentes da sua importante decisão.</p> <p>O acompanhamento regular que lhe é prestado neste serviço pode conduzir a uma melhor compreensão dos efeitos perigosos do tabaco e a melhores níveis de sucesso no processo de deixar de fumar. Vamos trabalhar em conjunto consigo e com outros profissionais de saúde para o ajudar a parar de fumar, sendo esse o seu desejo.</p> <p>Considere, por favor, as questões seguintes para saber qual o seu grau de dependência do tabaco e de que forma este está a prejudicar a sua saúde.</p> <p>Ao responder a este questionário, vai permitir-nos aconselhá-lo e apoiá-lo no sentido de minimizar e controlar os riscos associados ao acto de fumar e às dificuldades relacionadas com o abandono do tabagismo.</p>	<p>TESTE DE FAGERSTRÖM</p> <p>1. Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro do dia?</p> <p>Em 5 minutos ou menos <input type="checkbox"/> 3 pontos Em 6-30 minutos <input type="checkbox"/> 2 pontos Em 31-60 minutos <input type="checkbox"/> 1 ponto Mais de 60 minutos <input type="checkbox"/> 0 pontos</p> <p>2. Sente dificuldade em não fumar em locais onde é proibido?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> 1 ponto Não <input type="checkbox"/> 0 pontos</p> <p>3. Qual o cigarro que mais dificuldade teria em renunciar?</p> <p>Ao primeiro da manhã <input type="checkbox"/> 1 ponto A qualquer um dos outros <input type="checkbox"/> 0 pontos</p> <p>4. Quantos cigarros fuma por dia?</p> <p>31 ou mais <input type="checkbox"/> 3 pontos 21-30 <input type="checkbox"/> 2 pontos 11-20 <input type="checkbox"/> 1 ponto 10 ou menos <input type="checkbox"/> 0 pontos</p> <p>5. Fuma com mais frequência nas primeiras horas depois de acordar que durante o resto do dia?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> 1 ponto Não <input type="checkbox"/> 0 pontos</p> <p>6. Fuma também quando está doente e acamado?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> 1 ponto Não <input type="checkbox"/> 0 pontos</p> <p><i>Some os pontos das suas respostas. O seu grau de dependência em relação ao tabaco é tanto maior quanto mais pontos obteve no total.</i></p> <p>Pontuação total <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Grau de dependência</td> <td style="border: none;">0-3 pontos</td> <td style="border: none; background-color: #92d050; color: white; text-align: center;">Baixo</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">4-6 pontos</td> <td style="border: none; background-color: #ffcc00; color: white; text-align: center;">Médio</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">7-10 pontos</td> <td style="border: none; background-color: #ff0000; color: white; text-align: center;">Elevado</td> </tr> </table>	Grau de dependência	0-3 pontos	Baixo		4-6 pontos	Médio		7-10 pontos	Elevado	<p>Para lhe fornecer-mos aconselhamento e toda a informação adicional que necessitar para apoiar a sua decisão de deixar de fumar responda, agora, às seguintes questões:</p> <p>1. Data de nascimento: ____/____/____</p> <p>2. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>3. Com que idade começou a fumar? ____ anos</p> <p>4. Quantas vezes já tentou deixar de fumar?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1-3 vezes <input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes</p> <p>5. Gostaria de ter mais informação sobre como deixar de fumar e sobre as razões para o fazer?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>6. Gostaria de ter apoio na farmácia para deixar de fumar no próximo mês?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>7. Sofre de algum dos seguintes problemas de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Pressão arterial elevada <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica <input type="checkbox"/> Colesterol elevado</p> <div style="background-color: #92d050; color: white; text-align: center; padding: 5px; margin-top: 10px;"> DEIXAR DE FUMAR É POSSÍVEL: CONTE COM A AJUDA DO SEU FARMACÊUTICO! </div> <p>Obrigado!</p> <p>Código: _____ Data: ____/____/____</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">A preencher pelo seu farmacêutico</p>
Grau de dependência	0-3 pontos	Baixo									
	4-6 pontos	Médio									
	7-10 pontos	Elevado									

ANEXO II – Artigo em atualização proveniente do livro “Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica” – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, Brasil



Atenção Farmacêutica — Experiência da Farmácia Comunitária em Portugal

Maria Manuela Teixeira

INTRODUÇÃO

Este capítulo visa apresentar o modelo português de intervenção do farmacêutico que trabalha na comunidade com pacientes portadores de doenças crônicas segundo uma metodologia de Atenção Farmacêutica (AF).

Grças ao contato freqüente com meus colegas brasileiros, seja por meio de universidades, Conselho Federal de Farmácia ou Conselhos Regionais de Farmácia, sem deixar de mencionar o Instituto Racine (São Paulo), sei que o termo utilizado no Brasil para o que chamo Cuidados Farmacêuticos é Atenção Farmacêutica (AF). Em Portugal, esse conceito provém do termo norte-americano "*Pharmaceutical Care*" definido por Hepler; Strand (1990). Segundo essa definição, a AF consiste em uma prática profissional orientada para o paciente, na qual o farmacêutico intervém, em colaboração com outros profissionais de saúde e com o próprio paciente, com o propósito de avaliar, monitorar, iniciar e ajustar a terapia farmacológica. Isso é feito para promover a saúde e prevenir doenças. Por conseguinte, é um conceito fortemente centrado na gestão global da terapêutica farmacológica do paciente e na avaliação do seu grau de satisfação, visando a melhora da sua qualidade de vida.

HISTÓRICO

Em 1999, em Portugal, foi criado na Associação Nacional das Farmácias (ANF), quando eu era Vice-Presidente, o Departamento de Programas de AF. A missão desse Departamento consistia em desenvolver programas direcionados para os pacientes crônicos nas farmácias das comunidades, apoiar os farmacêuticos na implementação desses programas e avaliar o impacto dessa intervenção.

As patologias-alvo, nas quais o farmacêutico deve aplicar os conceitos de AF, são as doenças crônicas como hipertensão, diabetes e asma, visto que são enfermidades com indicadores potenciais de resultados clínicos específicos (por exemplo,

níveis de pressão arterial, glicemia e débito expiratório máximo instantâneo). Também está sendo estudada a possibilidade de os farmacêuticos da comunidade interferirem em áreas mais complexas, como os programas de HIV/AIDS, Tuberculose, Oncologia, Esclerose Múltipla e Insuficiência Renal.

A missão que me foi incumbida pelo Departamento de Programas de AF da Associação Nacional das Farmácias (ANF) consiste em dotar os farmacêuticos de "ferramentas" úteis para prestarem a AF, como: ações de formação nas patologias mencionadas e um Manual do Programa com a descrição dos objetivos e metodologia, procedimentos e protocolos de AF. A finalidade era facilitar a tarefa dos farmacêuticos na prestação do serviço, formulários para documentar os dados dos pacientes e os cuidados prestados, folhetos direcionados para os pacientes, concludando-os a participar dos programas, além de outros folhetos educativos para entregar aos pacientes de acordo com as circunstâncias.

Naquele momento já dispúnhamos de um aplicativo de PC que facilita a operacionalização da intervenção farmacêutica junto aos pacientes crônicos que são o público-alvo dos programas (da AF aos pacientes crônicos, bem como compilar dados que nos permitissem quantificar a intervenção farmacêutica na gestão desse tipo de pacientes) (Fig. 42.1).

Ainda em uma perspectiva histórica, entre 1999 e 2001 um ensaio-piloto foi desenvolvido para testar a estratégia, a metodologia, os materiais educativos dos programas de AF, além do ensaio-piloto do qual a minha farmácia participou no programa direcionado para os hipertensos. Em 2001 foi iniciado o ensaio-piloto em seis áreas de Portugal e em farmácias selecionadas de acordo com critérios de excelência (ter no mínimo dois farmacêuticos, participação em cursos de educação continuada e em programas de promoção de saúde). Os pacientes também foram selecionados de acordo com as patologias descritas. Dessa maneira, pretendíamos avaliar o impacto dos três programas de AF a partir de uma intervenção prospectiva durante um período de pelo menos seis meses. Os farmacêuticos receberam

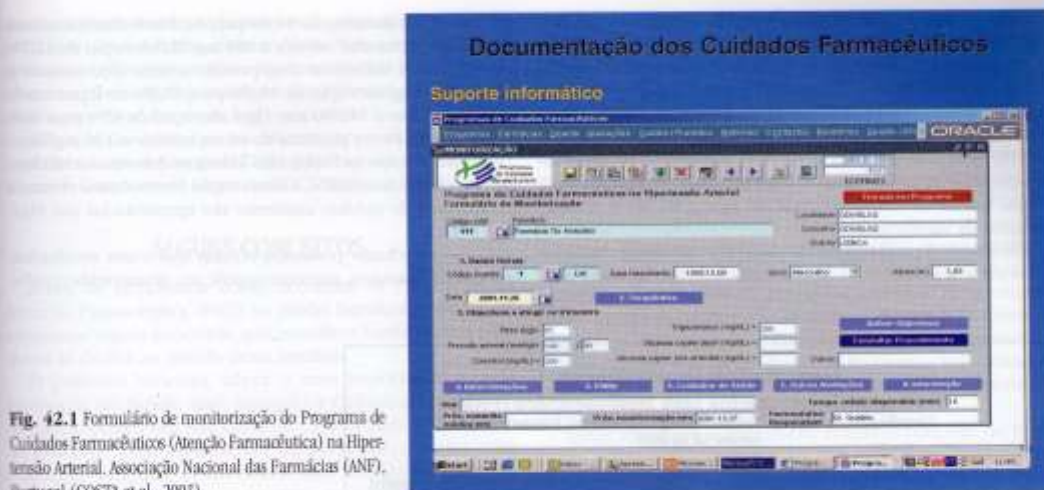


Fig. 42.1 Formulário de monitorização do Programa de Cuidados Farmacêuticos (Atenção Farmacêutica) na Hipertensão Arterial. Associação Nacional das Farmácias (ANF), Portugal (COSTA et al., 2005).

formação específica (27 horas) para realizar o acompanhamento dos pacientes e documentar a assistência prestada de acordo com a metodologia e as ferramentas desenvolvidas pela ANF.

Nessa fase foram analisadas as principais dificuldades a serem vencidas para melhorar e conseguir implementar a AF em Portugal. Alguns dos dados obtidos permitiram que inferíssemos algo sobre as principais dificuldades. Posso mencionar a articulação com os médicos, a necessidade de investir mais na formação continuada dos farmacêuticos na área de terapêutica farmacológica, o tempo e os recursos humanos envolvidos no acompanhamento de pacientes crônicos, a necessidade de documentar a intervenção profissional e a ausência de compensação monetária pela prestação de AF.

Como pretendíamos superar essas dificuldades? Em primeiro lugar, elas não são exclusivas da realidade portuguesa. Na verdade, os farmacêuticos norte-americanos que procuraram implementar a AF no ambulatório passaram pelas mesmas dificuldades, apesar das diferenças consideráveis em termos de sistema de saúde e de cultura que separam Portugal dos EUA. Por conseguinte, após examinar a forma como os farmacêuticos norte-americanos estão superando esses problemas e contabilizar as falhas e os problemas encontrados no nosso próprio ensaio-piloto, procuramos corrigir alguns aspectos na fase de implementação. No tocante à articulação com os médicos, posso afirmar que investimos muito, desde o princípio, porque sabíamos que encontraríamos alguma resistência à intervenção do farmacêutico na gestão de pacientes crônicos entre as consultas médicas, que ultrapassa, como sabemos, o simples ato de dispensar um medicamento.

Assim, convidamos médicos conceituados, consultores especialistas em cada área (asma, diabetes e hipertensão arterial), que trabalharam no programa desde o início, no componente científico dos materiais de cada Programa, na formação ministrada aos farmacêuticos antes do início do ensaio-piloto, na escolha das regiões para o referido ensaio, na articulação com os médicos locais, etc. Além disso, posso afirmar que percorremos Portugal para nos reunirmos, antes do ensaio, com as Autoridades Regionais de Saúde e com os Diretores Clínicos dos Centros de Saúde

das zonas do ensaio-piloto. Nessas reuniões foram apresentados os programas e sua metodologia, sendo solicitada a maior colaboração dos médicos locais para "quebrar o gelo".

Em relação ao tempo e recursos humanos envolvidos, temos consciência de que esse tipo de intervenção é exigente e, por isso, dificilmente podemos considerar que todas as farmácias estão em condições de prestar Atenção Farmacêutica, seja por falta de tempo, de farmacêuticos ou de espaço físico. Esses problemas dificultam a monitorização adequada dos pacientes, que deve ser feita em um local apropriado e com privacidade.

A documentação dos dados dos pacientes e da atenção prestada é fundamental. Nessa fase os farmacêuticos ainda não estavam acostumados a registrar os dados, nem a documentar suas ações. Todavia, em um Sistema de Gestão de Qualidade, para o qual muitas farmácias avançam, sabe-se que o que não está escrito não existe, não foi feito. A documentação (registro) é fundamental para comprovar o que foi realizado pelo farmacêutico, ou seja, é preciso apresentar evidências. A documentação dos dados serve não apenas para demonstrar o que foi feito, mas acreditávamos, naquela ocasião, que futuramente poderia levar a uma remuneração adicional pela atenção prestada, o que complementaria o sistema de margem fixa que vigora em Portugal. Esse será o incentivo pecuniário almejado, contudo, até lá é fundamental, em primeiro lugar, provar o que fazemos e demonstrar o impacto nos pacientes.

A seguir são apresentados os resultados preliminares do ensaio-piloto referido anteriormente:

Dados demográficos e perfil de assistência médica

Em 31 de dezembro de 2002 havia 396 pacientes integrados, dos quais 356 eram acompanhados em 88 farmácias, 66% eram do sexo feminino, com uma idade média de 61 anos e 4 anos ou menos de escolaridade. O local habitual de assistência de saúde para 56% dos pacientes era o centro de saúde e para 61% o médico era habitualmente o clínico geral.

No tocante à utilização do sistema de saúde, até 31 de dezembro de 2002 houve 4.226 visitas à farmácia (média de 50 visitas por farmácia e 12 visitas por paciente), 745 consultas

médicas, 76 idas a pronto-socorro, 498 dias de faltas ao trabalho e 68 dias de internação hospitalar.

Os resultados preliminares demonstraram que os valores dos parâmetros clínicos da primeira para a última visita diminuíram, ou seja, houve uma queda da pressão arterial sistólica (PAS) de 14 mm Hg e da pressão arterial diastólica (PAD) de 7 mm Hg ($p < 0,0001$, significativo), uma diminuição da glicemia pós-prandial de 12 mg/dL ($p = 0,08$, próximo da significância) e uma queda do colesterol total de 14 mg/dL ($p = 0,0052$, próximo da significância).

Em relação à percentagem de pacientes com valores controlados entre a primeira e a última visitas à farmácia, verifica-se

que houve um aumento de 34,4% para 44,4% de diabéticos com glicemia pós-prandial inferior a 180 mg/dL; elevação de 12,7% para 27,1% de diabéticos com pressão arterial (PA) inferior a 130/80 mm Hg; elevação de 14,8% para 52,3% de hipertensos com PA inferior a 140/90 mm Hg e elevação de 45% para 60% de hipertensos com glicemia de jejum inferior a 120 mg/dL.

Os dados sobre os Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) detectados, a intervenção farmacêutica efetuada e a resposta do médico assistente são apresentados nas Figs. 42.2 e 42.3.

Como conclusão podemos afirmar que esses resultados, embora preliminares, parecem sugerir um desempenho profis-

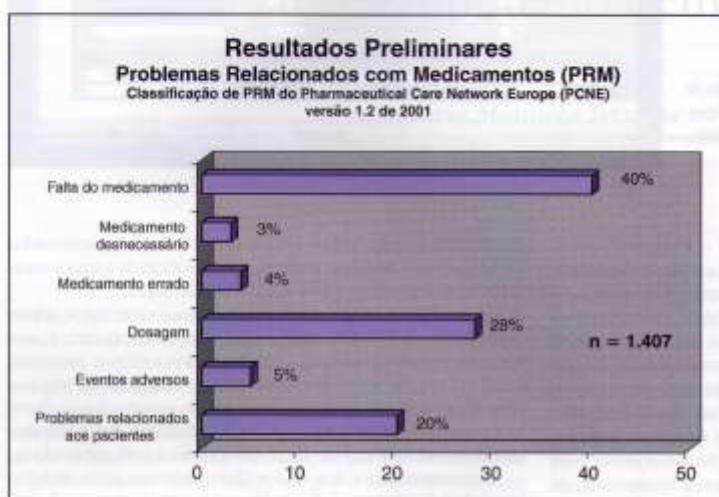


Fig. 42.3 Ensaio-piloto 2001 — Farmácia Teixeira, Portugal.

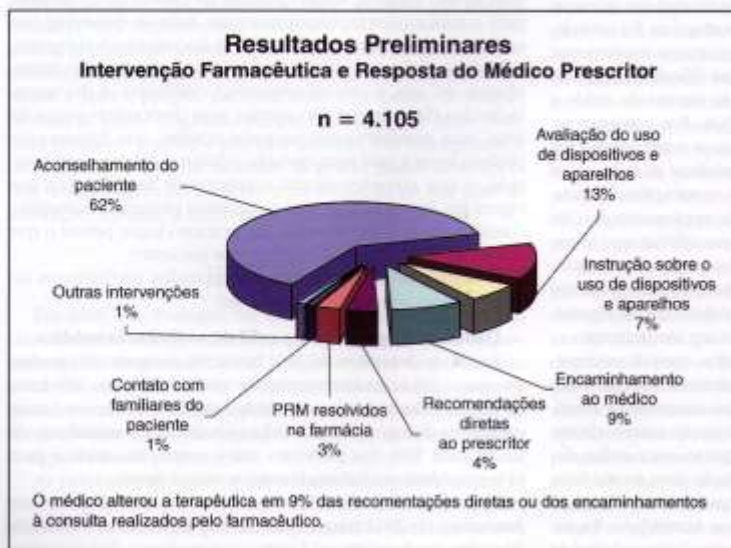


Fig. 42.2 Ensaio-piloto 2001 — Farmácia Teixeira, Portugal.

mais estruturado do farmacêutico, além de observarmos melhorias nos resultados clínicos. Nessa fase, esses resultados levaram a ajustar um modelo de expansão dos programas de AF nas farmácias portuguesas — um processo que ainda está em andamento. Uma das alterações introduzidas foi a mudança da classificação dos PRM, que inicialmente era a da *Pharmaceutical Care Network Europe* (PCNE), passando-se a utilizar a do segundo Consenso de Granada (SEGUNDO..., 2002).

ALGUNS CONCEITOS

Antes de demonstrar como decorrem os Programas de Atenção Farmacêutica (PAF) na minha farmácia, gostaria de apresentar alguns conceitos, que considero fundamentais para quem se dedica ao estudo desta temática.

O primeiro conceito, talvez o mais importante, é o de Promoção de Saúde, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde de 1986, consiste em um "processo que visa criar condições para que os indivíduos, suas famílias, os grupos e as populações adquiram as capacidades que lhes permitam controlar a sua saúde, a dos grupos onde estão inseridos e agir sobre os fatores que as influenciam" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Segundo a Ordem dos Farmacêuticos (2003), esse processo envolve Educação para a Saúde, Prevenção e Proteção da Saúde.

É muito importante conhecer as competências do farmacêutico como promotor de saúde; este deve apresentar algumas características em termos pessoais e técnicos, como: educação, empatia, assertividade, boa apresentação e postura, bem como demonstrar interesse pelas necessidades do paciente; deve ouvir suas perguntas com atenção, estimulando-o a encontrar as respostas; deve pedir-lhe opinião e dar informações com palavras simples; fazer a síntese da conversa e pedir-lhe para repetir a informação, além de manifestar disponibilidade para o atendimento (Fig. 42.4).

Outro conceito importante que não posso deixar de referir é a troca de informações sobre o paciente, como a prescrição, a informação e a gestão de pacientes crônicos na interface dos cuidados de saúde primários e secundários, com os outros

membros da equipe de saúde. As informações são compartilhadas segundo protocolos de intervenção e um código de princípios éticos dos profissionais de saúde.

Também é importante definir os vários conceitos de Atenção Farmacêutica. Segundo Hepler; Strand (1990), a AF consiste na dispensação da terapia farmacológica com o objetivo de alcançar resultados definitivos que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do paciente e que podem ser a cura da doença, a redução ou a eliminação dos sintomas, o retardamento da evolução da doença e a prevenção da doença ou dos sintomas. Contudo, visto que essa definição é muito restritiva, mais tarde adotou-se a definição da American Pharmaceutical Association (1995) (APhA), que define a Atenção Farmacêutica como: missão da profissão farmacêutica centrada no paciente e que integra todo o processo de terapêutica farmacológica com prevenção, detecção e resolução de Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM), o que pressupõe a colaboração entre os diversos profissionais envolvidos.

Nesse momento é importante definir o conceito de PRM como eventos ou circunstâncias que estão relacionados com a terapêutica farmacológica e que interferem ou podem interferir com os resultados, em termos de saúde, desejados para os pacientes. Mais adiante serão abordados com pormenores os aspectos relacionados com esse tema, no que diz respeito à classificação dos PRM.

Segundo a APhA, a AF consiste em uma prática profissional orientada para o paciente, na qual o farmacêutico atua em colaboração com outros profissionais de saúde e com o paciente, com o objetivo de promover a saúde, prevenir a doença, avaliar, monitorar, analisar e ajustar a terapêutica farmacológica.

É oportuno, também, definir o conceito de Processo de Prestação de Atenção Farmacêutica como um conjunto de componentes sequenciais documentados que ocorrem entre o farmacêutico e o paciente durante a prestação da AF. Consiste em avaliação (*assessment*), plano de AF (*care plane*) e na monitorização (*follow-up evaluation*), de acordo com os Manuais dos Programas de AF de Costa et al. (2003). Os Programas de Atenção Farmacêutica (PAF) são regidos, igualmente, pelo conceito de Gestão de Doença (*Disease Management*) — estratégia contínua, coordenada e dinâmica de prestação de cuidados de saúde, cujas características dependem do ambiente onde é realizada a intervenção e dos profissionais que lideram o processo, direcionada para grupos de pacientes com potencial para melhorar os resultados clínicos, econômicos e humanos.

A gestão das doenças por farmacêuticos apresenta as seguintes características:

- Visa a gestão periódica dos pacientes com identificação dos objetivos desejados;
- Pressupõe a colaboração entre farmacêuticos e médicos;
- Fundamenta-se em normas clínicas baseadas em evidências científicas;
- Utiliza procedimentos e protocolos de intervenção profissional;
- Implica documentação e avaliação do impacto da atenção prestada.

A metodologia global de intervenção farmacêutica, segundo esse conceito, é semelhante à metodologia global do conceito de "Atenção Farmacêutica", embora existam três diferenças fundamentais, a saber:



Fig. 42.4 Farmácia Teixeira, Portugal.

- Estratégias de intervenção dinâmica *direcionada para pacientes crónicos* que são usuários habituais das farmácias em que é hipoteticamente possível registrar uma eventual melhoria dos resultados clínicos (pressão arterial, glicemia, débito expiratório máximo instantâneo, etc.), económicos (redução das consultas médicas não programadas, dias de absentismo no trabalho, internações, idas ao pronto-socorro) e humanos (qualidade de vida, satisfação dos pacientes);
- *Definição dos objetivos terapêuticos desejados* para cada paciente em um determinado período de tempo pelo médico ou, na ausência dele, pelo farmacêutico, de acordo com as diretrizes internacionais de cada doença e, caso existam, com as normas de orientação clínica nacionais;
- *Utilização de procedimentos e protocolos de intervenção para o farmacêutico* que visam, por um lado, normalizar e harmonizar procedimentos, salvaguardando, porém, as diferenças de abordagem e decisão do farmacêutico e, por outro lado, contribuir para a racionalização de custos do Sistema de Saúde.

As patologias-alvo na gestão da doença apresentam o seguinte perfil:

- Prevalência elevada;
- Mortalidade e morbidade elevadas;
- Parâmetros clínicos não controlados;
- Adesão insatisfatória à terapêutica;
- Diretrizes de prescrição internacionalmente reconhecidas;
- Variações nos padrões de prescrição;
- Custos elevados de prescrição;
- Utilização elevada dos serviços de saúde;
- Em determinadas áreas, potencial para modificação dos estilos de vida.

PROGRAMAS DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA (PAF)

Como já foi mencionado, os programas que estão sendo desenvolvidos em Portugal são direcionados para os pacientes crónicos portadores de Hipertensão Arterial, Diabetes, Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Com o propósito de reforçar o que já foi citado, os PAF são definidos como um modelo de prática profissional aprovado pela Ordem dos Farmacêuticos (equivalente ao Conselho Federal de Farmácia no Brasil), de acompanhamento de pacientes crónicos, baseado no processo de prestação de Atenção Farmacêutica, segundo uma sistemática que utiliza o método SOAP a cada visita do paciente à farmácia.

O método SOAP consiste em uma sistemática de organização e documentação do processo de prestação de AF e gestão de doenças que utiliza um modelo padronizado com a coleta e registro de dados **S**ubjetivos (**S**) e **O**bjetivos (**O**) do paciente, **A**valiação (**A**) desses dados e elaboração do **P**lano (**P**) de Atenção Farmacêutica.

O objetivo geral dos PAF consiste em contribuir para o controle dos pacientes. Os domínios de intervenção são:

- ✓ Medição regular de parâmetros na farmácia em relação aos objetivos a serem atingidos (pressão arterial [PA], glicemia [G], débito expiratório máximo instantâneo...);

- ✓ Informação e aconselhamento dos pacientes;
- ✓ Prevenção, detecção e resolução de PRM;
- ✓ Orientação e avaliação da técnica correta de utilização de dispositivos.

A seguir, apresentamos os objetivos dos PAF nas três patologias já mencionadas (Figs. 42.5 a 42.14).

Em suma, a finalidade principal dos PAF é a contribuição dos farmacêuticos para a gestão dos pacientes crónicos, em parceria com os médicos e os pacientes, de acordo com os mais elevados padrões de intervenção farmacêutica, com o objetivo de melhorar os resultados clínicos, minimizar os cuidados de saúde não programados e contribuir para a qualidade de vida e satisfação dos pacientes.

Cuidados Farmacêuticos na Hipertensão Arterial

Informação e aconselhamento ao doente sobre Hipertensão e Terapêutica

Objetivos do Tratamento

- Redução ao máximo do risco total de morbidade e mortalidade cardiovasculares
- Normalização da pressão arterial a níveis definidos como "resposta de objetivos":
 - < 130/85 mm Hg — indivíduos jovens e assintomáticos
 - < 130/80 mm Hg — diabéticos
 - < 140/90 mm Hg — idosos

Fig. 42.5 Cuidados Farmacêuticos (Atenção Farmacêutica) na Hipertensão Arterial. Programa de Atenção Farmacêutica, Portugal (TEIXEIRA, 2002).

Cuidados Farmacêuticos na Hipertensão Arterial

Classificação dos valores de pressão arterial (OMS)

Categoria	Pressão sistólica (mm Hg)	Pressão diastólica (mm Hg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensão grau 1	140-159	90-99
Subgrupo: marginal	140-149	90-94
Hipertensão grau 2	160-179	100-109
Hipertensão grau 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
Subgrupo: marginal	140-149	< 90

Sempre que os valores das pressões sistólica e diastólica recaiam em categorias diferentes, deve ser aplicada a categoria dos valores mais elevados.

Fig. 42.6 Cuidados Farmacêuticos (Atenção Farmacêutica) na Hipertensão Arterial. Programa de Atenção Farmacêutica, Portugal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999; COSTA, 2001).



Fig. 42.7 Atenção Farmacêutica no Diabetes (Teixeira, 2002).



Fig. 42.8 Atenção Farmacêutica no Diabetes (Teixeira, 2002).



Fig. 42.9 Atenção Farmacêutica no Diabetes — Farmácia Teixeira, Portugal.



Fig. 42.10 Atenção Farmacêutica no Diabetes — Farmácia Teixeira, Portugal.

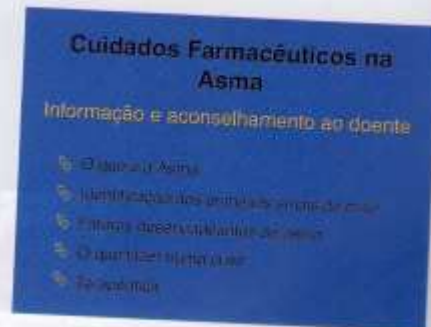


Fig. 42.11 Atenção Farmacêutica na Asma — Farmácia Teixeira, Portugal.



Fig. 42.12 Atenção Farmacêutica na Asma — Farmácia Teixeira, Portugal.



Fig. 42.13 Atenção Farmacêutica na Asma — Farmácia Teixeira, Portugal.



Fig. 42.14 Atenção Farmacêutica na Asma — Farmácia Teixeira, Portugal.

PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA

O processo de prestação de AF é o conjunto de componentes sequenciais documentados que ocorrem entre o farmacêutico e o paciente durante a prestação de AF:

- Avaliação;
- Plano de Atenção Farmacêutica;
- Monitorização.

Avaliação

Primeira etapa do processo de prestação de AF, que consiste em uma análise crítica dos dados subjetivos e objetivos do paciente e na avaliação da terapêutica utilizada, com uma descrição sucinta e completa dos Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) e outros problemas de saúde identificados.

Plano de Atenção Farmacêutica

Esta etapa do processo de prestação de AF envolve a definição dos objetivos desejados, a intervenção farmacêutica (e as ações que o paciente se compromete a realizar) e a marcação da próxima monitorização. Isso é feito com o propósito de prevenir/solucionar os PRM e de atingir os objetivos definidos.

Monitorização

É a terceira etapa do processo de prestação de Atenção Farmacêutica e consiste na reavaliação do paciente e na redefinição do Plano de Atenção Farmacêutica (PAF), em função dos objetivos propostos, o que é feito a intervalos de tempo periódicos e predefinidos.

PROBLEMAS RELACIONADOS COM OS MEDICAMENTOS (PRM)

Definição

Os problemas relacionados com os medicamentos (PRM) são eventos indesejáveis relacionados com a terapêutica farmacológica que podem ou realmente interferem com os resultados desejados, em termos de saúde, para o paciente.

Classificação

Existem várias classificações de PRM baseadas nas classificações previamente utilizadas pelos farmacêuticos nos EUA, desde o início da década de 1990, e que são decorrentes do conceito *Pharmaceutical Care* (Fig. 42.15).

A classificação adotada para a expansão nacional dos Programas de Atenção Farmacêutica (PAF) é a Classificação de PRM do Segundo Consenso de Granada (SEGUNDO... 2002) (Fig. 42.16).

Para fins de utilização dessa classificação deve-se considerar que um PRM provoca um problema de saúde.

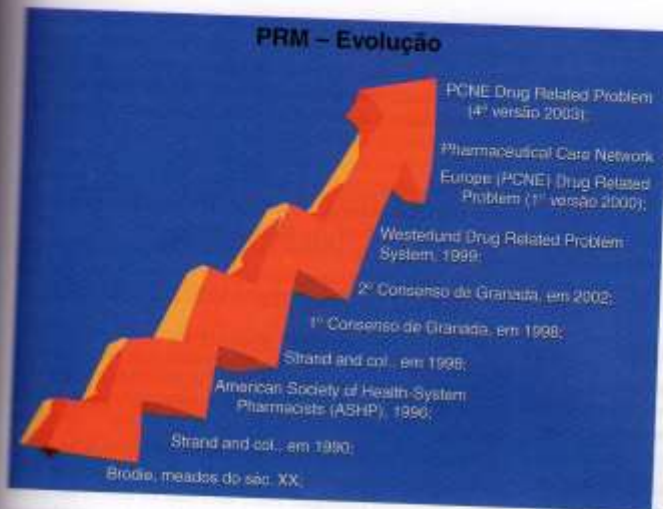


Fig. 42.15 Evolução das classificações de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM).

Classificação de PRM

PRM
Classificação do Segundo Consenso de Granada

U. Quem tem um problema de saúde que resulta de:

Necessidade	
PRM 1	tomar um medicamento de que necessita.
PRM 2	tomar um medicamento de que não necessita.
Efetividade	
PRM 3	tomar um medicamento que não é efetivo por razões não quantitativas.
PRM 4	tomar um medicamento que não é efetivo por razões quantitativas.
Segurança	
PRM 5	tomar um medicamento que não é seguro por razões não quantitativas.
PRM 6	tomar um medicamento que não é seguro por razões quantitativas.

Fig. 42.16 Classificação de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) (SEGUNDO..., 2002).

Causas de PRM

No âmbito dos Programas de Atenção Farmacêutica (PAF) são consideradas as seguintes causas possíveis de PRM:

- problemas de adesão à terapêutica;
- interações;
- outras. Quais?

A deteção de PRM pode ser feita por observação direta (avaliação da prescrição e das condições do paciente) e/ou diálogo com o paciente. O farmacêutico também pode detectar um PRM por meio da interpretação das determinações realizadas na farmácia em relação aos objetivos terapêuticos desejados. Dessa forma, para cada medicamento utilizado (ou que será utilizado) pelo paciente, o farmacêutico deve analisar se

são atendidos, de acordo com a seguinte ordem, os requisitos de necessidade, efetividade e segurança.

Ao identificar um PRM, o farmacêutico deve atender aos seguintes pressupostos:

- o problema de saúde só pode estar associado a um PRM;
- um medicamento pode provocar um ou vários PRM;
- os problemas de adesão à terapia não são PRM, mas sim causas de PRM:
 - quando o paciente não toma o medicamento de que necessita (problema de necessidade: PRM 1);
 - quando o paciente toma parte da dose/esquema terapêutico do medicamento e isso é inferior ao necessário (problema de efetividade: PRM 4);
 - quando o paciente toma dose/esquema terapêutico do medicamento excessivo (problema de segurança: PRM 6);

d) as interações também não são PRM, mas sim causas de PRM:

- o medicamento inibe a ação de outro medicamento (problema de efetividade: PRM 4);
- o medicamento potencializa eventos adversos (problema de segurança: PRM 5);
- o medicamento potencializa a ação de outro medicamento (problema de segurança: PRM 6).

PRM Reais e Potenciais

Para finalizar, a identificação dos PRM reporta-se a situações:

- PRM com manifestação clínica (PRM reais) e que exigem a intervenção do farmacêutico para solucioná-los;
- PRM que o paciente corre o risco de desenvolver (PRM potenciais), caso o farmacêutico não realize a intervenção.

É preciso, no entanto, lembrar que os PRM potenciais não são menos importantes que os PRM reais. Na verdade, a intervenção farmacêutica para prevenir os PRM potenciais é tão importante quanto a intervenção para tentar solucionar PRM reais.

A decisão de intervir, no caso de um PRM potencial, pode ocorrer logo de início sem que tenha ocorrido uma manifestação clínica ou, pelo contrário, pode esperar o aparecimento de uma manifestação clínica, dependendo do grau de probabilidade de ocorrência e da gravidade do problema de saúde.

SISTEMÁTICA DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES

Entrada no Programa (Avaliação Inicial)

A seleção dos pacientes deve ser realizada pelo farmacêutico segundo os critérios recomendados (ser portador de patologia, estar descompensado e não aderir à terapêutica) e mediante o consentimento informado assinado pelo paciente.

Esse consentimento pressupõe que os pacientes sejam informados sobre todos os aspectos do programa antes de aceitarem/recusarem participar. Essas informações devem ser fornecidas verbalmente pelo farmacêutico e complementadas por meio de folheto educativo (Fig. 42.17).

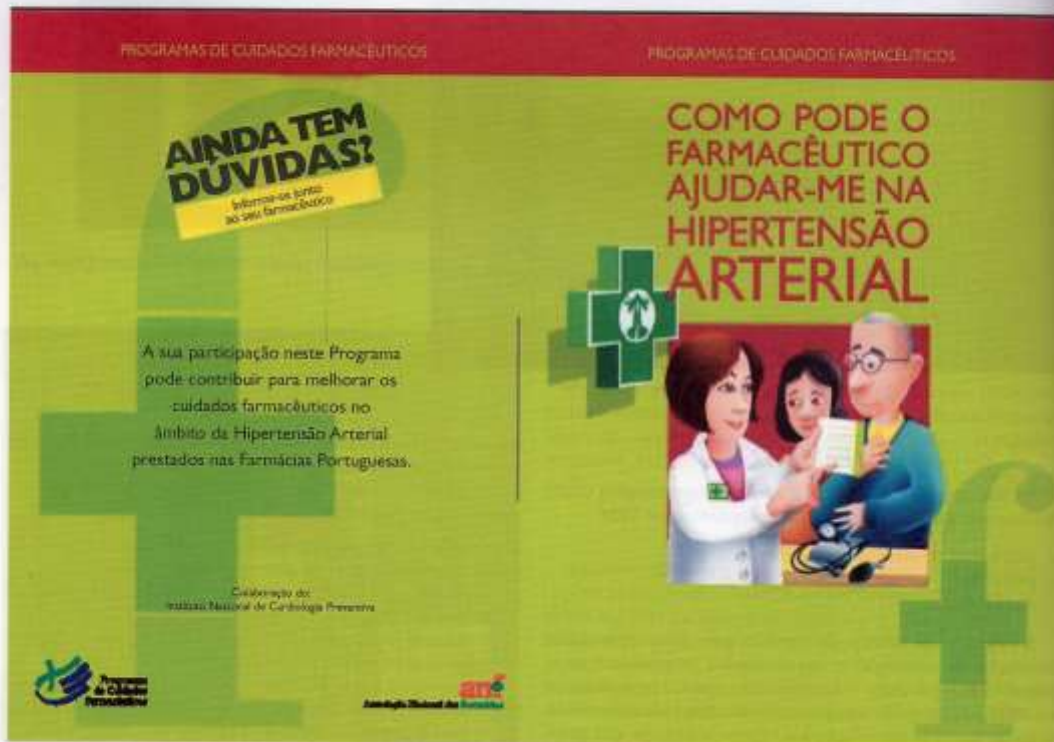


Fig. 42.17 Folheto educativo distribuído aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial (COSTA et al., 2005).

O documento de **Consentimento Informado** deve ser assinado por ambas as partes, ficando uma cópia com o paciente e outra na ficha do paciente na farmácia.

Após esse procedimento são colhidos os dados do **Formulário de Avaliação Inicial** e marca-se a data e a hora da primeira visita à farmácia (que pode ser até no próprio dia).

É anotado o tempo despendido com o paciente e pede-se ao mesmo que traga na próxima visita todos os medicamentos que está tomando, os resultados dos últimos exames de sangue e outros exames complementares de interesse, os aparelhos utilizados na autovigilância (se aplicável), guia do diabético (se aplicável) e resultados da medida do fluxo máximo de ar (se aplicável).

Primeira Visita

A coleta dos dados, a avaliação e o Plano de Atenção Farmacêutica (PAF) devem ser registrados no **Formulário de Monitorização**. O farmacêutico pode utilizar a **Folha de Anotações SOAP** e, nesse caso, transferir os dados para o Formulário de Monitorização.

COLETA DE DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS

Na primeira visita, o farmacêutico confirma se o paciente trouxe o que lhe foi solicitado (se o pedido for aplicável) e colhe os dados subjetivos e objetivos.

Os dados subjetivos do paciente (não confirmados pelo profissional de saúde) constituem os sinais e sintomas do paciente, o ano do diagnóstico da doença, os fatores desencadeantes da doença ou os fatores de risco da doença, outras patologias e a utilização dos serviços de saúde.

Os dados objetivos do paciente (confirmados pelo profissional de saúde) consistem na terapêutica do paciente e na determinação dos parâmetros analíticos efetuados na farmácia.

No tocante à coleta de dados sobre a terapêutica utilizada pelo paciente, o farmacêutico deve tentar obter as seguintes informações do paciente sobre cada medicamento (vendidos com receita médica ou de venda livre):

- para que toma;
- como toma;
- quando toma;
- os possíveis efeitos adversos já sentidos ou que está sentindo;
- os possíveis PRM;
- se já tomou o mesmo medicamento anteriormente.

AValiação

Durante a primeira visita ou depois dela (dependendo da complexidade da terapêutica), o farmacêutico realiza uma avaliação que consiste em uma análise crítica dos dados subjetivos e objetivos do paciente, na apreciação da terapêutica utilizada (com descrição sucinta e completa dos PRM) e na avaliação de outros problemas de saúde identificados.

A classificação dos PRM é feita de acordo com o que já foi descrito anteriormente.

DEFINIÇÃO DO PLANO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Durante ou após a primeira visita, e com base na avaliação realizada, o farmacêutico define o plano de Atenção Farmacêu-

tica (com o qual o paciente deve concordar). O plano consiste na definição dos objetivos desejados, na intervenção farmacêutica (e as ações que o paciente se propõe a realizar) e na marcação da próxima visita com a finalidade de prevenir/solucionar os PRM e alcançar os objetivos definidos. Por fim, o farmacêutico deve registrar o intervalo de tempo despendido na visita.

Para apoiar o trabalho do farmacêutico nessa área, o Departamento de AF desenvolveu um conjunto de ferramentas tais como o cartão de registro das várias determinações efetuadas na farmácia, a carta de referência para o médico e vários folhetos de orientação para as várias patologias (alimentação, exercício físico, uso de vários dispositivos, etc.).

Visitas Seguintes (Monitorização)

A partir da segunda visita (inclusive), o farmacêutico coleta os novos dados subjetivos e objetivos (inclusive os resultados das intervenções anteriores), reavalia o paciente e redefine o plano de Atenção Farmacêutica de acordo com os objetivos desejados, registrando essa informação no **Formulário de Monitorização**. Pode ser utilizada a **Folha de Anotações SOAP** e, nesse caso, o farmacêutico deve transferir os dados para o Formulário de Monitorização.

A cada visita do paciente à farmácia, realizada periodicamente nas datas agendadas com o paciente, o processo é repetido, anotando-se sempre o período de tempo despendido.

A periodicidade das visitas do paciente à farmácia é variável e será mais frequente (por exemplo, semanal ou quinzenal) nas seguintes situações: início/alteração recente da terapêutica; valores das determinações não adequados aos objetivos terapêuticos; PRM identificados e não solucionados e utilização frequente dos serviços de saúde (consultas médicas, urgências hospitalares, etc.).

Essa periodicidade tende a ser elevada nas primeiras visitas à farmácia (quando o paciente encontra-se descompensado e apresenta PRM), diminuindo gradativamente (por exemplo, mensalmente) até o paciente alcançar os objetivos desejados. A periodicidade pode ser aumentada novamente, caso as situações previamente descritas voltem a ocorrer.

Seja qual for a periodicidade, as visitas à farmácia nunca devem ser menos frequentes do que as consultas médicas do paciente. Em outras palavras, o paciente deve ser monitorizado na farmácia uma ou mais vezes no intervalo entre duas consultas médicas, pois esse é o pressuposto do seguimento dos pacientes na farmácia.

EXPERIÊNCIA DA FARMÁCIA TEIXEIRA

Em Portugal, a farmácia é uma unidade onde são prestados serviços e Atenção Farmacêutica aos pacientes, o que é determinante para seu nível de saúde. Como já mencionei, a minha farmácia participou no ensaio-piloto do PAF na Hipertensão, sendo que todos os farmacêuticos frequentaram o curso para se habilitarem a acompanhar os pacientes.

Após o ensaio-piloto, houve formação complementar, sendo o colega Rui Valente o responsável pelo acompanhamento dos pacientes hipertensos. Essa formação, que inclui quatro módulos com um total de 38 horas, habilita o farmacêutico a permanecer no programa, havendo reuniões semestrais para discussão de casos reais dos pacientes acompanhados.

Visto que desde a década de 1980 a minha farmácia já participava de programas de acompanhamento de diabéticos sem essa metodologia de PAF, decidi integrar a colega Ana Paula Teixeira no grupo de formandos dos PAF para Diabetes.

Atualmente já estão sendo desenvolvidos os dois programas na farmácia com evidente melhora dos pacientes. Posso mesmo dizer com grande sucesso.

O PAF para Hipertensão foi iniciado em 23 de novembro de 2001. Desde essa data e até o final de 2004, em um total de sete pacientes foram feitas 434 monitorizações, constatando-se: diminuição do peso corporal, dos níveis de PAS e PAD, dos níveis sanguíneos de colesterol e da glicemia capilar (em jejum e pós-prandial), em um total de 871 determinações (Tabela 42.1).

Com relação à frequência de utilização dos cuidados de saúde, foram registradas 66 consultas ao clínico geral, cinco consultas a especialistas e três idas para serviços de urgência.

Foram detectados 94 PRM, sendo os PRM 1 e 3 os mais frequentes. Onze PRM foram relatados ao médico e foram obtidas 10 respostas, das quais três levaram à alteração da terapêutica. Vinte e oito PRM foram solucionados.

Em relação à intervenção farmacêutica (entrega de folhetos de orientação, encaminhamento para consultas médicas, aconselhamento de medidas não-farmacológicas, aconselhamento de adesão à terapêutica, resolução de PRM, etc.), obtivemos 326 registros de atuação do farmacêutico.

O PAF do Diabetes foi iniciado em 18 de novembro de 2003 (não funcionou durante o segundo semestre de 2004 por causa da saída da farmacêutica responsável pelo programa, mas já voltou a funcionar plenamente). Desde essa data e até o final de 2004, em um total de sete pacientes foram realizadas 83 monitorizações, constatando-se: diminuição do peso corporal, dos níveis de PAS e PAD, dos níveis sanguíneos de colesterol e da glicemia capilar (em jejum e pós-prandial), em um total de 205 determinações (Tabela 42.1).

Com relação à frequência de utilização dos cuidados de saúde, foram registradas três consultas a especialistas. Três PRM foram detectados (PRM 4, PRM 5 e PRM 6). Dois PRM foram

relatados ao médico e foi obtida uma resposta que originou a alteração da terapêutica, sendo solucionados.

Em relação à intervenção farmacêutica (entrega de folhetos de orientação, encaminhamento para consultas médicas, aconselhamento de medidas não-farmacológicas, aconselhamento de adesão à terapêutica, resolução de PRM, etc.), obtivemos 56 registros de atuação do farmacêutico.

O recrutamento dos pacientes é fácil, visto que a população mais carente de cuidados de saúde gosta de participar desses programas porque sente o apoio dos farmacêuticos.

O relacionamento com a classe médica (via telefone ou carta) é excelente porque se fundamenta em confiança. Cada grupo de profissionais respeita as "fronteiras" de atuação do outro, e tudo transcorre de forma exemplar.

A preocupação com a eficiência, já mencionada anteriormente, fez com que o Ministério da Saúde reconhecesse o trabalho, o profissionalismo e a ética dos farmacêuticos que participaram no PAF para Diabetes e passou a remunerar o nosso trabalho no acompanhamento desse grupo de pacientes crônicos. Estabeleceu, ainda, um Protocolo entre a Ordem dos Farmacêuticos e a ANF, reconhecendo que o PAF para Diabetes, desenvolvido nas farmácias, está baseado em uma articulação entre os farmacêuticos, os médicos e os pacientes, com consequente ganho em termos de saúde.

Cada país tem a sua própria realidade. A nossa foi construída de forma pró-ativa e não reativa. Todavia, é obviamente essencial cultivar um relacionamento de solidariedade e de interdependência entre os farmacêuticos, para que se possa agir e lutar de forma legítima pelos interesses da população e dos próprios farmacêuticos. Acima de tudo, é necessário ter idéias objetivas e metas porque para aquele que não sabe para onde vai, qualquer estrada lhe serve...

É preciso ser também generoso em relação aos princípios defendidos e para com os colegas de trabalho, sobretudo para com os outros profissionais de saúde e, acima de tudo, para com os pacientes. Entretanto, nada pode ser conseguido sem trabalho, paixão e muita confiança na capacidade dos farmacêuticos.

TABELA 42.1 Resultados de Cuidados Farmacêuticos (Atenção Farmacêutica) a pacientes diabéticos e hipertensos (ensaio-piloto 2001 – Farmácia Teixeira, Portugal)

Variável	PCF do diabetes 83 monitorizações/7 pacientes (Média da redução)	PCF da hipertensão 434 monitorizações/7 pacientes (Média da redução)
Peso (kg)	2,2	3,2
PAS (mm Hg)	11,8	19,0
PAD (mm Hg)	4,2	16,9
Glicemia em jejum (mg/dL)	25,2	5,3
Glicemia pós-prandial (mg/dL)	6,6	31,0
Colesterol (mg/dL)	1,0	12,6
Total de determinações	205,0	871,0

PCF = Programa de Cuidados Farmacêuticos

PAS = Pressão Arterial Sistólica

PAD = Pressão Arterial Diastólica

Os farmacêuticos portugueses têm sabido enfrentar vários desafios ao longo dos anos, e os resultados têm sido extremamente gratificantes.

Visto que as batalhas são ganhas a cada dia, sempre que um paciente entra em nossa farmácia, desejo sinceramente que este capítulo seja uma "inspiração" para os colegas brasileiros. Tenho absoluta certeza de que atuarão com competência na busca por essa meta.

AGRADECIMENTOS

Ana Paula Teixeira — Farmacêutica Adjunta da Farmácia Teixeira

Lígia Brito Reis — Chefe do Setor de Formação da ANF

Ana Paula Martins — Diretora da Área Profissional da ANF

Suzete Costa, Anabela Madeira, Cristina Santos e Rute Santos — Departamento de CF da ANF

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION. **The principles of practice for pharmaceutical care.** Washington, 1995.
- COSTA, S. **O impacto dos cuidados farmacêuticos em doentes hipertensos.** 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2001.
- COSTA, S. et al. **Manuais dos Programas de Cuidados Farmacêuticos.** Lisboa: Associação Nacional de Farmácias, Departamento de Cuidados Farmacêuticos, 2003.
- HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am. J. Hosp. Pharm.**, Washington, v. 47, n. 3, p. 533-43, 1990.
- ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. Departamento da Qualidade em Farmácia. **Qualidade em Farmácia: glossário farmacêutico português.** 2. ed. Lisboa, 2005.
- SEGUNDO Consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. **Ars Pharm.**, Granada, v. 43, p. 175-184, 2002.
- TEIXEIRA, M. A Atenção Farmacêutica em Portugal. **Rev. Racine.** São Paulo, v. 12, n. 67, p. 10-18, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. **J. Hypertens.**, London, v. 17, n. 2, p. 151-183, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa Charter for health promotion. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION. **Anais...** Ottawa, 1986.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care for patients with Diabetes Mellitus. **Diabetes Care.** v. 24, p. 533, 2001. Supplement 1.
- AMERICAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION. **Drug treatment protocols.** Washington, 1999.
- AMERICAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION. **The pharmaceutical care process:** pharmaceutical care for patients with asthma: training seminar. Washington, 1997.
- BERRINGER, R. et al. Outcomes of a community pharmacy-based diabetes monitoring program. **J. Am. Pharm. Assoc.**, Washington, v. 39, n. 6, p. 791-7, 1999.
- CARTER, B.L. Pharmaceutical care for hypertensive patients. **Am. Pharm.**, Washington, v. 34, n. 1, p. 54-61, 1994.
- CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **Pharmaceutical care practice.** New York: McGraw-Hill, 1998. p. 177-204.
- CONSENSUS COMMITTEE. Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. **Pharm. Care Esp.**, Madrid, v. 1, n. 1, p. 107-112, 1999.
- CONSENSUS COMMITTEE. Second Consensus of Granada on Drug Therapy Problems. **Ars Pharm.**, Granada, v. 43, n. 3/4, p. 175-84, 2002.
- ERICKSON, S.R. et al. Pharmacist's ability to influence outcomes of hypertension therapy. **Pharmacotherapy**, Carlisle, v. 17, n. 1, p. 140-7, 1997.
- FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; MARTÍNEZ-ROMERO, F.; FAUS, M.J. Problemas relacionados con la medicación. Conceptos y sistemática de clasificación. **Pharm. Care Esp.**, Barcelona, v. 1, n. 4, p. 279-288, 1999.
- HAWKINS, D. et al. National Pharmacy Cardiovascular Council Treatment Guidelines for the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: toward better patient outcomes and new roles for pharmacists. **Pharmacotherapy**, Carlisle, v. 22, n. 4, p. 436-44, 2002.
- JABER, L.A. et al. Evaluation of a pharmaceutical care model on diabetes management. **Ann. Pharmacother.**, Cincinnati, v. 30, n. 3, p. 238-43, 1996.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma.** Washington, 1997.
- ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos: DL 288/2001 de 10 de Novembro. **Diário da República.** Lisboa, Série I-A, número 261, pp. 7150-7165, 2001.
- SCHULZ, M. et al. Pharmaceutical care services for asthma patients: a controlled intervention study. **J. Clin. Pharmacol.**, Stamford, v. 41, n. 6, p. 668-676, 2001.

Ciências Farmacêuticas

Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica

O objetivo da obra é oferecer aos estudantes dos cursos de graduação em Farmácia, no Brasil, bem como aos profissionais das áreas de Farmácia Hospitalar, Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica, os subsídios que permitam o planejamento e a implementação de suas atividades. Estruturada em quatro partes, a obra apresenta os aspectos gerais relativos à saúde no País, a Farmácia Hospitalar e suas funções, a Farmácia Clínica e a Atenção Farmacêutica como práticas profissionais, os aspectos filosóficos e educacionais das referidas áreas, além de experiências nacionais e de países como Chile, Portugal e Espanha, relatadas por especialistas reconhecidos internacionalmente. O leitor também encontrará extensa bibliografia para consulta e questões para avaliação da compreensão dos temas abordados.

Sílvia Storpirtis, PhD

Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP

