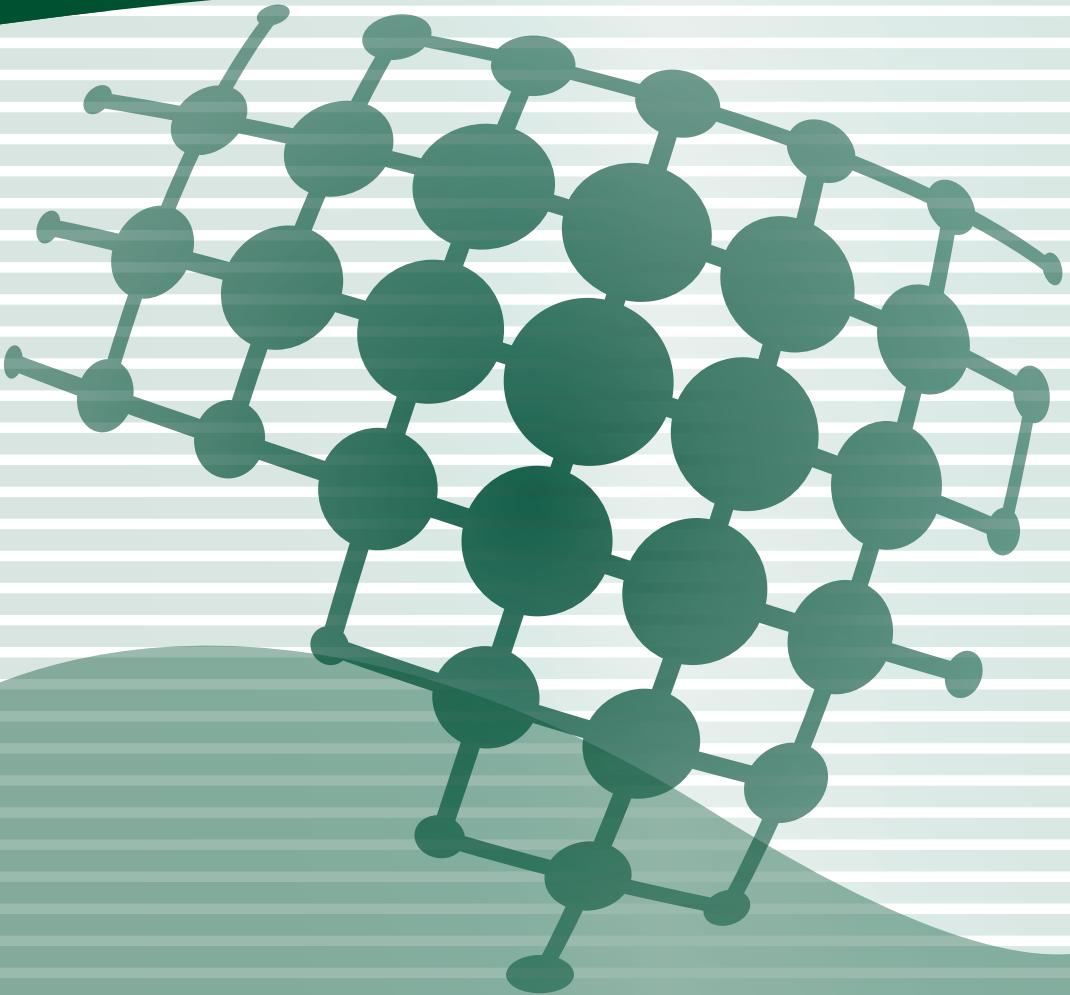


UnA-SUS

# Gestão da Assistência Farmacêutica

EaD



Eixo 3: Estudos Complementares  
Módulo 9: Tópicos especiais em ética,  
educação em saúde e modelos  
de seguimento farmacoterapêutico



# MODELOS DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÊUTICO

MÓDULO 9

## **GOVERNO FEDERAL**

**Presidente da República** Dilma Vana Rousseff

**Ministro da Saúde** Alexandre Rocha Santos Padilha

**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)** Mozart Júlio Tabosa Sales

**Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES)** Felipe Proenço de Oliveira

**Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)** Carlos Augusto Grabois Gadelha

**Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE)** José

Miguel do Nascimento Júnior

**Responsável Técnico pelo Projeto UnA-SUS** Francisco Eduardo de Campos

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Reitora** Roselane Neckel

**Vice-Reitora** Lúcia Helena Pacheco

**Pró-Reitora de Pós-Graduação** Joana Maria Pedro

**Pró-Reitor de Pesquisa e Extensão** Edison da Rosa

## **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Diretor** Sérgio Fernando Torres de Freitas

**Vice-Diretora** Isabela de Carlos Back Giuliano

## **DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**Chefe do Departamento** Miriam de Barcellos Falkenberg

**Subchefe do Departamento** Maique Weber Biavatti

**Coordenadora do Curso** Eliana Elisabeth Diehl

## **COMISSÃO GESTORA**

**Coordenadora do Curso** Eliana Elisabeth Diehl

**Coordenadora Pedagógica** Marení Rocha Farias

**Coordenadora de Tutoria** Rosana Isabel dos Santos

**Coordenadora de Regionalização** Silvana Nair Leite

**Coordenador do Trabalho de Conclusão de Curso** Luciano Soares

**Coordenação Técnica** Alessandra Fontana, Bernd Heinrich Storb, Fernanda Manzini, Kaite Cristiane Peres, Guilherme Daniel Pupo, Marcelo Campese, Samara Jamile Mendes

## **AUTORES**

Cassyano Januário Correr

Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat

Mauro Silveira de Castro

## **AUTORES (2ª EDIÇÃO)**

Cassyano Januário Correr

Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat

Mauro Silveira de Castro

© 2013. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

*Edição, distribuição e informações:*

*Universidade Federal de Santa Catarina*

*Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC*

*Disponível em: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)*

### **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenação Geral da Equipe** Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

**Coordenação de Design Instrucional** Andreia Mara Fiala

**Design Instrucional** Equipe Necont

**Revisão Textual** Judith Terezinha Müller Lohn

**Coordenadora de Produção** Giovana Schuelter

**Design Gráfico** Patrícia Cella Azzolini

**Ilustrações** Felipe Augusto Franke

**Design de Capa** André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

**Projeto Editorial** André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

**Ilustração Capa** Ivan Jerônimo Iguti da Silva

### **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL (2ª EDIÇÃO)**

**Coordenação Geral da Equipe** Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

**Coordenação de Produção de Material** Andreia Mara Fiala

**Revisão Textual** Judith Terezinha Muller Lohn

**Design Gráfico** Taís Massaro

# SUMÁRIO

<b>UNIDADE 3 – MODELOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO .....</b>	<b>7</b>
Lição 1 – O contexto histórico da atenção farmacêutica .....	9
Lição 2 – O processo da farmacoterapia e os resultados terapêuticos	15
Lição 3 – Métodos de seguimento farmacoterapêutico.....	22
Lição 4 – Realizando o seguimento farmacoterapêutico do início ao fim .....	30
Lição 5 – Tornando o seguimento farmacoterapêutico uma realidade.	42
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>

# UNIDADE 3

MÓDULO 9

## **UNIDADE 3 - MODELOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO**

### **Ementa da unidade**

- Conceito de atenção farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico.
- Princípios de farmacoterapia.
- Desfechos em saúde.
- Métodos de seguimento farmacoterapêutico.
- Etapas do método clínico para seguimento farmacoterapêutico.
- Organização do serviço.
- Indicadores de qualidade.

**Carga horária da unidade: 15 horas.**

### **Objetivos específicos de aprendizagem:**

- Compreender o contexto histórico da atenção farmacêutica, o que é seguimento farmacoterapêutico e como esta prática se relaciona ao processo de cuidado do usuário;
- Compreender o que são desfechos em saúde e a relação destes com a qualidade da farmacoterapia e o processo de cuidado em saúde;
- Conhecer os métodos de seguimento farmacoterapêutico mais difundidos na literatura e conhecidos no Brasil;
- Realizar, do início ao fim, todas as etapas do seguimento farmacoterapêutico para um usuário específico;
- Descrever as condições de estrutura e processo necessárias para incorporação desta atividade na atenção primária à saúde.

## Apresentação

Caro estudante,

Neste conteúdo, abordaremos um serviço farmacêutico inovador, denominado acompanhamento ou seguimento farmacoterapêutico (SFT). O SFT é um serviço farmacêutico clínico que transcende os objetivos e as atividades clássicas da assistência farmacêutica, integrando o farmacêutico ao processo de cuidado do usuário e à equipe de saúde, e tendo como foco essencial a garantia do alcance de resultados terapêuticos positivos. Para o gestor em assistência farmacêutica, o SFT representa um serviço com grande potencial resolutivo e estratégico, cujas características permitem a ampliação dos mecanismos de gestão para além do processo de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos. Permite, ainda, que se conheça, de forma mais eficaz, a qualidade da utilização dos medicamentos pela população e as ações necessárias para que o uso racional de medicamentos possa ser plenamente alcançado. Para que se compreenda o SFT, deve-se considerar:

- i) uma visão da farmacoterapia centrada no usuário, com objetivo de alcançar desfechos de saúde otimizados;
- ii) o contexto histórico de desenvolvimento desta prática; e
- iii) as atividades e competências implícitas à sua implantação nos serviços de saúde do município.

### Conteudistas responsáveis:

Cassyano Januário Correr  
Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat  
Mauro Silveira de Castro

### Conteudista de referência:

Cassyano Januário Correr

### Conteudistas de gestão:

Silvana Nair Leite  
Maria do Carmo Lessa Guimarães



# ENTRANDO NO ASSUNTO

## Lição 1 – O contexto histórico da atenção farmacêutica

O objetivo desta lição é resgatar, historicamente, a evolução da prática profissional da farmácia, contextualizando suas diversas fases até o surgimento da atenção farmacêutica como prática profissional.



### Reflexão

Até esse momento você pode estar se perguntando por que estamos abordando atenção farmacêutica em um curso sobre gestão da assistência farmacêutica? Qual seria a relação da clínica com a gestão? Ou da gestão com a clínica?

É preciso que você saiba que um serviço de farmácia só pode desenvolver um modelo de gestão clínica quando está comprometido com a utilização de medicamentos de maneira eficiente, segura e mediada por critérios técnico-farmacêuticos. Desse modo, não podemos discutir gestão sem discutirmos a atenção farmacêutica, já que esta tem uma relação direta com a clínica e com a utilização segura e racional de medicamentos.

Por outro lado, é importante recordar o afastamento histórico entre gestores e clínicos, em que os primeiros defendem, sistematicamente, a redução total dos custos, sem uma análise consubstanciada e contextualizada dos problemas que envolvem a utilização dos medicamentos. Os profissionais de saúde, por sua vez, defendem o que eles acreditam ser o melhor para o usuário, embora nem sempre se baseiem na melhor evidência científica e/ou em critérios de custo-efetividade. O que não se pode esquecer é que os profissionais de saúde têm uma responsabilidade fundamental na tomada de decisão, e são eles que fazem a gestão do processo de cuidado em saúde junto aos usuários.

## Falando em gestão

Os conteudistas desta unidade nos provocam a pensar sobre a relação entre a gestão e a prestação dos serviços. Bom, vamos retomar alguns conceitos: primeiro, que todos nós, no exercício da nossa profissão em qualquer nível ou espaço, de alguma forma exercemos atividades gestoras (do serviço, da equipe, do próprio processo de trabalho, e da atenção ao usuário); depois, que uma gestão comprometida pressupõe conhecer o que se está gerindo, a equipe que desenvolve o serviço, os seus parceiros, processos, e fundamentos. Todos precisam participar, de alguma forma, da condução dos serviços. É com conhecimento e participação que se faz o processo de condução, que se faz a gestão. É com esse olhar que vamos conhecer um pouco mais sobre o seguimento farmacoterapêutico, para desenvolvermos as condições para tornar esses serviços uma realidade adequada ao contexto do SUS.



### Reflexão

E por que precisamos resgatar historicamente a atenção farmacêutica?

Porque, com isso, estaremos resgatando a farmácia como uma profissão clínica, a fim de entender o hoje e planejar o amanhã da nossa profissão.

Para isso, é importante saber que a profissão farmacêutica tem vivenciado um desenvolvimento e um avanço significativo ao longo desses últimos 50 anos. De forma breve, podemos analisar os três períodos mais importantes da farmácia no século XX: o tradicional, o de transição e o de desenvolvimento da atenção ao usuário (HEPLER; STRAND, 1990). Em cada um desses períodos se identificam diferentes conceitos das funções e obrigações da farmácia, ou seja, diferentes modelos do papel social desta.

No período tradicional, o papel social do boticário era o preparo e a venda de medicamentos. A função do farmacêutico consistia na aquisição de medicamentos, no preparo e na avaliação dos produtos medicinais, e sua principal responsabilidade era assegurar que os medicamentos que vendia fossem puros, não adulterados e preparados segundo a arte, tendo como obrigação secundária proporcionar orientações adequadas aos clientes que lhe solicitavam a prescrição de medicamentos sem receita (*over the counter* –

OTC). Esse papel foi desaparecendo à medida que a preparação de medicamentos foi, gradualmente, substituída pela indústria farmacêutica e a eleição dos agentes terapêuticos passou a ser realizada pelo médico.

Em meados dos anos de 1960, a prática da farmácia clínica teve início e, com ela, um período de transição profissional, em que os farmacêuticos buscaram a autorrealização e o total desenvolvimento do seu potencial profissional. Esse foi um tempo de expansão rápida de funções e incremento da diversidade profissional. Os farmacêuticos não só começaram a inovar funções, mas também passaram a contribuir, cientificamente, de forma original (HEPLER; STRAND, 1990).

O grande desenvolvimento da farmácia clínica foi transformá-la em uma ciência, juntando os fundamentos da epidemiologia clínica com os da farmacologia. Uma das críticas ao movimento é que ele foi muito hospitalocêntrico e voltado para o atendimento das necessidades da equipe de saúde, não atingindo os preceitos iniciais de colocar o usuário de medicamentos no centro das atenções.

Em 1990, surgiu a atenção farmacêutica, definida, inicialmente, por Charles Hepler e Linda Strand como a provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados definidos, que melhorem a qualidade de vida do usuário.



#### Link

A Dra. Linda M. Strand é conhecida por desenvolver tanto o conceito de atenção farmacêutica como sua prática. O quadro conceitual foi desenvolvido em colaboração com o Dr. Hepler, da Universidade da Flórida. Esse trabalho culminou com a premiação de ambos com a medalha *Remington*, a mais alta condecoração oferecida na profissão de farmácia nos Estados Unidos. Acesse o *link* e confira alguns trabalhos da Dra. Strand: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Strand%20LM>

O Dr. Charles D. Hepler é professor emérito da Universidade da Flórida (USA) e atua, desde os anos 1960, no desenvolvimento da farmácia clínica, educação farmacêutica e no modelo filosófico da atenção farmacêutica. Escreveu mais de 80 artigos científicos, sendo os mais recentes focados no aprimoramento de sistemas para manejo da farmacoterapia. Acesse o *link* e confira alguns trabalhos do Dr. Hepler: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hepler%20CD>

Essa definição, inicialmente considerada filosófica, mais tarde foi revisada por Cipolle e colaboradores (1998), sendo definida como uma prática clínica, na qual o profissional de saúde assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos usuários e pelos resultados alcançados, cujos componentes são: filosofia de prática, processo de cuidado do usuário e sistema de gerenciamento da prática.

Mais recentemente, a farmácia clínica incorpora a filosofia de prática da atenção farmacêutica, reforçando a importância de o farmacêutico tornar-se, definitivamente, um prestador de atenção à saúde, cuja prática deve estar centrada no cuidado direto do paciente. Além disso, a farmácia clínica define-se como ciência e como prática a ser desenvolvida em todos os níveis de cuidado à saúde, não apenas nos hospitais. O conceito contemporâneo de farmácia clínica, publicado pelo *American College of Clinical Pharmacy*, é o seguinte:

“Farmácia Clínica é definida como a área da farmácia voltada para a ciência e prática do uso racional de medicamentos e é uma disciplina das ciências da saúde na qual farmacêuticos proporcionam cuidado ao paciente de forma a otimizar a farmacoterapia e promover saúde, bem-estar e prevenção de doenças. A prática da farmácia clínica abrange a filosofia da atenção farmacêutica ou dos cuidados farmacêuticos. Dessa forma, combina uma orientação para o cuidado do paciente com conhecimentos especializados de terapêutica, experiência e julgamento clínico, com propósito de garantir resultados ideais para o paciente.

Como disciplina, a farmácia clínica também tem o dever de contribuir para a geração de novos conhecimentos que promovam avanços para a saúde e qualidade de vida.

Farmacêuticos clínicos cuidam de pacientes em todos os locais onde se pratica atenção à saúde. Estes possuem conhecimentos aprofundados sobre medicamentos, integrados com uma compreensão fundamental das ciências biomédicas, farmacêuticas, sócio-comportamentais e clínicas. A fim de atingir metas terapêuticas desejadas, o farmacêutico clínico aplica diretrizes baseadas em evidências, novos conhecimentos de ciências em evolução, tecnologias emergentes, além de princípios legais, éticos, sociais, culturais, econômicos e profissionais.

Dessa forma, farmacêuticos clínicos assumem responsabilidade e prestam contas pela gestão da farmacoterapia em locais onde se fornecem cuidados direto ao paciente, seja exercendo a prática de forma independente ou em consulta ou colaboração com outros profissionais da saúde. Farmacêuticos clínicos pesquisadores geram, disseminam e aplicam novos conhecimentos que contribuem para melhorar a saúde e qualidade de vida.”



## Reflexão

Aqui cabe uma importante pergunta: por que a atenção farmacêutica é definida como uma prática profissional e não como mais uma atividade do farmacêutico?

Exatamente porque ela é capaz de atender uma demanda social que nenhum outro profissional, atualmente, assume como sua responsabilidade, isto é, a de atender a todas as necessidades do usuário, relacionadas à sua farmacoterapia.

Confira algumas características:

- Propõe-se uma filosofia profissional que pode ser incorporada por todos os profissionais, independente do espaço físico onde atuam;
- Apresenta um método sistemático e racional de tomada de decisão sobre os medicamentos e um processo de cuidado do usuário, que pode ser utilizado com todo e qualquer usuário, em qualquer problema de saúde e utilizando qualquer medicamento;
- Determina que todas as decisões e intervenções do profissional devem ser documentadas, a fim de facilitar o controle de qualidade do exercício profissional e garantir o processo de cuidado, uma vez que outros profissionais podem ter acesso a decisões tomadas;
- Indica um sistema de gerenciamento da prática, já que o oferecimento de um serviço para o usuário requer a implementação de aspectos logísticos e gerenciais muito diferentes daqueles, usualmente, utilizados na atividade de dispensação farmacêutica (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

Da mesma forma, o gerenciamento da prática da atenção farmacêutica difere, em essência, dos aspectos gerenciais da assistência farmacêutica em seu modelo tradicional. Aqui, necessariamente, sempre que possível, a gestão do caso clínico é compartilhada com o usuário e os outros profissionais da saúde. É necessário chegar a um acordo sobre que tratamento adotar e como fazê-lo.

Assim sendo, resta-nos agora abordar os métodos de documentação da prática do cuidado farmacêutico, conhecidos como métodos de seguimento farmacoterapêutico. Acompanhe.

Ao iniciarmos o tema, é importante discutirmos de que maneira surgiu a necessidade tão premente de documentar a prática da atenção farmacêutica, visto que pouco da prática da farmácia clínica sobreviveu às análises rigorosas e críticas de custo-benefício e de custo-efetividade, por falta de uma sistematização adequada da documentação do cuidado farmacêutico. Além disso, a medicina, a enfermagem e outras profissões de saúde descrevem, de maneira sistemática, os registros de suas atividades, realizando o seguimento dos usuários, avaliando o progresso ou ordenando suas intervenções. Por inúmeras razões, a farmácia não chegou a estabelecer um método padrão para o registro das atividades clínicas e, durante muito tempo, Cipolle e colaboradores (1998) criticaram, de forma contundente, a falta de documentação correta dos serviços farmacêuticos clínicos. Essas ideias foram apresentadas no relevante artigo *Opportunities and responsibilities in the Pharmaceutical Care*, em que são traçados os primeiros elementos do paradigma da atenção farmacêutica (HEPLER; STRAND, 1990).

Para que você possa entender melhor a necessidade de o farmacêutico documentar suas atividades, é importante lembrar que, em 1995, Hepler publicou os postulados desse novo modelo (HEPLER; GRAINGER-ROUSSEAU, 1995), em contraposição ao modelo tradicional de prática farmacêutica. De forma resumida, propõe-se um sistema de atenção farmacêutica em que médicos e/ou enfermeiros identificam e avaliam os problemas de saúde do usuário e estabelecem um plano de cuidado, a partir do qual o farmacêutico inicia seu processo de cuidado farmacêutico, mais conhecido no Brasil como seguimento farmacoterapêutico.

Em nosso país, a necessidade de documentar a prática farmacêutica foi amplamente discutida na proposta do Consenso em Atenção Farmacêutica, definindo Seguimento Farmacoterapêutico como:

O processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário (IVAMA *et al.*, 2002, p. 19).

Para que esses objetivos sejam atingidos, faz-se necessária a mudança de prática profissional por parte do farmacêutico. A sistematização dessa atuação ainda não encontra paradigmas metodológicos consolidados.

A partir daquele contexto inicial de Hepler e Strand, alguns métodos foram desenvolvidos ou adaptados de outros existentes, mas ainda não se demonstrou qual possui melhor desempenho. Todos os métodos falam da necessidade de o farmacêutico possuir habilidades em comunicação, estabelecendo, assim, adequada relação terapêutica com o usuário.

Reconhece-se que o farmacêutico pode ajudar na solução de problemas relacionados com medicamentos, desde que se estabeleça uma parceria com o paciente (HEPLER; STRAND, 1990; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Por meio dessa melhor relação, pode-se obter a confiança do usuário, de modo que ele preste informações sobre sua situação e sobre o uso de medicamentos, permitindo uma análise mais fidedigna desses dados, com a consequente identificação de problemas relacionados com medicamentos. Estabelecida a relação e identificados os problemas, firma-se um acordo visando a resolução destes últimos, fundamentada na autonomia do usuário e na busca de maior qualidade de vida.

## **Lição 2 – O processo da farmacoterapia e os resultados terapêuticos**

Nesta lição, vamos compreender o que são desfechos em saúde e a relação destes com a qualidade da farmacoterapia e com o processo de cuidado em saúde. Acompanhe!

O resultado de um tratamento farmacológico está ligado à inter-relação de diversos eventos, atores e condições, de forma complexa e nem sempre previsível. A farmacoterapia obtém sucesso quando resultados como prevenção de doenças, controle, cura, normalização de parâmetros laboratoriais e/ou alívio de sintomas são alcançados conforme esperado. A farmacoterapia pode ser considerada “ideal” quando:

- o usuário obtém acesso e utiliza medicamentos conforme suas necessidades de saúde, adequadamente identificadas;

- o usuário compreende e é capaz de cumprir o regime terapêutico estabelecido, concorda e adere ao tratamento em uma postura ativa;
- o medicamento é efetivo no alcance dos objetivos terapêuticos planejados;
- problemas de saúde não são gerados ou agravados pelo uso dos medicamentos (Figura 1) (FERNÁNDEZ-LLIMOS *et al.*, 2004; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

Para que haja uso racional de medicamentos é preciso, em primeiro lugar, definir a necessidade do uso do medicamento; a seguir, que se prescreva o medicamento apropriado, de acordo com dados de eficácia, segurança e adequação ao usuário. É necessário, ainda, que a prescrição seja adequada quanto à forma farmacêutica e ao regime terapêutico; que o medicamento esteja disponível de modo oportuno, acessível financeiramente, e que responda a critérios de qualidade exigidos. Por fim, deve haver dispensação em condições adequadas, com orientação ao usuário, e este deve compreender e realizar o regime terapêutico do melhor modo possível (AQUINO, 2008).

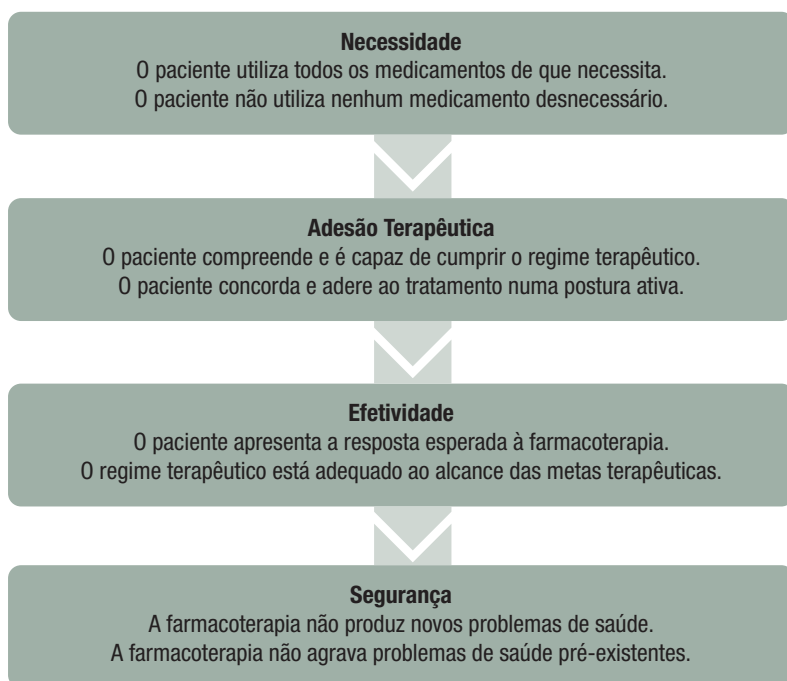


Figura 1 - Princípios da farmacoterapia ideal.  
Fonte: CORRER; OTUKI, 2013.



Num sentido voltado para os desfechos, o uso racional de medicamentos é uma prática que consiste em maximizar os benefícios obtidos pelo uso dos fármacos; em minimizar os riscos (acontecimentos não desejados) decorrentes de sua utilização; e em reduzir os custos totais da terapia para o indivíduo e a sociedade (MOTA *et al.*, 2008).

Falhas nessas condições essenciais podem levar ao sofrimento humano, à incapacidade, à redução na qualidade de vida e até mesmo à morte.

Durante a escolha de um tratamento e todo o seguimento da farmacoterapia, a equipe de saúde deve primar pela **eficácia** do medicamento, **efetividade** da farmacoterapia e **eficiência** de todo o processo de tratamento (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

A **eficácia** diz respeito à capacidade inerente ao fármaco de produzir um determinado efeito terapêutico em condições ideais (por exemplo, em ensaios clínicos controlados); enquanto a **efetividade** diz respeito ao resultado terapêutico produzido nas condições reais de utilização (por exemplo, nos serviços de saúde).

A qualidade do uso de medicamentos em um determinado contexto social pode ser medida pela diferença entre a eficácia (aquilo que se espera do medicamento) e a efetividade (aquilo que se obtém em termos de resolubilidade).

Por fim, a **eficiência** consiste na relação entre o benefício, representado pela eficácia e pela efetividade, e os custos inerentes ao tratamento. Quanto maior o benefício e menor o custo, maior a eficiência (FERNÁNDEZ-LLIMOS *et al.*, 2004).

$$\uparrow \text{Benefício} \downarrow \text{Custo} = \uparrow \text{Eficiência}$$

A **evolução do usuário**<sup>1</sup>, do ponto de vista dos efeitos da farmacoterapia, é avaliada por meio de indicadores dos resultados terapêuticos.

<sup>1</sup> Mudanças no quadro sintomático e funcional do usuário, observadas ao longo do tempo, que podem ser atribuídas à doença ou à intervenção em saúde.

Esses indicadores, assim como as metas terapêuticas, devem ser definidos na elaboração do plano de cuidado e monitorados durante as consultas de retorno do usuário. Para cada indicação tratada do usuário, deverão ser eleitos indicadores adequados para avaliação dos desfechos da farmacoterapia (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Um bom indicador deve possuir sensibilidade suficiente para sofrer alterações ao longo do tempo, deve ser mensurável (por meio de dados objetivos ou subjetivos), deve ser específico para a condição clínica do usuário e/ou farmacoterapia e deve guardar relação bem evidenciada com o desfecho final desejado.

Por desfecho, entende-se a mudança observada no estado de saúde do usuário, que pode ser atribuída à intervenção (farmacoterapia, processo de cuidado) ou à doença. O termo “desfecho” é comumente referido, em português, também como “resultado” e encontra seu correspondente em inglês na palavra *outcome*.

Há basicamente três tipos de desfechos clínicos: primordial, intermediário e substituto. Saiba mais sobre cada um deles:

- Os **desfechos primordiais** também são chamados desfechos duros ou *hard end-points*. São os desfechos de grande impacto, constituídos, basicamente, por mortalidade, incidência de infarto do miocárdio, câncer, alívio de dor, prevenção de doenças, aumento de expectativa de vida. Metas terapêuticas ligadas a esses desfechos têm, geralmente, conotação preventiva como, por exemplo, o aumento da sobrevida, ou a redução na mortalidade precoce.
- Os **desfechos intermediários** correspondem a um parâmetro que pode ser medido e que se associa de forma causal com o desfecho primordial. Podem ser parâmetros fisiológico, fisiopatológico, comportamental ou de outra natureza. Tem-se, como exemplo, a pressão arterial como desfecho intermediário para eventos primordiais cardiovasculares, parar de fumar para câncer, escalas de medida da depressão para depressão. Deve ser verificada a associação com os desfechos primordiais.
- Os **desfechos substitutos** também são chamados de *surrogate end-points*. São desfechos de fácil aferição e que espelham o efeito da intervenção, mas não estão associados à produção do desfecho primordial. Por exemplo, o controle de internações

hospitalares pode ser um bom desfecho substituto para controle de sintomas em ensaio clínico randomizado. A avaliação da resolução de problemas relacionados com medicamentos também pode ser utilizada como desfecho substituto (FUCHS; WANNMACHER; FERREIRA, 2010).

Indicadores de efetividade do tratamento medicamentoso incluem, normalmente, sinais observáveis (frequência cardíaca, temperatura corporal, pressão arterial), sintomas (dor, melancolia, cansaço, prurido) ou exames clínicos e laboratoriais (glicemia, LDL-C, TSH, eletrocardiograma, densidade óssea). Outros indicadores de efetividade também são utilizados e devem ser desenvolvidos e validados para a medida de resultados fundamentados nos sintomas e não em sinais. São exemplos disso as escalas de verificação da dor frente ao uso de analgésicos. Os exames laboratoriais são, comumente, utilizados como parâmetros de monitorização pelas seguintes razões:

- 1) servem como referência basal (*baseline*) antes do início da farmacoterapia;
- 2) indicam o progresso em direção às metas terapêuticas;
- 3) orientam o ajuste de dose do medicamento em relação à função renal e hepática do usuário; e
- 4) podem indicar efeitos adversos e tóxicos, assim como doses subterapêuticas, dos medicamentos em uso (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

Nem todos os resultados da farmacoterapia, entretanto, podem ser descritos como sendo desfechos clínicos. Comumente, faz-se necessário atingir objetivos terapêuticos que vão além dos resultados clínicos mensuráveis pelo profissional. Os “desfechos humanísticos”, que estão inseridos no grande grupo dos “Desfechos Relatados pelo Paciente” (*Patient-Reported Outcomes*), são igualmente importantes e, em alguns casos, como para muitas condições crônicas, prioritários.

Abordaremos dois desses desfechos que podem ser considerados essenciais: a qualidade de vida e a satisfação dos usuários.

A qualidade de vida é um desfecho humanístico subjetivo e complexo, que surge da percepção do usuário sobre sua vida e sua saúde. A saúde é um fator importante da qualidade de vida, mas não é o único. Religião, empregabilidade, lazer, segurança pública, condição social, faixa etária, gênero, família, entre muitos outros fatores, também têm o poder de influenciar, de modo significativo, a qualidade de vida das pessoas. Por tudo isso, o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) é comumente empregado. Uma forma simples de medir a qualidade de vida é perguntando diretamente ao usuário, numa escala de zero a dez, como este a classificaria. Isso dá chance ao usuário de falar a respeito de sua visão da vida e abre ao profissional um mundo novo de possibilidades de cuidado.



### Ambiente Virtual

Para abordagens mais direcionadas, há diversos questionários validados, disponíveis no Brasil. Eles podem ser utilizados tanto para medidas genéricas, tais como o WHOQOL, o SF-36 e o Perfil de Saúde de *Nottingham*; e como para medidas específicas de doenças tais como diabetes *mellitus* (DQOL-Brasil) e hipertensão (Minichal).

Os instrumentos estão disponíveis na Biblioteca.

O tempo necessário para se observarem mudanças na qualidade de vida dos usuários, com o tratamento, pode ser variável, entretanto, são desejáveis melhorias, que possam ser sustentadas por longos períodos (avaliação a cada seis meses ou a cada ano).

A satisfação do usuário com seu tratamento e com o serviço de saúde também é um desfecho humanístico importante, o qual deve ser avaliado como uma meta geral do processo de cuidado em saúde. Assim como na qualidade de vida, há instrumentos validados para essa medida, disponíveis no Brasil, voltados a diversos contextos, como tratamentos (por exemplo, antidiabéticos) ou serviços específicos (por exemplo, serviços farmacêuticos) (CORRER *et al.*, 2009). Questões como acolhimento, vínculo profissional-usuário, estrutura do serviço e profissionalismo têm repercussão direta na satisfação com os serviços farmacêuticos. Os usuários percebem o quanto o farmacêutico está disposto a escutar, o quanto se compromete a ajudar, e isso também faz parte do cuidado e contribui para os efeitos terapêuticos.



Se você tiver interesse em conhecer um questionário validado para avaliação da satisfação dos usuários com os serviços farmacêuticos, recomendamos a leitura do artigo *Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do Pharmacy Services Questionnaire para o Brasil*, de Correr e colaboradores, publicado no periódico Cadernos de Saúde Pública. O artigo está disponível na Biblioteca.

O aspecto econômico da farmacoterapia também deve ser considerado um componente importante do impacto do tratamento sobre a vida do usuário e da sociedade. Juntamente com os desfechos clínicos e humanísticos, os custos do tratamento e o impacto deste sobre os custos de saúde compõem a tríade conhecida como modelo ECHO (*Economic – Clinical – Humanistic Outcomes*) (KOZMA, 1993).

No Brasil, particularmente para usuários idosos e polimedicados, os custos do tratamento podem ter grande impacto no orçamento familiar, comprometendo, muitas vezes, o acesso ao tratamento, à alimentação e ao lazer de qualidade, por exemplo. Além disso, a dificuldade de acesso a medicamentos é uma das causas mais comuns de abandono do tratamento.

Os custos de um tratamento devem ser analisados em conjunto com os resultados clínicos ou humanísticos, alcançados em um processo de seguimento de usuários. É fácil concluir que tratamentos altamente efetivos e de baixo custo são superiores a tratamentos caros e de baixa efetividade, embora, na prática clínica, nem sempre essas diferenças sejam tão claras.

Na literatura, há, basicamente, quatro tipos de estudos que comparam opções terapêuticas em relação a seus custos e consequências:

- análises de minimização de custos;
- custo-efetividade;
- custo-utilidade; e
- custo-benefício.

Se você possui interesse em conhecer melhor esses modelos de avaliação, há conteúdos específicos disponíveis na unidade de “Avaliação econômica de tecnologias em saúde”. Confira!

Até esse momento, você deve ter notado que a avaliação dos resultados terapêuticos representa uma parte essencial do processo de cuidado em saúde. Ainda que o senso comum indique serem essas responsabilidades exclusivas do médico, responsável direto pelo usuário, avaliar e otimizar os resultados terapêuticos para um usuário consiste em uma tarefa comum a toda a equipe de saúde e de grande interesse dos gestores. Afinal, todo o custo envolvido na aquisição e distribuição de medicamentos terá sido desperdiçado se os resultados, em termos de mudanças na saúde na população, não tiverem sido atingidos.

O seguimento farmacoterapêutico é um serviço farmacêutico inovador, que coloca o farmacêutico e, indiretamente, o gestor da assistência farmacêutica em contato mais próximo com o processo de cuidado e com os resultados do uso dos medicamentos. Por meio desse seguimento é possível identificar problemas relacionados à farmacoterapia, custosos do ponto de vista humano, social e financeiro, que, em um modelo tradicional de assistência farmacêutica, estariam ocultos.

A fim de aprofundar o conhecimento sobre esse assunto, é necessário discutirmos as escolas (modelos) mais importantes atualmente para esta nova prática.

### **Lição 3 – Métodos de seguimento farmacoterapêutico**

O objetivo de aprendizagem desta etapa é conhecer os principais métodos de seguimento farmacoterapêutico, utilizados para a documentação do cuidado farmacêutico. Acompanhe!

Os métodos de Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) mais citados e conhecidos na literatura internacional e no Brasil são o SOAP, o PWDT, o TOM e o Dáder. Na sequência, será apresentada a descrição desses métodos para, em seguida, apresentarmos as principais vantagens e desvantagens entre eles.

## SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano)

Este método é amplamente empregado por profissionais da saúde, tendo como ponto positivo seu fácil entendimento por qualquer desses profissionais (HURLEY, 2004; ROVERS *et al.*, 2003). Cada termo refere-se a uma parte do processo de atendimento do usuário, com atividades específicas a serem realizadas.

- **Dados subjetivos:** Nesta etapa do procedimento, devem ser registradas as informações obtidas do usuário ou cuidador ou, se for o caso, de históricos de prontuário, as quais não se constituem conhecimento objetivo. No caso da abordagem farmacêutica, deve-se buscar informações pertinentes a problemas com o uso de medicamentos e a relação destes com a enfermidade.
- **Dados objetivos:** Referem-se à obtenção de dados objetivos, como sinais vitais, resultados de exames de patologia clínica, achados de testes laboratoriais e de exame físico realizado pelo profissional habilitado para tal.
- **Avaliação dos dados:** Com base nos dados subjetivos e objetivos, o farmacêutico deve identificar as suspeitas de problemas relacionados com medicamentos. Após, deve verificar o que pode ser realizado para a resolução desses problemas e quais intervenções farmacêuticas que podem ser adotadas.
- **Plano:** De posse da análise das informações e do planejamento das condutas a serem realizadas, em conformidade com o perfil do usuário, o farmacêutico deve apresentá-las a este último, buscando o estabelecimento de um acordo para a implementação do plano. Caso os problemas relacionados com medicamentos necessitem da avaliação do prescritor, o usuário deverá ser informado dessa necessidade. Também deve-se estabelecer, em conjunto, a forma de realizar a monitorização dos resultados do plano a ser implementado, principalmente se houver novas modificações em prescrição de medicamento ou no quadro do usuário, instaurando-se, desta forma, o ciclo de atendimento.

## PWDT (*Pharmacist's Workup of Drug Therapy*) ou Estudo Farmacêutico da Terapia Farmacológica: Avaliação Sistemática da Farmacoterapia

Foi desenvolvido por Strand e colaboradores da Universidade de Minnesota (EUA) para utilização em farmácias comunitárias, sendo aplicável a qualquer usuário (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; HURLEY, 2004).

Possui como objetivos:

- a) avaliação das necessidades do usuário referentes a medicamentos e à implementação de ações, segundo os recursos disponíveis, para suprir aquelas necessidades; e
- b) realização de seguimento para determinar os resultados terapêuticos obtidos.

Para que essas atividades sejam realizadas, é necessário manter uma relação terapêutica otimizada entre farmacêutico e usuário, bem como considerar o caráter interativo do processo de cuidado do usuário. Seus principais componentes são:

- **Análise de dados:** É constituída por coleta de dados e caracterização de adequação, efetividade e segurança da farmacoterapia em uso. Procura caracterizar se esta é conveniente para as necessidades do usuário, com relação a fármacos, e identificar problemas relacionados com medicamentos que interfiram ou possam interferir nos objetivos terapêuticos.
- **Plano de atenção:** Levando em consideração os dados obtidos na análise, o farmacêutico deve resolver os problemas relacionados com medicamentos, estabelecendo objetivos terapêuticos e prevenindo outros possíveis problemas. Os objetivos terapêuticos devem ser claros, passíveis de aferição e atingíveis pelo usuário. Quando apropriado, o plano pode conter também informações sobre terapêutica não-farmacológica.
- **Monitorização e avaliação:** Quando da monitorização do plano de atenção, o farmacêutico deve verificar em que nível estão os resultados farmacoterapêuticos obtidos, reavaliando as necessidades do usuário frente a estes e se novas situações não estão em voga, como novos PRM ou novos problemas de saúde, tratados ou não.

Conforme o estabelecido no artigo *Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics*, podem-se identificar pelo menos sete passos fundamentais desse processo de seguimento (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998):

- 1) coletar e interpretar informações relevantes do usuário, com a finalidade de determinar se há problemas relacionados com medicamentos;
- 2) identificar problemas relacionados com medicamentos;



- 3) descrever os objetivos terapêuticos desejados;
- 4) descrever as alternativas terapêuticas possíveis e disponíveis;
- 5) selecionar e individualizar o tratamento mais adequado;
- 6) implementar a decisão terapêutica sobre o uso de medicamentos;
- 7) delinear o plano de monitorização para alcançar os resultados terapêuticos desejados.

O PWDT mudou de nomenclatura após a publicação do livro *Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide*, de Cipolle, Strand e Morley, em 2004, e passou a ser chamado de *Pharmacotherapy Workup* (PW).

### **TOM (*Therapeutic Outcomes Monitoring*) ou Monitorização de Resultados Terapêuticos**

Este método foi desenvolvido por Charles Hepler, na Universidade da Florida (EUA), para dar apoio às atividades do farmacêutico na prática, em nível comunitário (WHO, 1998). Deriva-se do PWDT, levando em consideração os achados de Lawrence Weed (GRAINGER-ROUSSEAU *et al.*, 1997). Compreende os passos a seguir:

- Coleta, interpretação e registro das informações relevantes sobre o usuário, identificando os problemas farmacêuticos potenciais. As informações dizem respeito ao uso de medicamentos, problemas de saúde, dados socioeconômicos e aspectos subjetivos e objetivos da expectativa do usuário frente sua própria doença.
- Identificação dos objetivos explícitos de cada prescrição, visando avaliar a evolução dos resultados terapêuticos frente ao uso dos medicamentos, como também orientar o usuário. Caso seja necessário, deve-se contatar o prescritor para esclarecer os objetivos.
- Avaliação da plausibilidade do plano terapêutico em relação aos objetivos da terapia, considerando as características do usuário, suas expectativas e seu poder aquisitivo. Ao se identificarem desvios importantes, estes devem ser levados ao conhecimento do prescritor.
- Desenvolvimento do plano de monitorização para o usuário, adaptado a protocolos padrões de tratamento, se possível para a doença específica e para o(s) medicamento(s) utilizado(s).

- Dispensação do medicamento, verificando o entendimento do usuário sobre a forma correta de utilização e instruindo-o para seu uso racional.
- Implantação de plano de monitorização, com agendamento de novo encontro.
- Avaliação da evolução do uso do medicamento em relação aos objetivos terapêuticos propostos, considerando, principalmente, a possibilidade de efeitos adversos e falha de tratamento.
- Resolução de problemas identificados ou, se for o caso, encaminhamento ou notificação destes para o prescritor.
- Revisão ou atualização do plano de monitorização feita quando necessário.

### Dáder: Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico

Foi desenvolvido pelo *Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica da Universidad de Granada* (Espanha) para ser utilizado em farmácias comunitárias, sendo aplicável a qualquer usuário.

Também segue as diretrizes propostas no PWDT, procurando tornar mais factível a coleta de dados do usuário, bem como possibilitar espaço de tempo para análise dos dados e aprendizagem. Os passos a serem realizados para sua execução são os que seguem (MACHUCA; FERNANDÉZ-LLIMÓS; FAUS, 2003):

- **Oferta do serviço:** Oferta do serviço ao usuário, agendando encontro e esclarecendo quais atividades o farmacêutico realiza. Caso seja de interesse do usuário, solicita-se que, no dia aprazado, ele traga todos os medicamentos que possui em casa e documentos referentes à sua saúde, tais como resultados de exames laboratoriais, diagnósticos médicos e outras informações.
- **Primeira entrevista:** Realiza-se coleta de informações sobre a história farmacoterapêutica do usuário, incluindo dados sobre preocupações e problemas de saúde, perguntas específicas sobre a utilização de cada medicamento e revisão de sistemas. Finaliza-se o encontro orientando o usuário quanto ao uso correto de alguns medicamentos, identificando aqueles que estão mal conservados ou que somente devem ser utilizados mediante prescrição médica, como, por exemplo, os antimicrobianos.

- **Análise situacional:** Busca-se identificar a relação entre problemas de saúde e uso de medicamentos citados pelo usuário. Pode ser dividida em fase de estudo e fase de avaliação. Na fase de estudo, o farmacêutico deve obter todas as informações necessárias para avaliação posterior da utilização de medicamentos e a relação destes com os problemas de saúde, além das características do usuário. Requer habilidades de busca e análise de informações técnicas. A fase de avaliação visa a identificação das suspeitas de problemas relacionados com medicamentos que o usuário pode estar experimentando. Essa identificação fundamenta-se nos achados da fase de estudo.
- **Fase de intervenção:** Tem por objetivos elaborar plano de atuação em acordo com o usuário e implantar as intervenções necessárias para resolver ou prevenir problemas relacionados com medicamentos. Esse plano é apresentado ao usuário em um segundo encontro.
- **Resultado da intervenção:** Objetiva determinar se o resultado desejado foi atingido. Funciona como a monitorização da intervenção proposta.
- **Nova análise situacional:** É realizada quando verificam-se mudanças de estado de saúde do usuário e utilização de medicamentos, após a intervenção.

Os métodos PWDT e Dáder pretendem facilitar a aprendizagem da realização do seguimento farmacoterapêutico de usuários. Esse enfoque resulta em uma documentação mais estruturada para o atendimento do usuário (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007), embora isso aumente o tempo dos encontros.

Atualmente, já estão disponíveis *softwares* para documentação de ambos os métodos descritos.

O método Dáder tem como ponto positivo a oportunidade de tempo para avaliação das informações em conjunto com a fase de estudo, propiciando análise mais criteriosa da literatura disponível, bem como a realização de 10 perguntas sobre a utilização de cada medicamento, na presença do usuário. Portanto, a abordagem inicial para a obtenção das informações é extensa, mas bastante completa.

Já, o PWDT possui muito bem desenvolvida a parte de planejamento dos cuidados a serem ofertados ao usuário. Tem como um de seus objetivos ser um “processo de pensamento que pretende servir como diretriz para a documentação das atividades clínicas e não simplesmente um formulário para ser completado pelo farmacêutico em cada entrevista” (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

O método SOAP não necessita de formulário específico, conseqüentemente, exigindo maior experiência do profissional na sua realização, pois não existem itens que sirvam de guia para os passos a serem realizados (HURLEY, 2004). As informações são registradas como texto livre e não são codificadas ou padronizadas. Portanto, a rotina de avaliação do farmacêutico sobre problemas e cuidados a serem implantados é fechada e desconhecida. O grande ponto positivo é a simplificação de documentação e registro, mesmo com a conseqüente dificuldade para consultas posteriores ou análises do plano proposto dentro de uma maneira estruturada e lógica (McANAW; McGREGOR; HUDSON, 2001). Isso ocorre, principalmente, em virtude de o método ter sido desenvolvido para diagnóstico médico e não para avaliação da farmacoterapia ou de problemas relacionados com medicamentos (HURLEY, 2004).

O método TOM é muito voltado para doenças específicas, necessitando de desenvolvimento de formulários para o tipo de atendimento que vai ser realizado (HURLEY, 2004; WHO, 1998). Há risco de não considerar o usuário de forma integral, mesmo que uma parte do formulário contemple esses dados. Por outro lado, facilita a análise quanto a uma enfermidade específica e serve de diretriz para as atividades focadas em uma doença. Outro fator positivo é a medida dos resultados terapêuticos e de qualidade de vida do usuário.

Todos os modelos apresentam uma ou mais deficiências. A utilização de métodos mais prolixos deve ser realizada em uma fase de treinamento ou em ensaios clínicos (HURLEY, 2004), pois o detalhamento do método pode ajudar os inexperientes a internalizar mais completamente os aspectos do processo farmacêutico e, também, padronizar o processo em atividades de pesquisa.

É essencial que, na introdução do método, seja possível obter, adequadamente, as informações necessárias referentes ao uso de medicamentos e às preocupações de saúde e enfermidades do usuário, bem como seu perfil sociocultural e econômico. Na seqüência,

deve-se conseguir organizar adequadamente essas informações para identificar os problemas relacionados com medicamentos e suas causas, propiciando, dessa forma, conclusões adequadas e o estabelecimento de um plano de intervenção a ser acordado com o usuário. Subsequentemente, deve-se proceder à monitorização do plano e, quando necessário, reiniciar o processo.

A escolha do método a ser utilizado depende da formação e da prática profissional.

Deve-se iniciar com métodos mais detalhados e que propiciem suporte à prática do seguimento farmacoterapêutico. Com o passar do tempo e com o desenvolvimento de habilidades, podem-se utilizar processos mais simples, desde que não se perca a qualidade do atendimento ao usuário. Por outro lado, os métodos mais detalhados permitem uma melhor condução do processo, provavelmente, reduzindo erros de medicação, passíveis de ocorrer em métodos mais flexíveis.



#### Link

Sugerimos leituras de artigos científicos que utilizam as metodologias descritas nesta unidade:

- **Pharmacotherapy Workup: Pharmaceutical Care Practice** - Relato de caso: acompanhamento de paciente diabético hospitalizado, de Aranha e colaboradores. Disponível em:

<http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/Pharmaceutical%20Care%20Practice%20Pacientes%20DM%20hospitalizados.pdf>

- **Método Dáder**: Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes melito tipo 2 em farmácias comunitárias, de Correr e colaboradores. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n7/06.pdf>



## Ambiente Virtual

Na Biblioteca, você poderá encontrar um exemplo de formulário de atendimento utilizado pelo Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esse formulário é decorrente da adaptação do Método Dáder no atendimento a usuários do Ambulatório de Hipertensão do Serviço de Cardiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual atende usuários, encaminhados da atenção primária em saúde por não terem conseguido atingir os resultados terapêuticos desejados.

Na próxima lição, abordaremos o processo completo do seguimento farmacoterapêutico de uma forma prática. Para esta etapa do aprendizado, vamos nos permitir utilizar ferramentas apresentadas em todos os métodos descritos anteriormente.

### **Lição 4 – Realizando o seguimento farmacoterapêutico do início ao fim**

Nesta etapa de estudos, o objetivo é aplicar o seguimento farmacoterapêutico em um cenário real de atendimento ambulatorial. Acompanhe!

Nesta lição, abordaremos o ciclo do seguimento farmacoterapêutico do início ao fim, tendo como suporte alguns vídeos que mostram, na prática, como o farmacêutico pode realizar a primeira entrevista com o usuário e os atendimentos de retorno. Esses vídeos foram produzidos pelo Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e se baseiam em uma adaptação do método Dáder de seguimento farmacoterapêutico.

Nós recomendamos que você leia todo o material antes de assistir aos vídeos. Ao final desta unidade, será proposta uma avaliação envolvendo o caso clínico apresentado no vídeo. Por isso, enquanto estiver assistindo a eles, faça anotações e procure compreender o caso clínico proposto. Poderá ser necessário assistir aos vídeos mais de uma vez, a fim de reconhecer seus detalhes.

Por questões didáticas, não seguiremos, fielmente, nenhum dos métodos clínicos descritos na lição anterior, mas utilizaremos elementos presentes em todos eles (HURLEY, 2004; WHO, 1998; HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004). Desse modo, organizaremos o método clínico para o seguimento farmacoterapêutico em quatro etapas:

- 1) acolhimento do usuário, coleta e organização de dados;
- 2) avaliação e identificação de problemas relacionados com a farmacoterapia;
- 3) delineamento de um plano de cuidado, em conjunto com o usuário;
- 4) seguimento individual do usuário.

### Acolhimento do usuário, coleta e organização de dados do usuário

O cuidado farmacêutico tem início com a coleta de dados do usuário. Esta é feita por meio de uma **anamnese farmacêutica**<sup>2</sup> em que o usuário é a principal fonte das informações.

Além do relato que o usuário faz sobre sua própria saúde, sobre seus problemas médicos e tratamentos em curso, outras informações podem ser obtidas de familiares e cuidadores ou até mesmo de outros profissionais da saúde. São indispensáveis, ainda, os dados advindos de exames clínicos, laboratoriais, prescrições médicas, entre outros documentos pertencentes ao histórico clínico do usuário.

Quando o atendimento é agendado, ajuda muito pedir ao usuário que leve as receitas médicas, os medicamentos que usa e os exames que fez. A entrevista clínica é focada no perfil do usuário, na história clínica e de medicamentos, bem como na experiência do usuário com medicamentos. A história clínica pode incluir o motivo da consulta, a história da doença atual, a história médica pregressa, a história social, familiar e a revisão por sistemas. A história medicamentosa inclui os medicamentos em uso, as plantas medicinais, o uso pregresso de medicamentos, o histórico de alergias, as reações adversas a medicamentos e a experiência de medicação do usuário.

O farmacêutico deve buscar conhecer todos os medicamentos em uso pelo usuário, incluindo suas indicações, o regime terapêutico (dose, via de administração, frequência e duração) e a resposta (efetividade e segurança).

2 Anamnese farmacêutica é entendida como o procedimento de coleta dos dados sobre o usuário, realizada pelo farmacêutico por meio de entrevista clínica, com a finalidade de conhecer a história de saúde do entrevistado, elaborar o perfil farmacoterapêutico e identificar as necessidades relacionadas a medicamentos.

Tão importante quanto os medicamentos prescritos são aqueles usados por automedicação, plantas medicinais, suplementos vitamínicos e vacinas, normalmente pouco valorizados pelos usuários como medicamentos.

Esta abordagem deve ser feita valorizando o conhecimento do usuário, sua percepção dos problemas, sua cultura e condição social e como os medicamentos se encaixam em sua rotina de vida, seus horários e seus hábitos.

Nesta fase inicial do seguimento farmacoterapêutico, é essencial ao farmacêutico compreender a experiência de medicação relatada pelo usuário, a qual é fundamental na tomada de decisões clínicas. Nessa experiência, incluem-se as atitudes, os desejos, as expectativas, os receios, o entendimento e o comportamento do usuário com relação aos medicamentos. A adesão terapêutica só pode ser entendida de forma segura com essa aproximação e, a partir dela, será possível orientar o usuário quanto ao melhor uso que pode ser feito dos medicamentos.

As informações sobre o usuário, organizadas pelo farmacêutico durante a entrevista, devem compor uma “foto” do usuário, conhecida como **estado situacional**.

O estado situacional, também chamado de perfil farmacoterapêutico, consiste na relação completa dos problemas de saúde e de toda farmacoterapia, de modo que se conheçam, detalhadamente, os medicamentos em uso e as condições clínicas do usuário, não tratadas.

Nessa “foto” inicial deve ser possível, também, avaliar os resultados terapêuticos obtidos até o momento. O estado situacional é a base de informações sobre a qual o farmacêutico realizará a revisão da farmacoterapia e a identificação de problemas do usuário relacionados à farmacoterapia, etapas essas que compõem a próxima etapa do método clínico.



## Avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia

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

A definição do que vem a ser um problema relacionado à farmacoterapia é controverso na literatura internacional. Vários termos são utilizados em português como sinônimos, entre eles “problemas relacionados aos medicamentos (PRM)”, “problemas farmacoterapêuticos” ou “resultados negativos da medicação (RNM)”. Este último consiste numa nova abordagem da questão, proposta no III Consenso de Granada, que busca diferenciar os problemas ocorridos no processo de uso dos medicamentos das falhas nos resultados da farmacoterapia.



### Ambiente Virtual

Para obter mais informações sobre o III Consenso de Granada, leia o artigo *Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM)*, disponível na Biblioteca. Essa é uma leitura obrigatória e importante para a compreensão do conteúdo abordado nesta unidade.

O III Consenso de Granada propôs a substituição do termo “Problemas Relacionados com Medicamentos” por “Resultados Negativos da Medicação”, sendo estes entendidos como “resultados de saúde não adequados ao objetivo da farmacoterapia e associados ao uso ou à falha no uso de medicamentos”.

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



#### Link

Obtenha outras informações e conheça mais sobre a Rede Europeia de Atenção Farmacêutica, acessando o endereço: <http://www.pcne.org/>

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica também traz uma definição para problemas relacionados aos medicamentos (PRM): “Um problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do paciente” (IVAMA *et al.*, 2002). O PRM é real, quando manifestado, ou potencial, quando há risco de sua ocorrência. Pode ter origem por diferentes causas, tais como as relacionadas ao sistema de saúde, ao usuário e seus aspectos biopsicossociais, aos profissionais de saúde e ao medicamento. Segundo o consenso brasileiro, a identificação de PRM segue os princípios de necessidade, efetividade e segurança, próprios da farmacoterapia.



#### Ambiente Virtual

Aprofunde seus conhecimentos sobre o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, acessando o documento *Proposta – Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica* da OPAS. O material está disponível na Biblioteca. Essa é uma leitura obrigatória, importante para aprofundamento e compreensão do tema.

O trabalho pioneiro sobre problemas relacionados aos medicamentos foi publicado no início dos anos 1990, por Strand e colaboradores, e segue sendo até hoje o conceito mais difundido sobre o tema. Atualmente, esses autores definem esses problemas como “qualquer evento indesejável vivenciado pelo usuário que envolva a farmacoterapia e que interfere com o alcance das metas terapêuticas do tratamento”

(STRAND *et al.*, 1990). Um problema do usuário, relacionado à farmacoterapia, sempre possui três componentes principais:

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

O Quadro 1, a seguir, traz as classificações de PRM do Terceiro Consenso de Granada e de Cipolle, Strand e Morley (2004).

Quadro 1 - Classificações de PRM/RNM selecionados.

CLASSIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS COM MEDICAMENTOS (PRM), SEGUNDO CIPOLLE, STRAND E MORLEY	CLASSIFICAÇÃO DE RESULTADOS NEGATIVOS DA MEDICAÇÃO (RNM), DE ACORDO COM O III CONSENSO DE GRANADA
<b>Indicação</b>	<b>Necessidade</b>
Farmacoterapia desnecessária. Necessidade de farmacoterapia adicional.	Problema de saúde não tratado. Efeito de um medicamento desnecessário.
<b>Efetividade</b>	<b>Efetividade</b>
Fármaco inefetivo. Dosagem muito baixa.	Inefetividade não quantitativa. Inefetividade quantitativa.
<b>Segurança</b>	<b>Segurança</b>
Reação adversa ao fármaco. Dosagem muito alta.	Insegurança não quantitativa. Insegurança quantitativa.
<b>Adesão</b>	
Não adesão à terapia.	

Apesar da ausência de um conceito universalmente aceito para o tema, todos os conceitos apresentados são muito semelhantes e partem de problemas de saúde vivenciados pelo usuário, que podem ser causados ou tratados pela farmacoterapia. Além disso, os princípios básicos ligados à farmacoterapia, ao processo de uso de medicamentos e aos seus efeitos terapêuticos sobre o usuário são muito bem compreendidos (consulte a Figura 1 da Lição 2 para lembrar).

A avaliação sistemática da farmacoterapia deve considerar a **necessidade, efetividade e segurança de todos os medicamentos em uso pelo usuário e de sua adesão ao tratamento**. Isto é, deve considerar todas as necessidades ligadas aos medicamentos apresentadas pelo usuário.

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

A **efetividade** da farmacoterapia é a expressão dos efeitos benéficos do tratamento sobre o usuário. A farmacoterapia é considerada efetiva quando conduz ao alcance das metas terapêuticas previamente estabelecidas. A fim de determinar essas metas, o farmacêutico deverá considerar a indicação do medicamento, seu regime terapêutico e o tempo transcorrido do início do uso, necessário para o alcance das metas.

A **segurança** da farmacoterapia consiste na expressão dos efeitos prejudiciais do tratamento sobre o usuário. Um medicamento pode ser considerado seguro quando não causa um novo problema de saúde no usuário, nem agrava um problema de saúde já existente. As Reações Adversas aos Medicamentos (RAM) e a toxicidade são os problemas mais comuns relacionados à segurança da farmacoterapia.

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

Vários fatores podem influenciar a adesão do usuário ao tratamento, entre eles o acesso aos medicamentos, condições socioeconômicas e culturais, conhecimento sobre os medicamentos, capacidade cognitiva, complexidade da farmacoterapia, aspectos religiosos, expectativas e medos ligados ao tratamento, melhora ou agravamento da condição clínica, entre outros.

Na prática do seguimento farmacoterapêutico, a adesão terapêutica pode ser, adequadamente, avaliada a partir de uma revisão detalhada de como o usuário faz uso dos medicamentos e de sua experiência medicamentosa. A responsabilidade do profissional, neste caso, será compreender a dimensão da adesão do usuário ao tratamento e trabalhar a fim de que ela não seja um problema.

Essas quatro dimensões (necessidade, efetividade, segurança e adesão) permitem ao farmacêutico avaliar os medicamentos em uso pelo usuário em toda sua complexidade e o conduzirão à detecção de riscos ou problemas relacionados à farmacoterapia manifestados. As quatro dimensões devem ser sistematicamente avaliadas.

É comum aos farmacêuticos entender a necessidade da farmacoterapia e a adesão terapêutica como dimensões ligadas ao processo do uso dos medicamentos. Por outro lado, a efetividade e segurança são a expressão dos efeitos da farmacoterapia sobre o estado de saúde do usuário, refletindo-se em desfechos de saúde. Na mesma lógica, os erros de medicação constituem desvios ou falhas ocorridas no processo de uso dos medicamentos, principalmente enquanto estes estão sob responsabilidade da equipe de saúde, e podem conduzir a falta de efetividade ou segurança da farmacoterapia.

Boas fontes de informação terciária <sup>3</sup> sobre medicamentos são livros e compêndios que possuam informação atualizada, completa, confiável e aplicável. No Brasil, há consenso de que os bulários, normalmente encontrados nas farmácias, não atendem às condições necessárias e não têm qualidade suficiente para a prática do seguimento farmacoterapêutico.

Diretrizes Clínicas são documentos de orientação <sup>4</sup> da conduta profissional baseados nas melhores evidências científicas, normalmente elaborados por entidades médicas e científicas.

Para realizar uma adequada avaliação da farmacoterapia, o farmacêutico deve possuir uma base sólida de conhecimento em farmacoterapia e sobre o manejo de condições agudas e crônicas. O caráter generalista da prática farmacêutica faz com que a atualização e a educação permanente sejam parte do seu cotidiano. É fundamental possuir acesso a boas **fontes de informação**<sup>3</sup> sobre medicamentos e às **diretrizes clínicas**<sup>4</sup>.

Uma boa prática clínica deve se basear nas necessidades específicas dos usuários, nas melhores evidências disponíveis e na experiência do profissional para a tomada de decisões, que maximizem as chances de benefícios ao usuário.

### Delineamento de um plano de cuidado em conjunto com o usuário

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

O objetivo do plano de cuidado, ou plano de intervenções, é determinar, em conjunto com o usuário, como manejar, adequadamente, seus problemas de saúde, utilizando a farmacoterapia, e estabelecer tudo o que deve ser feito para que o plano seja cumprido.

O Plano de cuidado será composto de três partes: metas terapêuticas, intervenções voltadas aos problemas relacionados à farmacoterapia e o agendamento das avaliações de seguimento.

Elaborar um plano de cuidado requer tomada de decisões clínicas. É altamente recomendável a utilização de um **modelo de decisões compartilhadas centrado no usuário**. Envolver o usuário aumenta a adesão terapêutica, dá maior suporte ao autocuidado, além de aumentar as chances de manutenção de resultados terapêuticos positivos a longo prazo.

Definir as **metas terapêuticas** consiste, portanto, em um trabalho de negociação entre farmacêutico e usuário. Para medicamentos prescritos, pode, ainda, ser necessário conversar com o prescritor,

caso haja dúvida sobre as metas terapêuticas a serem atingidas com algum tratamento. De modo geral, o que o farmacêutico precisa ter em mente é que devem ser definidas metas claras para toda a farmacoterapia e não apenas para medicamentos indicados pelo farmacêutico ou para problemas relacionados à farmacoterapia.

Na prática, há dois componentes essenciais que precisam ser definidos para cada meta terapêutica:

- 1) Os parâmetros clínicos e/ou laboratoriais mensuráveis, que serão utilizados para medir o resultado. Esses podem ser sinais ou sintomas observáveis pelo profissional e pelo usuário e/ou por exames laboratoriais com valores de referência a serem alcançados.
- 2) O prazo definido para alcance dos resultados. Esse prazo deve levar em consideração o tempo esperado para que se produzam as primeiras evidências de efeitos e o tempo necessário para obtenção de uma resposta completa da farmacoterapia.

Uma vez que todas as metas terapêuticas estão claras e definidas, são delineadas as **intervenções farmacêuticas** necessárias. Entende-se como intervenção farmacêutica o “ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas relacionados à farmacoterapia e garantir o alcance das metas terapêuticas” (SABATER *et al.*, 2005). Cada intervenção deve ser individualizada de acordo com a condição clínica do usuário, suas necessidades e problemas relacionados à farmacoterapia. O delineamento de uma intervenção deve considerar as opções terapêuticas disponíveis e deve ser feito em colaboração com o usuário e, quando apropriado, com seu familiar, cuidador ou médico responsável. Além disso, todas as intervenções devem ser documentadas.

Quando a intervenção envolve modificação de medicamentos prescritos será necessário **contatar o prescritor**.

Em princípio, a substituição, adição ou modificação do regime posológico de medicamentos prescritos não deve ser feita sem anuência do prescritor. Esse contato pode ser feito, basicamente, de três maneiras:

- 1) contato pessoal ou telefônico;
- 2) envio de carta escrita ao prescritor; ou
- 3) orientação ao usuário para que converse com o médico sobre a necessidade de alteração.

Cada uma dessas três estratégias pode ser mais ou menos adequada, dependendo de cada caso. Para serviços generalistas, voltados a usuários de todas as idades, o contato com o prescritor do medicamento faz-se necessário entre 20% e 25% dos casos apenas. Em práticas mais especializadas, voltadas a usuários crônicos, esse contato não passa de 50%. De modo geral, a maioria dos problemas relacionados à farmacoterapia podem ser negociados e resolvidos diretamente entre farmacêutico e usuário, por tratarem-se de problemas ligados ao comportamento do usuário e à necessidade de orientação. Reforçamos a importância do contato com o prescritor todas as vezes que o problema exigir modificações na prescrição.

O último passo na elaboração do plano de cuidado é definir o prazo necessário para que o usuário volte à consulta farmacêutica e qual será a frequência dessas consultas, a fim de se avaliar os resultados da farmacoterapia e das intervenções ao longo do tempo. Este passo corresponde ao **agendamento para as avaliações de seguimento** do usuário. O tempo que deve transcorrer entre as consultas depende de muitos fatores, entre os quais o prazo necessário para que se observem os resultados da farmacoterapia, em termos de efetividade e segurança. Para usuários com quadros mais graves ou problemas relacionados à farmacoterapia de maior complexidade, o seguimento deverá ser feito mais amigável. Para usuários que não apresentam problemas relacionados à farmacoterapia, o seguimento deve ter por objetivo manter as condições de alcance das metas terapêuticas e prover cuidado contínuo ao usuário. Dependendo da demanda de serviços farmacêuticos, os encontros ficam condicionados a própria agenda do farmacêutico. Por esse fato, o farmacêutico também deve planejar sua capacidade de atendimento aos usuários do sistema de saúde.

### Seguimento individual do usuário

Entre todas as etapas do processo de seguimento farmacoterapêutico, o seguimento individual do usuário e a avaliação dos resultados terapêuticos obtidos é seguramente a fase mais importante. Cipolle, Strand e Morley (2004) chegam a afirmar em seu guia: “se não houve seguimento, não houve atenção farmacêutica”. De fato, o seguimento dos resultados obtidos após a implantação do plano de



cuidado é que faz do seguimento farmacoterapêutico uma prática orientada ao usuário e aos resultados da farmacoterapia, mais do que ao processo de uso de medicamentos.

Charles Hepler (2004), um dos mais importantes pensadores da farmácia do século XX, afirma que a ausência de seguimento consiste na principal falha do sistema de saúde atual e que a frequência das consultas médicas, raramente, é ditada pelo tempo da farmacoterapia, motivos esses, altamente, relacionados ao surgimento de eventos adversos, ligados aos medicamentos. No Brasil, Mendes (2010) aponta, como um dos principais problemas do sistema de saúde, a orientação do modelo de atenção às condições agudas, em detrimento da atenção às condições crônicas, que deve se basear na continuidade, no seguimento e no suporte ao autocuidado.

Três atividades essenciais compõem a etapa de seguimento do usuário: avaliação dos resultados terapêuticos e evolução clínica do usuário; avaliação do alcance das metas terapêuticas; e identificação de novos problemas.

Nas consultas de retorno, o farmacêutico terá a possibilidade de verificar as mudanças de comportamento do usuário, da prescrição médica, dos exames laboratoriais e dos relatos do usuário sobre seus sintomas. Para cada indicação, um plano de cuidado, com metas terapêuticas definidas, medidas não-farmacológicas e farmacoterapia específicas. Para cada plano de cuidado, um prazo determinado de seguimento e a observação clínica de mudanças em sinais, sintomas, exames laboratoriais e na percepção do usuário sobre sua saúde (desfechos).



Agora, apresentaremos dois vídeos que mostram como pode ser realizada a primeira entrevista com o usuário no seguimento farmacoterapêutico e a consulta de retorno (segundo atendimento). Aconselhamos que você assista ao vídeo todo, do início ao fim, e faça anotações sobre o caso clínico que é apresentado. No vídeo referente à segunda entrevista, observe como o farmacêutico constrói um plano de cuidado em colaboração com o usuário e cria bases para que os problemas relacionados com os medicamentos sejam equacionados, possibilitando, assim, o início do monitoramento da evolução do usuário.

- **Vídeo 1** - *Seguimento: Primeiro encontro* (parte 1, 2 e 3)

- **Vídeo 2** - *Seguimento: Segundo encontro* (parte 1 e 2)

Esses vídeos foram produzidos pelo Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica (GPDAF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para o Curso “Farmacêuticos na APS – Construindo uma relação integral”.

Acesse o AVEA e confira!

## Lição 5 – Tornando o seguimento farmacoterapêutico uma realidade

O objetivo de aprendizagem desta lição é descrever as condições de estrutura e processo necessárias para incorporação desta atividade na atenção primária à saúde. Acompanhe!

A gestão da assistência farmacêutica precisa, definitivamente, integrar, de forma articulada, entre suas diversas responsabilidades: os produtos e serviços, a disponibilização e o uso dos medicamentos, os resultados logísticos, clínicos e sociais. Essas ações, ainda que devam se retroalimentar e reavaliar a partir de dados sobre a efetividade dos serviços, da farmacovigilância e de estudos de utilização de medicamentos, caracterizam-se pela ausência de enfoque clínico. As ações assistenciais que compõem o SFT, por outro lado, visam garantir que os cuidados, envolvendo o uso do medicamento, não se encerrem no ato da entrega dos produtos, pois essas ações devem estar integradas às rotinas dos serviços de saúde e ao trabalho da equipe de saúde como um todo.

As ações, atividades e tarefas, aqui preconizadas, estão consubstanciadas pelo novo perfil profissional farmacêutico, assegurado pelos marcos referenciais do atual modelo de política de medicamentos e assistência farmacêutica, que estabelece que este desenvolva as seguintes competências e habilidades (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011):

- 1) conhecer as políticas de saúde pública;
- 2) planejar e executar as ações de gestão da assistência farmacêutica técnica e gerencial;
- 3) integrar equipes multiprofissionais de saúde;
- 4) selecionar medicamentos, analisando os parâmetros clínicos, epidemiológicos, de qualidade, farmacológicos, de custos e legais;
- 5) ter a ética como parte da sua prática profissional;
- 6) entender da legislação farmacêutica;
- 7) orientar o usuário em relação ao armazenamento, aos efeitos indesejáveis, às interações e às interferências de medicamentos;
- 8) ser capaz de analisar uma prescrição do ponto de vista legal, farmacocinético e farmacodinâmico;
- 9) gerir e administrar estabelecimentos farmacêuticos;
- 10) monitorar e avaliar a evolução do tratamento farmacológico de seus usuários;
- 11) atuar como fonte de informação fidedigna sobre medicamentos, disponibilizando informações sobre medicamento aos pesquisadores, profissionais da área de saúde e à comunidade.

Como afirmam Correr, Otuki e Soler (2011), sabe-se que a estruturação de uma estratégia, como a implantação do SFT, nos serviços, encontrará dificuldades inerentes a qualquer processo de inovação.

Cumpra registrar que será necessário superar limitações relacionadas com estrutura, organização, sistematização das atividades, treinamento dos auxiliares de farmácia, informatização e rede, gestão de suprimentos, prontuários eletrônicos, dificuldade de retorno de informação para o médico e à equipe de saúde, bem como o registro de produtividade. Além disso, somente farmacêuticos com treinamento específico em seguimento farmacoterapêutico devem realizar esse ato. Caso você queira iniciar, deve estar preparado e começar com poucos usuários, estudando profundamente cada caso e discutindo a situação clínica com os outros membros da equipe de saúde, se possível.

A integração dos farmacêuticos às equipes de saúde não é um processo fácil e rápido. Alguns obstáculos terão que ser transpostos por meio de treinamentos específicos e muito trabalho. Pelo menos três momentos representarão desafios a serem superados, e que já podem ser considerados como componentes a serem trabalhados:

- O primeiro obstáculo será a compreensão do novo papel do farmacêutico pelos membros das equipes, o qual poderá ser superado por meio da apresentação, do esclarecimento e da sensibilização dos trabalhadores envolvidos, possibilitando uma aproximação entre os distintos atores. Ao compreender a importância das ações propostas, os agentes comunitários de saúde – ACS serão os principais aliados.
- O segundo obstáculo será a superação das carências na formação dos próprios farmacêuticos, a exemplo das dificuldades na abordagem aos usuários, especialmente na comunicação com os idosos e suas dificuldades de adesão ao tratamento, entre outras. A realização de treinamento específico para os farmacêuticos, com a participação de profissionais experientes, é fundamental para que se aperfeiçoem, conquistando a confiança, a cumplicidade e empatia dos usuários.
- O terceiro obstáculo será a insegurança na interlocução com os profissionais prescritores, em especial os médicos. Grupos operativos/educativos periódicos, para a estruturação e discussão de protocolos clínicos e socialização das informações sobre o monitoramento e avaliação de usuários, podem minimizar esse problema e facilitar sua interlocução.

## Falando em gestão

Como você avalia as condições atuais dos serviços onde atua para que o seguimento farmacoterapêutico seja uma realidade?

É provável que você, rapidamente, elenque uma série de barreiras. Mas, vamos pensar em como os instrumentos de gestão, já abordados durante todo o Curso, podem ajudar a criar condições mais favoráveis para a estruturação desses serviços farmacêuticos. Com certeza, ter dados de avaliações sobre os resultados do uso dos medicamentos, dos seus problemas, dos custos que representam para o próprio serviço, do impacto sobre os indicadores de saúde da população, são instrumentos importantes para a argumentação e negociação de novos patamares para os serviços farmacêuticos. Trazer o assunto à tona no âmbito dos próprios serviços, das reuniões, das atividades com a população, com os conselhos de saúde, também reforçam as condições para que, reconhecido e lembrado, o serviço entre na pauta da gestão e da sociedade. Vamos pensar sobre isso?

Por fim, processos de investigação, no que tange ao desenvolvimento e à aplicação de tecnologias para a gestão clínica dos medicamentos, são prementes. Entre as lacunas estão o desenvolvimento de **ferramentas de estratificação do risco relacionado ao uso dos medicamentos**, necessárias para organizar a seleção de usuários e a oferta de serviços nos territórios; de **modelos lógico-conceituais de serviços farmacêuticos clínicos**, embasados por evidência e validados para a realidade brasileira; e de **indicadores de qualidade mensuráveis**, que possam ser aplicados para a avaliação e acreditação dos serviços farmacêuticos clínicos.

Não existe uma fórmula pronta para a incorporação do SFT nos serviços. Isso depende do nível de estruturação de toda gestão da assistência farmacêutica, da disponibilidade de farmacêutico para atuar, diretamente, junto ao usuário (na Atenção Primária à Saúde, na Estratégia de Saúde da Família ou via Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e, principalmente, depende da competência clínica e da formação deste profissional, que o fará capaz de intervir, de maneira adequada e significativa, junto à forma como o medicamento é utilizado pela equipe de saúde e pela população.

O conteúdo abordado nesta unidade visou esclarecer informações importantes sobre os modelos de seguimento farmacoterapêutico, oferecendo um ponto de partida para a construção desta competência. Espera-se que você seja capaz, a partir das informações contidas na unidade, de compreender o que é SFT e perceber como esta

atividade poderia se encaixar na rotina atual, ou quais mudanças (sutis, moderadas ou extraordinárias) devem ser promovidas a fim de que o uso racional de medicamentos deixe de ser um discurso e passe a ser parte da produtividade dos serviços de saúde.



#### Ambiente Virtual

Concluímos os estudos desta unidade. Acesse o AVEA e confira as atividades propostas. Bons estudos!

### Análise crítica

O seguimento farmacoterapêutico (SFT) tem o potencial de agregar grande valor à assistência farmacêutica, aumentando a eficiência e a resolubilidade do uso de medicamentos. O Brasil, entretanto, enfrenta, em muitos municípios e estados, desafios de ordem estrutural e de competências que estão na base da organização da assistência farmacêutica, o que faz com que o SFT pareça ser algo distante da realidade. É evidente, por outro lado, que naqueles municípios e estados onde os serviços farmacêuticos e o acesso aos medicamentos estão bem resolvidos, a implantação de SFT passe a ser uma prioridade de gestão. Um ponto crítico, que deve estar claro para qualquer gestor, é que o SFT é um serviço clínico de alta complexidade e baixa densidade tecnológica, que exige profissionais com treinamento adequado e alta competência clínica. É improvável que um farmacêutico plenamente envolvido na gestão técnica do medicamento ou na dispensação tradicional de medicamentos encontre tempo ou consiga a dedicação necessária para se integrar à equipe de saúde e atuar no cuidado dos usuários. Assim, o SFT pode ser visto como o próximo passo necessário da integração dos serviços farmacêuticos ao processo de cuidado em saúde. Isso, certamente, exigirá uma nova geração de farmacêuticos clínicos, capazes de participar da equipe de saúde de forma plena e de se relacionarem com a gestão da assistência farmacêutica, de modo a aumentar a eficiência do processo de uso de medicamentos.

## Referências

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. Supl, p.733-736, 2008.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice**. New York: McGraw-Hill, 1998.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 2004.

CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; MELCHORS, A. C.; SOUZA, R. A. P.; ROSSIGNOLI, P.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do Pharmacy Services Questionnaire para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p.87 - 96, 2009.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CORRER, C. J.; OTUKI, M.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: da gestão técnica à gestão clínica do medicamento. Material não publicado [submetido]. 2011.

FERNÁNDEZ-LLIMOS, F., *et al.* Morbidity and mortality associated with pharmacotherapy. Evolution and current concept of drug-related problems. **Curr Pharm Des**, v. 10, n. 31, p. 3947-67, 2004.

FUCHS, F.D.; WANMACHER, L; FERREIRA, M.B.C. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da terapêutica racional** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

GRAINGER-ROUSSEAU, T. J.; MIRALLES, M. A.; HEPLER, C. D.; SEGAL R; DOTY, R. E.; BEN-JOSEPH, R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. **J Am Pharm Assoc**, v. 37, n. 6, p. 647-61, 1997.

HEPLER, C. D., GRAINGER-ROUSSEAU, T. J. Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? **Drugs**, v. 4, n. 1, p. 110, 1995.

HEPLER, C. D. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. **Pharmacotherapy**, v. 24, n. 11, p. 1491-8, 2004.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in the pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm**, v. 47, p. 533-543, 1990.

HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S.; DÁDER, M. J. F. **Guía de seguimiento farmacoterapéutico**. 3. ed. Granada: GIAF-UGR, 2007.

HURLEY, S.C. A method of documenting pharmaceutical care utilizing pharmaceutical diagnosis. College of Pharmacy, Idaho State University. Disponível em: <<http://www.otc.isu.edu/~hurley/phmdrome.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2004.

IVAMA, A. M., *et al.* **Proposta – Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.

KOZMA, C. M. Economic, Clinical, and Humanistic Outcomes: A Planning Model for Pharmacoeconomic Research. **Clinical Therapeutics**, v. 15, n. 6, p. 1121-1132, 1993.

MACHUCA, M.; FÉRNANDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. J. **The Dáder Method: a guide for pharmacotherapy follow-up**. Granada: Universidad de Granada; 2003. 46 p.

McANAW, J. J., MCGREGOR, A. M., HUDSON, S.A. The pharmaceutical care of patients with hypertension: an examination of service models in primary care in the US. **Pharm World Sci**, Hague, v. 23, n. 5, p. 189-194, 2001.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MOTA, D. M.; SILVA, M. G. C. da; SUDO, E. C.; ORTUN, V.. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. supl, p. 589-601, 2008.

ROVERS, J. P., *et al.* **A practical guide to pharmaceutical care**. Washington: American Pharmaceutical Association, 2003. 316 p.

SABATER, D., *et al.* Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. **Seguimiento Farmacoterapéutico**, v. 3, n. 2, 2005.

STRAND, L. M., *et al.* Drug-related problems: their structure and function. **DICP**, v. 24, n. 11, p. 1093-7, 1990.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pharmacy based asthma services: protocol and guidelines**. Copenhagen: WHO, 1998. 131p.



## **Autores**

### **Cassyano Januário Correr**

Cassyano Januário Correr possui graduação em Farmácia pela Universidade Estadual de Londrina (1998); especialização em Gerontologia pela Universidade Tuiuti do Paraná (2002); mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (2004); doutorado em Medicina Interna (Diabetes) pela Universidade Federal do Paraná (2008) e Pós-Doutorado em Sócio-Farmácia pela Universidade de Lisboa, Portugal (2012). Atualmente, é Professor Adjunto do Departamento de Farmácia, pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Paraná e do Programa Interinstitucional de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em uso racional de medicamentos, avaliação de tecnologias em saúde, farmacoeconomia, atenção farmacêutica e atenção primária à saúde.

<http://lattes.cnpq.br/7940594759624092>

### **Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat**

Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat é graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1977), mestra em Farmácia Clínica pela *School of Pharmacy University of London* (1994), doutora em Medicina e Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (2006). Professora Associada III do Departamento do Medicamento da Universidade Federal da Bahia, das disciplinas de Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica, Farmácia Hospitalar, e coordenadora do Estágio Supervisionado Farmacêutico. Pesquisadora do Programa Interinstitucional de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Membro da Câmara Técnica de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Responsável pela implantação, coordenação e desenvolvimento do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, do Complexo Hospitalar Prof. Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em farmácia clínica, atenção farmacêutica, farmácia hospitalar, uso racional de medicamentos e farmacovigilância.

<http://lattes.cnpq.br/6695728353320968>

## Mauro Silveira de Castro

Possui graduação em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (1978); especialização em Antropologia Filosófica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1983); especialização em Farmácia Hospitalar para o Controle de Infecção pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1986); mestrado em Farmacologia pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (1996); doutorado em Medicina: Ciências Médicas pela UFRGS (2004); mestrado-profissionalizante em *Máster Universitario En Atención Farmacéutica* pela Universidad de Granada (2003) e aperfeiçoamento em Curso Latino Americano de Farmácia Clínica pela Pontifícia Universidad Católica de Chile (1989). Atualmente, é Professor Adjunto da UFRGS, revisor de periódico da Revista de Saúde Pública / *Journal of Public Health* e Revisor de periódico da Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em atenção farmacêutica, atuando, principalmente, nos seguintes temas: adesão, atenção farmacêutica, hipertensão, farmácia clínica.

<http://lattes.cnpq.br/6452901126311012>