

Rui Pedro Borges de Sousa

# Acompanhamento farmacoterapêutico, perspectiva e criação de protocolos de seguimento em idosos

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pela Professora Doutora Maria Dulce Ferreira Cotrim e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Junho 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Rui Pedro Borges de Sousa, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2004150126, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo da Monografia apresentando à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade Estágio Curricular.

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

Coimbra, 10 de junho, de 2014

---

(Rui Pedro Borges de Sousa)

Aluno

---

(Rui Pedro Borges de Sousa)

Orientadora de estágio

---

(Professora Doutora Maria Dulce Ferreira Cotrim)

## Índice

Abreviaturas.....	pág.2
Resumo, Abstract .....	pág.3
I-Introdução .....	pág.4
2- Pharmaceutical Care .....	pág.8
2.1- Elementos dp PhC.....	pág.9
2.2- Metodologias .....	pág.12
3- Casos Práticos.....	pág.21
Conclusão.....	pág.24
Bibliografia .....	pág.24

## **Abreviaturas**

OMS - Organização Mundial de Saúde

DGS - Direcção Geral de Saúde

PNS - Programa Nacional de Saúde

PhC - Pharmaceutical care

PCNE - Pharmaceutical Care Network Europe

ASHP - American Society of Health-System Pharmacists

PRMs - Problemas Relacionados com a Medicação

QALY - Quality adjusted life-years

NPC - Nacional Prescribing Center

ASCP - American Society of Consultant Pharmacist

PSA - Pharmaceutical Society of Australia

## Resumo

Como profissional de saúde, o farmacêutico pode realizar intervenções clínicas, com o objectivo de melhorar o resultado de saúde do doente. Este conceito designado por *Pharmaceutical care*, desenvolvido na década de noventa do século passado, aproveita o *expertise* farmacêutico, na área do medicamento e suas componentes terapêuticas associadas, para a maximização de resultados positivos na área da saúde. Esta monografia inserida no âmbito da disciplina de Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Coimbra, pretende dar uma perspectiva sobre este conceito, quais as suas componentes e objectivos, bem com as metodologias que podem ser aplicadas na execução do *Pharmaceutical Care*. Por fim será apresentado um caso prático onde ocorreu uma intervenção nesse sentido.

## Abstract

As a health professional, the pharmacist may perform clinical interventions with the aim of improving the health outcome of the patient. This concept, designated as *Pharmaceutical care*, developed in the nineties of the last century, takes in to account the pharmacist know how in the area of medicines and their associated therapeutic components to maximize positive results in healthcare. This monograph inserted under the discipline of “Estágio Curricular” from the “Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas”, University of Coimbra, aims to give a perspective on this concept, including its objectives and components, as well as the methodologies that can be applied in the implementation of *Pharmaceutical Care*, finally a practical case where an intervention occurred will be presented.

## I- Introdução

Pouco tempo após o fim da Segunda Guerra Mundial, foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS), organização internacional que tinha como objectivo fundamental a promoção dos mais elevados padrões de saúde às populações mundiais. Neste sentido a OMS definiu a saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (1).

Esta definição de saúde, adoptada pela OMS, embora limitada e criticada, é a definição com maior número de citações ao nível mundial. Posteriormente em 1998 a OMS introduziu na definição de saúde o conceito de estado dinâmico, de bem-estar não apenas físico, mental e social mas também espiritual (2). Desde então o conceito de saúde tem sofrido várias flutuações de acordo com vários autores tendo em conta outros parâmetros como os sociopolíticos, culturais, tecnológicos, económicos (3).

Portugal através da Direcção Geral de Saúde (DGS), define no seu Programa Nacional de Saúde (PNS 2012-2016), em vigência desde 2012, a saúde como “um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal” (4, 3).

Embora não seja o propósito desta monografia discutir os aspectos positivos ou negativos das diferentes definições de saúde, importa referir que através do PNS 2012-2016 a Direcção Geral de Saúde estabelece as linhas orientadoras (de acordo com a OMS), para maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objectivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis (4). Neste contexto o conceito cuidados de saúde (*healthcare*) assume elevada preponderância sendo definido como a prevenção, o tratamento e a gestão de doenças e a preservação da saúde mental e bem-estar físico, através dos serviços oferecidos pelos profissionais de saúde, e meios complementares (5). Providenciar o cuidado certo, para o doente certo no tempo correcto não se trata apenas da definição de fornecimento de cuidados de saúde de qualidade, mas assume-se também como a pedra basilar para a viabilidade dos sistemas de saúde (6). Os profissionais de *healthcare* assumem um papel de elevada relevância neste processo. Estes profissionais incluem médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, entre outros com capacidades e apetências para prestar qualquer tipo de serviço de *healthcare*. Muitas vezes trabalham em hospitais, centros de saúde, e outros pontos de prestação de serviços, mas também na formação académica,

pesquisa e administração. Alguns oferecem serviços de cuidados e de tratamento para os doentes em casas particulares. Muitos países têm um grande número de agentes comunitários de saúde que trabalham fora das instituições formais de saúde (7).

Nos estatutos da Ordem dos Farmacêuticos estão publicados as definições e funções do farmacêutico das quais ressaltam o farmacêutico como sendo “um agente de saúde, cumprindo-lhe executar todas as tarefas que ao medicamento concernem,..., susceptível de contribuir para a salvaguarda da saúde pública e todas as acções de educação dirigidas à comunidade no âmbito da promoção da saúde” (8). “Tendo o exercício da actividade farmacêutica como objectivo essencial e principal a pessoa do doente” (8).

Podemos concluir que o farmacêutico deve centrar a sua preocupação no medicamento e o seu efeito na promoção da saúde humana. Assim inserido no conceito de prestação de cuidados de saúde surgiu uma área específica, o *Pharmaceutical care* (PhC), onde o farmacêutico pode assumir um papel de elevada importância. Podemos considerar o *Pharmaceutical care* como a “dispensa responsável da terapêutica farmacológica com o objectivo de alcançar resultados clínicos (*outcomes*) definitivos que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do doente” (10). “Trata-se de uma prática na qual o farmacêutico assume a responsabilidade pelas necessidades do doente relacionado com o medicamento e é considerado responsável por este compromisso. No decurso desta prática, uma terapia farmacológica responsável é dispensada com o propósito de alcançar resultados clínicos positivos no doente” (11).



## 2- *Pharmaceutical care*

O conceito *Pharmaceutical care* (PhC) é relativamente recente, mas antes de revermos os seus aspectos convém perceber a naturalidade com que este conceito surgiu bem como a sua evolução e o papel do farmacêutico neste contexto.

Existem algumas revisões de literatura relativas à intervenção do farmacêutico comunitário com a pessoa doente, podendo observar-se a evolução das funções do farmacêutico ao longo dos anos (9, 29). Na década de 60 do século passado o farmacêutico assumia-se como um profissional na dispensa do medicamento, ignorando-se o seu papel como profissional de saúde de intervenção junto do doente. A década de 70 é marcada pela atenção à qualidade dos serviços prestados pelo farmacêutico na dispensa, também é discutida a falta de incentivos financeiros para a intervenção do farmacêutico no âmbito da saúde. Na década de 80, verifica-se o reconhecimento geral, pelos outros profissionais de saúde e pela população do papel do farmacêutico como prestador de cuidados de saúde e aconselhamento do doente. Discute-se também a questão dos pagamentos dos cuidados prestados. Na década de 90 a discussão é em torno da melhoria e avaliação da terapêutica através da intervenção farmacêutica, e a sua interacção com o doente e outros profissionais de saúde.

Charles Hepler e Linda Strand (10) criaram na década de 90 o conceito de *Pharmaceutical care* (PhC), conceito que permitia prevenir e corrigir os problemas relacionados com a terapêutica da qual muitos doentes são alvos e que contribuíam para a morbilidade e mortalidade associada à terapêutica medicamentosa. Não se tratava de uma inovação mas permitia organizar e sistematizar o pensamento e intervenção, para a prevenção dos problemas relacionados com o medicamento, com melhoria da qualidade de vida do doente. Esta filosofia foi desde então divulgada como fazendo parte da prática farmacêutica relacionada com a interacção directa com o doente e outros profissionais. Desde então o conceito tem sido amplamente divulgado estando perfeitamente implementado em países como a Austrália, Canadá, EUA e em alguns países da Europa como no caso do Reino Unido, Holanda, Suécia entre outros dos quais Portugal através da rede europeia *Pharmaceutical Care Network Europe* (PCNE), contudo e apesar da difusão deste conceito, não existem muitas publicações sobre a intervenção farmacêutica neste campo.

O conceito PhC tem sofrido ligeiras alterações em relação à definição inicialmente proposta por Hepler e Strand. Para a *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP) trata-se dum conceito importante que representa um acréscimo para a profissão indo muito além da farmácia clínica e outras actividades do farmacêutico como a preparação e dispensa

de medicamentos e nesse sentido, desenvolveu esforços para que houvesse o reconhecimento oficial da definição deste conceito (12). Para a ASHP, a missão do farmacêutico “é providenciar *Pharmaceutical Care*, correspondendo à prestação, directa e responsável, de cuidados relacionados com a medicação com a finalidade de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente” (16).

## 2.1- Elementos relevantes do PhC

Podemos incluir como principais elementos do PhC: Aqueles relacionados com a medicação; o cuidado que é fornecido directamente ao doente, para produzir resultados clínicos definitivos, para melhorar a qualidade de vida do doente assumindo o prestador a responsabilidade pessoal dos resultados (16).

Relacionados com a medicação- envolve não só a terapia medicamentosa (a dispensa de medicamentos), mas também decisões sobre o uso de medicamentos por doente individual. Sempre que apropriado, pode incluir decisões de não usar a terapia medicamentosa, bem como, decisões sobre a selecção de medicamentos, dosagens, vias e métodos de administração, monitorização clínica e farmacocinética e a prestação de informações relacionadas com a medicação e aconselhamento ao doente.

O PhC visa prevenir e corrigir os problemas relacionados com a medicação (PRMs), contudo convém entender o que são os PRMs. Não seguindo com exactidão a definição da OMS sobre Reacção Adversa podemos assumir os PRMs como “um evento ou circunstância que envolve terapia medicamentosa que realmente ou potencialmente interfere com um resultado ideal para um doente específico” (16,13).

Podem existir muitos tipos diferentes de PRMs, mas segundo Strand (10, 16, 18) a classificação pode ser agrupada em 7 categorias com características gerais e independentes do sexo, idade, doença ou medicamento, podendo ser reais ou potenciais:

- Ter uma patologia que requer medicação, para a qual não está a ser medicado
- Ser tratado com um medicamento desnecessário para a situação clínica
- O doente tem uma situação clínica mas está a tomar a medicação errada

- Tomar o medicamento indicado para a situação clínica, mas numa dose subterapêutica
- Possui uma situação clínica derivada duma reacção adversa
- Está a tomar um medicamento para a situação clínica mas numa dose muito elevada (toxicidade)
- Problema resultante da falta de adesão ao tratamento

Também de salientar a classificação proposta pelo PCNE em 1999 e actualizada em 2006 para um conjunto de domínios e problemas relacionados com a terapêutica medicamentosa, causas possíveis e intervenções adequadas (13).

Cuidado- No núcleo do conceito de cuidado está o cuidar, ou seja, uma preocupação pessoal em relação ao bem-estar de outra pessoa. O cuidado global ao doente consiste em domínios integrados de atendimento, incluindo (entre outros) cuidados médicos, cuidados de enfermagem e cuidados farmacêuticos. Os profissionais de saúde em cada uma dessas áreas possuem uma experiência única e devem colaborar no cuidado geral do doente (16). Já na década de 70, o termo *care* (cuidado) tinha sido definido como os cuidados que o doente necessita e recebe, garantindo o uso seguro e racional dos medicamentos (24). No caso do farmacêutico este contribui com o seu conhecimento específico para assegurar o melhor resultado do uso de medicamentos, numa relação directa com o doente potenciando o benefício deste. É importante pois que o farmacêutico assuma nos cuidados, um compromisso directo e pessoal para cada doente individual e que actue de acordo com o seu código deontológico para o melhor bem-estar do doente. Como já referido anteriormente o farmacêutico deve cooperar directamente com outros profissionais e com o próprio doente, no desenho, implementação e monitorização do plano terapêutico. Só assim se pode atingir resultados terapêuticos definitivos que melhorem a qualidade de vida do doente (16, 19). Em Portugal a criação de equipas multidisciplinares em torno dos cuidados de saúde está mais bem definido nos “sistemas fechados” como o caso de hospitais tornando-se necessário transpor este modelo, com as devidas adaptações, para o sistema ambulatorio. Na realidade, observa-se em muitos casos a não inclusão do *expertise* farmacêutico na decisão de planos terapêuticos vocacionados para as pessoas.

Resultados- É o objectivo principal do PhC. Melhorar a qualidade de vida individual de um doente, através da obtenção de resultados clínicos definitivos, relacionados com a

medicação. Estes objectivos devem ser definidos para garantir que o doente realize a terapêutica pretendida atingindo os resultados desejados.

Os resultados clínicos e PhC devem ser estabelecidos de acordo com as circunstâncias pretendidas, que podem ser os seguintes:

- Cura da doença.
- A eliminação ou a redução da sintomatologia de um doente.
- Paragem ou atraso de um processo de doença.
- A prevenção de uma doença ou da sua sintomatologia.

Por sua vez, este envolve três funções principais: identificar problemas potenciais e reais relacionados com a medicação; a resolução de problemas relacionados com a medicação; evitar possíveis problemas relacionados com a medicação (16). Outros elementos estruturais do resultado do PhC, devem ser tidos em conta: escolha dos medicamentos seguros e eficazes para solucionar o problema; dispensa dos medicamentos com aconselhamento; integração do doente nos cuidados farmacêuticos; monitorização dos resultados; utilização de um sistema de documentação e comunicação dos resultados, criação dum sistema de indicadores (indicadores mensuráveis - número de doentes observados, frequência das consultas, intervenções do farmacêutico, tempo gasto por consulta...) (10, 17).

O sucesso da implementação dos resultados clínicos desejados requer então um claro investimento em recursos humanos (formação adequada e o conhecimento dos fluxos entre os diferentes níveis de cuidados) e tecnológicos, nomeadamente no que concerne aos sistemas de informação, também deve existir uma clara definição de competências e responsabilidades na recolha de informação. Torna-se patente que devem ser criados e implementados procedimentos normalizados com respectiva medição dos resultados. E mais uma vez deve existir um elevado grau de cooperação e colaboração entre profissionais e entre os diferentes níveis de cuidados de saúde. Também deve existir um maior envolvimento dos doentes e familiares ao nível do conhecimento que estes tenham sobre a terapêutica medicamentosa (16, 19).

Qualidade de vida- Existem algumas ferramentas para avaliar a qualidade de vida de um doente. Estas ferramentas estão ainda em evolução (14, 15). Uma avaliação completa da

qualidade de vida do doente deve ser tanto objectiva como subjectiva (informações do próprio doente) (16). O QALY é uma das ferramentas que podem ser utilizadas para inferir sobre a qualidade de vida do doente após intervenção, define-se como os anos de vida ajustados pela qualidade sendo que é uma medida de carga da doença, incluindo a qualidade e a quantidade de vida vivida após intervenção (28).

Responsabilidade- Trata-se da relação fundamental em qualquer tipo de cuidado ao doente. Consiste num intercâmbio mutuamente benéfico, em que o doente confere autoridade ao prestador de cuidados e o prestador, por seu lado, compromete-se com o doente a aplicar a sua competência. A responsabilidade envolve tanto a confiança moral como a responsabilização (16).

## 2.2- Metodologia

Como já referido anteriormente o objectivo do PhC é otimizar a qualidade de vida relacionada com a saúde, atingindo resultados clínicos positivos. Para atingir estes objectivos é necessária uma abordagem estruturada que tenha em conta os seguintes aspectos (19, 20):

- a) É necessário criar e manter uma relação entre o doente e o farmacêutico;
- b) A criação e manutenção dos registos de medicamentos fornecidos a um doente bem como a recolha, organização e registo num processo devidamente monitorizado e actualizado, sob o consentimento expresso do doente;
- c) A informação médica específica do doente deve ser avaliada e, no caso dos medicamentos, o plano de terapia desenvolvido deve envolver o doente e o médico;
- d) O farmacêutico deve estar envolvido no follow-up do doente.

Facilmente podemos perceber que tem de existir uma metodologia estandardizada com a inclusão de métodos que monitorizem os resultados clínicos obtidos (acompanhamento farmacoterapêutico, gestão da doença) e métodos que monitorizem os processos do acompanhamento farmacoterapêutico (revisão da medicação) (21).

A revisão da medição é um dos métodos utilizados na monitorização do processo de PhC, é entendida com uma análise da medicação do doente, feita de forma estruturada e crítica,

com o objectivo de chegar a um entendimento com o doente sobre o tratamento, optimização dos impactos dos medicamentos, minimizando assim os problemas relacionados com estes (PRMs) e reduzindo o seu desperdício (25). Para uma revisão de medicação o farmacêutico tem de ter sempre presente e compreender, qual o resultado terapêutico desejado após administração do medicamento adaptado ao doente individual, avaliar a potencial eficácia do fármaco versus outras terapêuticas possíveis para o doente específico, determinar parâmetros de monitorização (exames laboratoriais, o alívio dos sintomas,...) que indicarão resultado terapêutico ideal, determinar outros parâmetros de monitorização que irão indicar reacções adversas causadas pelo medicamento.

Existem diversos guias e modelos para a revisão de medicação. O *Nacional Prescribing Center (NPC)* publicou um guia (25) no qual entende existirem três níveis de revisão da medicação:

- Tipo 1- Revisão de prescrição: Uma revisão técnica da lista dos medicamentos do doente. Este tipo de revisão serve para abordar assuntos, como questões práticas da gestão de medicamentos, que podem melhorar a eficácia clínica e económica dos medicamentos e segurança do doente. É conduzida geralmente com um propósito específico em mente. Pode ser feita para identificar anormalidades na prescrição, como seja o caso de medicamentos ainda prescritos para usos de curta duração mas que ainda estejam a ser prescritos, identificar se o doente necessita de uma revisão da medicação presencial. Embora este tipo de revisão possa ser feito sem a presença do doente qualquer alteração deve ter o seu envolvimento e consentimento.
- Tipo 2- Revisão de concordância e cumprimento: Uma revisão dos medicamentos com todos os dados do doente (na presença, ou não do doente). Este tipo de revisão acontece em parceria com o doente, ou seu responsável, e permite aos doentes e profissionais explorarem a questões relacionadas com a toma de medicamentos e suas crenças sobre a medicação. Os doentes são “convidados” a colocar questões sobre os medicamentos e indicarem alguma dificuldade com a toma destes para que possam ser identificadas e tratadas. Trata-se pois duma revisão de concordância e de cumprimento, que idealmente deveria responder às barreiras práticas da toma de medicamentos, como às crenças sobre medicamentos e que possam influenciar a toma destes. O respeito pelas crenças do doente é

central para uma revisão da medicação conduzida com o doente. Esta revisão pode ser aplicada para estabelecer quais os medicamentos que o doente está tomando actualmente, incluindo doses e posologias, e ocasiões em que estas variam. É também uma oportunidade para o doente colocar questões sobre os seus medicamentos e para o profissional partilhar e oferecer informação sobre os medicamentos aos doentes, avaliar a disponibilidade, habilidade e prontidão para o doente tomar os medicamentos, assegurar que o doente sabe o que fazer se os sintomas mudarem ou se um problema persistir, suportar e educar o doente ao autocuidado.

- Tipo 3- Revisão da medicação clínica: Revisão da medicação e condição em entrevista com o doente. Trata-se dum revisão holística que ocorre com o doente e com acesso às suas anotações médicas e resultados relevantes dos testes laboratoriais. Uma revisão da medicação clínica ocorrerá no contexto de indicadores recentes das condições subjacentes do doente e com o auto-relato dos seus sintomas correntes sentidos, ou com um relatório feito pelo prestador de cuidado ou profissional social. Este tipo de revisão é conduzido geralmente pelo profissional prescritor (prescritor médico e não médico) ou pelo especialista não prescritor (farmacêutico comunitário,...). Pode ser aplicada em situações de:
  - revisão periódica da condição médica e tratamento, assegurando assim que as condições médicas são óptimas; suportar o doente para o auto cuidado;
  - negociar com o doente sobre as decisões do tratamento que deve ser apropriada para intervalos definidos de doentes com condições crónicas;
  - quando um doente foi recentemente diagnosticado com uma doença crónica;
  - quando o doente experimentou reacções adversas com a toma da medicação;
  - quando o doente ou responsável pede ou informa que o doente deixou de tomar um medicamento prescrito.

Esta classificação dos tipos de revisão da medicação veio substituir a revisão proposta pelo “Room for Review” de 2002 que tinha como propósito hierarquizar os tipos de revisão de medicação. Nesta classificação pretendeu-se corresponder o tipo de revisão da medicação com o seu propósito (25). Um resumo da classificação proposta pela NPC pode ser observado na tabela I.

Características dos tipos de revisão da medicação						
	Propósito da revisão	Requer a presença do doente	Acesso às notas do doente	Inclui todos os medicamentos prescritos	Inclui todos os medicamentos prescritos e não prescritos	Revisão da medicação e/ou condição
Tipo 1 Revisão de prescrição	Assuntos técnicos relacionados com a prescrição	<b>Não</b> (qualquer alteração aos medicamentos prescritos devem envolver o doente)	Possivelmente (revisão dos medicamentos pelo farmacêutico comunitário pode não incluir as notas clínicas do doente)	Possivelmente (revisão da prescrição pode apenas estar relacionada com uma área terapêutica em vez de todos os medicamentos prescritos)	<b>Não</b>	Medicamentos
Tipo 2 Revisão de concordância e cumprimento	Assuntos relacionados com o comportamento do doente na toma dos medicamentos	Geralmente (qualquer alteração aos medicamentos prescritos devem envolver o doente)	Possivelmente (revisão dos medicamentos pelo farmacêutico comunitário pode não incluir as notas clínicas do doente)	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	Medicamentos usados
Tipo 3 Revisão de medicação clínica	Assuntos relacionados com o uso dos medicamentos no seu contexto clínico	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	Medicamentos e condição

Tabela 1 - Adaptação de: A guide to Medication Review 2008 (25)

A *American Society of Consultant Pharmacist (ASCP)* também publicou um guia para o farmacêutico efectuar a revisão da medicação. Segundo esta o farmacêutico para fazer uma revisão da medicação deve seguir um *Checklist* (26):

- ✓ Indicações da medicação
  - Cada medicamento prescrito tem uma indicação válida?
  - O doente tem condições ou indicação para qual a medicação apropriada mas que não está sendo usada?
- ✓ Efectividade da medicação
  - A medicação é apropriada para a indicação a ser tratada?
  - A dose é adequada?
- ✓ Segurança da medicação
  - A dose da medicação é excessiva?
  - O doente apresenta sinais ou sintomas de reacções adversas aos medicamentos?



- Está o doente com problemas relacionados com interações de medicamentos-medicamentos, medicamentos-alimentos, ou o medicamento causa interacção com testes laboratoriais de monitorização de fármacos?
- ✓ Monitorização da medicação
  - Os parâmetros de monitorização são correctas para avaliar a eficácia e segurança?
  - Os resultados da monitorização da medicação indicam a necessidade para intervenção?
- ✓ Erros de Medicação
  - Há evidência de erro de medicação?
- ✓ Custos da medicação
  - É necessário rever algum aspecto relacionado com o custo da medicação?

A *Pharmaceutical Society of Australia (PSA)* também tem publicado diversa literatura relacionada com Phc da qual se destaca: *Standard and guidelines for pharmacists performing clinical interventions*, um guia extensivo sobre como deve ser a intervenção estruturada e qual o papel do farmacêutico nas intervenções clínicas, nomeadamente no PhC (27).

Como podemos perceber existem diversos tipos de revisão de medicação contudo um factor inerente a todas as diferentes intervenções é o registo e documentação do PhC, mais uma vez a documentação num formato estandardizado permite uma melhor comunicação entre os vários profissionais de cuidados de saúde. Existem diversos estilos de documentação que podem ser adoptados para registar a intervenção farmacêutica, dos quais se podem incluir notas não estruturadas, semi estruturadas e documentação sistemática. A documentação deve ser clara consistente, legível, isenta de qualquer juízo de valor e focada no doente assegurando sempre a sua confidencialidade. Claramente a documentação sistemática apresenta maiores vantagens em relação aos outros tipos de documentação. Os exemplos de estilos de documentação sistemática incluem (23):

- TITRS (title, introduction, text, recommendation, signature)- trata-se duma uma abordagem mais vocacionada para a avaliação.
- FARM (findings, assessment, recommendations or resolutions, management) - centra a sua importância na monitorização.

- **SOAP** (subjective, objective, assessment, plan) - trata-se duma abordagem do estilo intervencionista com quatro secções distintas:
  - Subjective (subjectiva) - os sintomas subjectivos do doente ou cuidador expressados verbalmente são descritos, providenciando ao profissional uma visão sobre a gravidade da condição do doente, o nível de disfunção, a progressão da doença e o grau de dor.
  - Objective (objectiva) - medições que são observadas (vistas, ouvidas, palpadas, cheiradas) pelo profissional. Os exemplos incluem sinais vitais, pulso, temperatura, cor da pele, edema e testes de diagnóstico.
  - Assessment (avaliação) - criar uma lista de prioridades das condições do doente avaliado. Esta pode consistir no nível de controlo pretendido, potenciais factores de confusão para o controlo, sinais positivos ou negativos pertinentes e sintomas relacionados com a doença, tendo em conta metas bem estabelecidas, quer de acordo com os objectivos da medicina baseada na evidência, quer tendo em consideração a farmacoterapia e medidas não farmacológicas de estilo de vida a adoptar.
  - Plan (plano) - Plano de acção com várias etapas para o paciente e os profissionais de saúde. Estas etapas podem incluir pedidos de laboratório ou avaliações diagnósticas, alterações na farmacoterapia, recomendações de estilo de vida, padrões de atendimento, orientações especiais, referências, auto monitorização, contactos de emergência, e programação de consultas de seguimento (follow-up).

A documentação no estilo SOAP é a tradicionalmente mais utilizada pelos profissionais de saúde (23), sendo também o melhor estilo a adoptar para o farmacêutico documentar, a sua intervenção no PhC, e como estas intervenções poderão melhorar os cuidados ao doente.

Neste capítulo a ASHP criou directrizes relacionadas com uma standardização dos métodos a aplicar no PhC e como estes devem ser documentados acreditando que esta abordagem irá ajudar os farmacêuticos na implementação do PhC, como ferramenta de trabalho (22).

O método aplicado para o PhC deve seguir os respectivos pontos:

- Recolha e organização da informação específica do doente. Deve ser criada uma base de dados com as informações recolhidas para que depois possa ser utilizada para prevenir, detectar e resolver problemas relacionados com a medicação do doente e fazer recomendações terapêuticas adequadas. A base de dados deve incluir os seguintes itens:
  - Demográficos (nome, morada, data de nascimento, sexo, profissão...), administrativos (médicos, farmácia que frequenta, formulários de consentimento, entre outros...), médicos (peso e altura, problemas médicos crónicos e agudos, sintomas actuais, alergias e intolerâncias, história clínica passada, informação laboratorial...), terapia medicamentosa (medicação prescrita e não prescrita, adesão à terapia, regime da medicação, crenças do doente para com a terapia medicamentosa...), estilo de vida e comportamento (dieta, história sexual, actividades diárias, exercício...), social e económico (plano de saúde, integração social e étnica...).
- Determinação da presença de problemas com a terapêutica medicamentosa. As conclusões devem ser tiradas a partir da integração de medicação, doença, testes laboratoriais e informações específicas do paciente. A base de dados do doente deve ser avaliada para qualquer um dos problemas relacionados com a medicação (PRMs) aos quais se podem acrescentar a falha na compreensão da terapia medicamentosa pelo paciente, problemas relacionados com o impacto financeiro da terapia medicamentosa no doente, falha para receber o real benefício da terapia medicamentosa. Devem ser utilizadas listas de verificação (*checklists*), fichas de trabalho e outros métodos para determinar e documentar a presença de PRMs. O profissional deve usar estes métodos de forma consistente em cada doente.
- Resumo das necessidades de saúde dos doentes. As necessidades globais do doente e seus resultados desejados bem como as avaliações de outros profissionais de saúde, metas e planos da terapêutica devem ser considerados na determinação e documentação dos elementos relacionados com a medicação, no âmbito do Cuidado (*care*).
- Especificação dos objectivos farmacoterapêuticos. Os objectivos farmacoterapêuticos devem reflectir a integração da medicação, doença, testes laboratoriais e informações específicas do doente, bem como as considerações éticas e de qualidade de vida. As metas devem ser realistas e consistentes com as

metas especificadas pelo doente e outros membros da equipe de saúde do doente. A terapia deve ser projectada para alcançar os resultados definitivos relacionados com a medicação e melhorar a qualidade de vida do doente.

- Desenho do regime farmacoterapeutico e plano de monitorização. O regime deve cumprir as metas estabelecidas pelos objectivos farmacoterapêuticos do doente, deve cumprir com as políticas de uso de medicamentos do sistema de saúde, tais como planos de saúde e planos de gestão clínica da doença e, para além disto, ter em consideração os princípios de farmacoeconomia. O regime deve ser projectado para o uso de medicação ideal tendo em conta os recursos financeiros, tanto do sistema de saúde como das capacidades do doente. O plano de monitorização deve avaliar de forma eficaz o cumprimento das metas farmacoterapêuticas específicas do doente e detectar efeitos adversos reais e potenciais.
- Desenvolvimento, iniciação do regime farmacoterapêutico, monitorização e alteração do mesmo. O regime e plano desenvolvido em colaboração com o doente e outros profissionais de saúde, deve ser sistemático, lógico e deve representar um consenso entre o doente, médico e farmacêutico. A abordagem escolhida deve ser baseada na consideração do tipo de configuração prática, suas políticas e procedimentos, na política das normas e boas relações profissionais com o prescriptor e doente. Dependendo do regime e plano, o farmacêutico pode, se for caso disso, implementar parte ou o todo do regime farmacoterapêutico. Mais uma vez, todas as acções devem ser documentadas no registo de saúde do doente. Os dados observados de acordo com o plano de monitorização devem ser, confiáveis e válidos para que as decisões podem ser feitas sobre os resultados do regime farmacoterapêutico (mudanças no estado do paciente, condição, terapia medicamentosa, ou terapia não medicamentosa devem ser consideradas). Os dados em falta ou adicionais devem ser identificados. O alcance dos objectivos devem ser avaliados para cada parâmetro do plano de monitorização. A decisão deve ser sempre tomada tendo em conta se as metas farmacoterapêuticas foram alcançadas. Antes do regime farmacoterapêutico ser reajustado, a causa para o fracasso de um qualquer dos objectivos farmacoterapêuticos deve ser determinada. Só assim se pode tomar a decisão de mudar o regime ou de algum dos componentes do plano farmacoterapêutico. As recomendações para alterações farmacoterapêuticas devem

ser documentadas, da mesma maneira que se documentam as recomendações originais.

As decisões e resultados da revisão de medicação aplicada a cada doente deve ser baseada sempre na melhor evidência científica disponível, sobre os medicamentos e protocolos terapêuticos mais adequados tendo em conta a individualidade de cada doente. Existem vários passos que o farmacêutico deve percorrer para basear as suas decisões:

- 1- Formulação da questão clínica
- 2- Pesquisa sistemática da melhor evidência
- 3- Avaliação crítica da evidência (validade, relevância clínica e aplicabilidade)
- 4- Aplicação à prática clínica
- 5- Avaliação contínua de resultados

Existem diversas fontes de pesquisa às quais o farmacêutico pode recorrer para suportar as suas decisões: meta análises, ensaios clínicos, revisões sistemáticas, livros e enciclopédias, entre muitos outros. Com o desenvolvimento da internet também pode basear a pesquisa em sites que contém fontes de informação sobre o assunto pretendido ([www.pubmed.org](http://www.pubmed.org); [www.drugs.com](http://www.drugs.com); [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt) ...). Existe toda uma panóplia de questões e ferramentas relacionadas com o grau de importância que deve ser atribuído a cada tipo de pesquisa, que contudo não serão abordadas nesta monografia.

Por fim importa perceber também, quem pode beneficiar da revisão de medicação e quais as situações em que esta pode ser aplicada. Parece claro, que através dos vários critérios publicados pelas diferentes entidades descritas em cima (NPS, ASCP, PSA) a revisão de medicação será adequada grupos como (25, 26, 27):

Idosos (regime de medicação complexo, polipragmasia, várias doenças, problemas no seguimento do regime, problemas físicos); doentes com doenças crónicas (recentemente diagnosticadas, polipragmasia, co-morbilidade); relacionados com regimes de medicação (quatro ou mais medicamentos, posologia com mais de doze doses por dia, mais de quatro mudanças na medicação nos últimos doze meses, medicamentos de diferentes prescritores, medicamentos com estreita margem terapêutica, ou medicamentos que necessitem de monitorização especial, efeitos adversos a medicamentos, reacções tóxicas a um medicamento, conjugação de medicamentos prescritos com não prescritos); mudança do profissional de saúde ou condições no meio ambiente social (novo doente, recentemente dispensado do hospital, institucionalização).

### 3- Casos práticos

A terceira idade representa um importante grupo onde o farmacêutico pode actuar ao nível do PhC. O idoso possui condicionantes muito específicas. Consomem muitos medicamentos, prescritos e não prescritos, pois possuem elevada incidência de situações mórbidas, em particular crónicas, sofrendo geralmente de mais que uma doença. A terceira idade é acompanhada de alterações fisiológicas que alteram em muito as características farmacodinâmicas e farmacocinéticas de muitos medicamentos, alterando portanto muitas vezes as margens e efeitos terapêuticos que a medicação pretenda ter. A acompanhar este facto são poucos os estudos clínicos que tenham em consideração a faixa etária dos idosos, tornando muitas vezes difícil e errada as decisões do prescriptor quando decide iniciar uma terapia medicamentosa no idoso.

O exemplo de casos práticos que se segue corresponde a um idoso ao qual se aplicou o PhC. Trata-se duma intervenção ainda em aberto, enquadrada numa intervenção de maior envergadura, da qual publico de forma parcial os resultados. Na pesquisa que suporta o estudo de PhC utilizaram-se as fontes referidas na secção dois desta monografia, maioritariamente de acesso gratuito.

#### Caso clínico I

Data de PhC: 12/02/2014

Nome: J. A. A. S. ; Data de Nascimento: 24/10/1943; Sexo: masculino;

Grau de dependência: Independente; Patologias: Diabetes mellitus 2, Hipertensão arterial moderada. Fígado gordo?; Médico prescriptor: A. B.;

Medicamento (API) /dosagem	Forma farmacéutica	Via Adm.	Frequencia/horário	Data início/Fim	Classificação ATC	Indicação Terapêutica Aprovada	DDD/DDM
Ramipril/5 mg	cáps.	O	1 id/ jejum	-	IECA	Hipertensão; Insuficiência cardíaca congestiva; Após enfarte do miocárdio	2,5/ 10 mg
Tromalyt (A.A.S)/150 mg	cáps. L. p.	O	1 id/ jejum	-	Inibidores da agregação plaquetária	Prevenção secundária da cardiopatia isquémica. Prevenção secundária de acidentes vasculares cerebrais.	-
Imodium (loperamida)/2 mg	cáps. L. p.	O	S.O.S.	-	Antipropulsivos	Tratamento sintomático das diarreias agudas e crónicas	10/ 16 mg
Levemir (Insulina) 100U/ml -lenta	Insulina detemir	P	jantar (24h) (7 uds)	-	Insulinas e análogos para injeção, longa duração	Diabetes mellitus que necessitam de insulina para manter a homeostase da glucose	40 uds/ -
Actrapid penfill (Insulina) -rápida	Insulina humana	P	6 em 6h (12 uds)	-	Insulinas e análogos para injeção, curta duração	Diabetes mellitus que necessitam de insulina para manter a homeostase da glucose	40 uds/ -
Lansoprazol 15mg	cáps. gastr.	O	1 id/ jejum	-	Inibidor da bomba de prótons	Tratamento da úlcera duodenal e da úlcera gástrica; Tratamento e profilaxia da esofagite de refluxo; Erradicação do Helicobacter pylori quando utilizado em combinação com a terapêutica antibiótica adequada para o tratamento das úlceras associadas ao H. pylori; Tratamento das úlceras duodenais e gástricas benignas associadas aos AINEs em doentes sob terapêutica continuada com AINEs; Profilaxia das úlceras duodenais e gástricas associadas aos AINEs em doentes de risco sob terapêutica continuada.	30/ 30 mg

**Tabela 2- Regime terapêutico**

**Dados Clínicos:**

HA1c – 6.5 (avaliações de 6 em 6 meses , mantém-se estável neste valor desde há 2 anos); Transaminases elevadas - (GOT- 72; AST- 82) (04/01/2014) (várias medições em 2013 também elevadas); Marcadores de Hepatite negativos; Medições da tensão arterial (14-9) (04/01/2014) medições feitas apenas quando tem consulta (6 em 6 meses).

Doente queixa-se com sintomas de má digestão e enfartamento.

**Notas de posologia:**

Doente faz auto-controlo da toma e verificação dos níveis de insulina e glicémia no sangue; Toma Ramipril, Tromalyt e Lansoprazol ao mesmo tempo;

**Avaliação e implementação PhC:**

A terapêutica farmacológica está adequada ao seu propósito. A terapêutica relacionada com diabetes, prescrita pelo médico, está acordada entre este e o doente sendo da competência do médico a sua eficácia. Esta aparenta estar comprovada visto os valores de HA1C serem

aceitáveis. Faz a toma do Lansoprazol como protetor gástrico pois faz terapia prolongada com AINES e para além disso toma em jejum Ramipril e Tromalyt. A toma do Tromalyt é adequada dado o risco acrescido deste doente de AVC ou cardiopatia isquémica. O Ramipril é utilizado no tratamento da hipertensão arterial, sendo o mais indicado para doentes com diabetes mellitus 2.

- Para uma melhor avaliação da terapêutica anti-hipertensiva aconselhou-se o doente a fazer medições regulares da sua tensão arterial ( acordado de 15 em 15 dias) e sua anotação (com referência ao médico);
- Para um efeito mais eficaz do protetor gástrico recomendou-se a toma do Lansoprazol em jejum, 30 minutos antes da toma do Ramipril e Tromalyt;
- Proposta de terapêutica com suplemento alimentar Chologutt como protector hepático (com referência ao médico) e alívio da sintomatologia de má digestão e enfartamento, com monitorização das transaminases após 2 meses;
- Marcação de PhC para daqui a 2 meses.

Aceite pelo doente.

#### Data de PhC: 21/04/2014

Notas: regime farmacoterapêutico sem alteração desde 12/02/2014.

Avaliação de PhC:

Medições de tensão arterial quinzenais:

(15-8 15/02/2014),

(14-9 01/03/2014); (14-8 16/03/2014), (14-9 30/03/2014),

(13-8 01/04/2014), (14-9 15/04/2014);

Regime posológico do Lansoprazol implementado pelo doente;

Medições das transaminases (GOT- 58 e AST- 60), sensação de má digestão e enfartamento diminuíram.

Implementação PhC:

Manutenção das medidas de PhC de 12/02/2014 e remarcação de PhC para daqui a 3 meses.

...



## Conclusão

O *Pharmaceutical Care* representa uma visão interessante e excitante sobre a prática farmacêutica. Pode e deve ser concebido como um propósito para a prática farmacêutica mas também como parte integrante da profissão farmacêutica. Terá como propósito final o desenvolvimento de uma metodologia para a correcta aplicação da terapia medicamentosa alcançando ganhos positivos no âmbito da saúde. Assim o farmacêutico, devido ao seu estatuto, assume papel de destaque tornando-se o principal responsável para que o doente receba os níveis correctos de *Pharmaceutical Care*.

## Bibliografia

1. OMS (Organização Mundial de Saúde) - **Preâmbulo para a constituição da Organização Mundial de Saúde, adoptada pela conferência internacional de Saúde**. Official Records of the World Health Organization, Nova Iorque, nº2, (1946), 100–101.
2. OMS (Organização Mundial de Saúde) - **Fifty-second World Health Assembly, Amendments to the Constitution**, (1999), pág. 4.
3. BIRCHER, Johannes - Towards a dynamic definition of health and disease. **Medicine, Health Care and Philosophy**. ISSN 1386-7423. 8:3 (2005) 335–341.
4. PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2012-2016\_Enquadramento do plano nacional de saúde**. [acedido a 10 Abril, 2014]. Disponível na internet: <http://pns.dgs.pt>
5. **The American Heritage® Medical Dictionary**. Boston: Houghton Mifflin Co., 2007. ISBN 978-0618824359
6. RUST, T. C. - **Dynamic Analysis of Healthcare Service Delivery: Application of Lean and Agile Concepts**. Worcester Polytechnic Institute, dissertação para PhD em Dinâmica de Sistemas, (2013).
7. OMS (Organização Mundial de Saúde) - **World Health Report 2006: working together for health**. Geneva, (2006).
8. PORTUGAL.- Decreto-Lei 288/2001. D. R. I Série-A, N°261 (10 de Novembro de 2001).

9. MIL, JW Van; SCHULZ, Martin - A review of pharmaceutical care in community pharmacy in Europe. **Harvard Health Policy Review**. 7:1 (2006) 155–168.
10. HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. - Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American journal of hospital pharmacy**. . ISSN 1086-5802. 47:1990) 533–543.
11. CIPOLLE, R.J., STRAND, L.M., MORLEY, P.C. - **Pharmaceutical Care Practice**. Nova Iorque; Mc Graw Hill, 1ª ed. 1998; 2ª ed. 2004.
12. ODDIS, J.A. - Report of the House of Delegates. **Am. J. Hosp. Pharm.**, 49 (1992) 1962–1973.
13. PHARMACEUTICAL CARE NETWORK EUROPE FOUNDATION - **The PCNE Classification V 6.2**. [acedido a 14 de Abril, 2014]. Disponível na internet : [www.pcne.org](http://www.pcne.org)
14. GOUVEIA, W.A. - Measuring and managing patient outcomes. **Am. J. Hosp. Pharm.**, 49 (1992) 2157–2158.
15. MACKEIGAN, L.D., PATHAK, D.S. - Overview of health-related quality-of-life measures. **Am. J. Hosp. Pharm.**, 49 (1992) 2236–45.
16. AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS - **ASHP Statement on Pharmaceutical Care**. [acedido a 14 de Fevereiro, 2014]. Disponível na internet: <http://www.ashp.org>
17. DIRECTORATE FOR THE QUALITY OF MEDICINES & HEALTHCARE OF THE COUNCIL OF EUROPE (EDQM) - **Pharmaceutical Care Policies and Practices for a Safer, More Responsible and Cost-effective Health System**. (2012). [acedido a 17 de Fevereiro, 2014]. Disponível na internet: [www.edqm.eu](http://www.edqm.eu)
18. STRAND, L.M., MORLEY, P.C., CIPOLLE, R.J., RAMSEY, R., LAMSAM, G.D. - Drug-related problems: their structure and function. **Drug. Intell. Clin. Pharm.**, 24 (1990) 1093–1097.
19. FÉDÉRATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE - **FIP statement of professional standards pharmaceutical care**. (1998). [acedido a 17 de Fevereiro, 2014]. Disponível na internet: <http://www.fip.org/>
20. JISHA, M.L., MINAZ, N. - Understanding the pharmaceutical care concept: A review. **Int. Research Journal of Pharmacy**, 2 (2011) 12–14.

21. COMITE DE CONSENSO GIAF-UGR GIF-UGR, Gifaf-Use - Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)y Resultados Negativos asociados a la Medicacion (RNM). **Ars Pharm.** 48:1 (2007) 5–17.
22. PHARMACISTS, American Society Of Health-System - ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. **Am J Health-Syst Pharm.** 1996) 235–237.
23. ZIERLER-BROWN, Seena *et al.* - Clinical documentation for patient care: models, concepts, and liability considerations for pharmacists. **American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists.** . ISSN 1535-2900. 64:17 (2007) 1851–1858.
24. MIKAEL, R.L. *et al* - Quality of pharmaceutical care in hospitals. **Am J Hosp Pharm.**, 32 (1975) 567–574.
25. NATIONAL PRESCRIBING CENTRE (PBS) - **A Guide to Medication Review 2008.** [acedido a 18 de fevereiro, 2014]. Disponível na internet: [http://www.npc.nhs.uk/review\\_medicines/intro](http://www.npc.nhs.uk/review_medicines/intro)
26. CLARK, Thomas R.; GRUBER, Joseph; MARTIN, Harlan - Introduction to the medication regimen review-part 3. **The Consultant pharmacist : the journal of the American Society of Consultant Pharmacists.** . ISSN 0888-5109. 26:2011) 16–27.
27. PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA - **Standard and guidelines for pharmacists performing clinical interventions. Pharmaceutical Society of Australia.** (Março 2011). [acedido a 25 de Fevereiro, 2014]. Disponível na internet: <http://www.psa.org.au/>
28. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - **Measuring effectiveness and cost effectiveness: the QALY.** [acedido a 05 de Fevereiro, 2014]. Disponível na internet : <http://www.nice.org.uk>
29. BERENGUER, B.I. *et al* - Pharmaceutical care: past, present and future. **Curr. Pharm. Des.**, 10 (2004) 3931–3946.