

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

VINICIUS LINS FERREIRA

**A IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NA SAÚDE:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

JOÃO PESSOA

2014

VINICIUS LINS FERREIRA

**A IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NA SAÚDE:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Monografia apresentada ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para conclusão do curso de graduação em Farmácia.

Orientadora:
Profa. Dra. Maria Ladjane Sodré de Melo

João Pessoa

2014

F383i Ferreira, Vinicius Lins.

A importância do seguimento farmacoterapêutico na
saúde: uma revisão da literatura /, Vinicius Lins Ferreira-
- João Pessoa: [s.n.], 2014.

50f. : il.

Orientadora: Maria Ladjane Sodré de Melo.
Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Intervenção farmacêutica.

2.

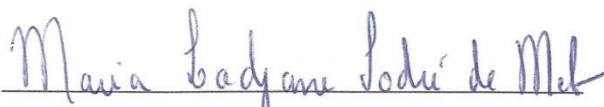
VINICIUS LINS FERREIRA

**A IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NA SAÚDE:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Monografia apresentada ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, cc requisito para conclusão do curso de graduação em Farmácia.

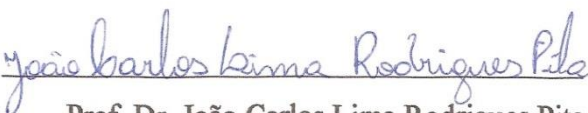
APROVADO EM 15 / 08 / 2014

BANCA EXAMINADORA:



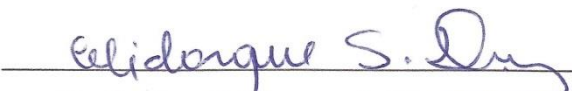
Prof.ª Maria Ladjane Sodré de Melo

Orientadora



Prof. Dr. João Carlos Lima Rodrigues Pita

Membro



Prof.ª Dra. Celidarque da Silva Dias

Membro

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por todas as graças e bênçãos concedidas durante toda a minha vida. Também por ter me dado forças para superar todas barreiras e dificuldades.

Agradeço aos meus amados pais, Maria Celia Lins e José Ferreira da Silva, pelo apoio, incentivo e por toda dedicação. E aos meus irmãos Felipe e Larissa.

Ao incentivo dos professores que se preocuparam com o nosso aprendizado, em especial a minha orientadora Maria Ladjane Sodré de Melo por todos conselhos, suporte e paciência.

A todos meus amigos que passaram na minha vida, em especial Vitor, Raissa, Gustavo, Alanna e Raphael, por todos esses anos na universidade.

E aos demais amigos e familiares, agradeço a torcida que, de alguma forma, me ajudou a chegar até aqui.

“A adversidade desperta em nós
capacidades que, em circunstâncias favoráveis,
teriam ficado adormecidas”.

Horácio

RESUMO

A Atenção Farmacêutica favorece a obtenção de resultados efetivos na farmacoterapia. Dessa forma, o farmacêutico age visando o uso racional, o sucesso do tratamento, a adesão do paciente e o uso correto do medicamento, além de minimizar os erros de prescrição. O Seguimento Farmacoterapêutico possibilita ao farmacêutico aplicar seus conhecimentos sobre problemas de saúde e medicamentos e funciona através da pesquisa, prevenção e resolução de Problemas Relacionados ao uso do Medicamento. Esse trabalho teve como objetivos produzir um artigo de revisão bibliográfica sobre Seguimento Farmacoterapêutico e incentivar a prática da Atenção Farmacêutica na saúde. Trata-se de um estudo bibliográfico que foi desenvolvido utilizando diversas bases de dados. Entre os métodos mais utilizados estão o SOAP (*Subjective, objective, assessment, plan*), o TOM (*Therapeutic Outcomes Monitoring*), o *Pharmacotherapy Workup* e o Método Dáder. Os quatro métodos foram detalhados quanto as metodologias e aplicações. Foram encontrados vários relatos que comprovam a melhoria dos resultados clínicos e resolução de Problemas Relacionados ao uso do Medicamento de pacientes portadores de diversas patologias, motivados pela prática da Atenção Farmacêutica. Todos os Seguintos Farmacoterapêutico se mostraram eficazes na prática da atenção farmacêutica. Não foram encontrados parâmetros que comprovem diferença de desempenho entre esses métodos. Porém, foi visto que cada um pode ser aplicado em determinada ocasião por apresentar metodologias diferentes. Todos os modelos apresentam vantagens e desvantagens quando comparados. A escolha do método depende da formação e da prática profissional.

Palavras-chave: Atenção farmacêutica. Seguimento farmacoterapêutico. Intervenção farmacêutica.

ABSTRACT

The pharmaceutical care program favor to achieve positive results in pharmacotherapy. Thus, the pharmaceutical acts promotes the rational use and correct use of drugs, successful treatment, patient compliance and minimize prescriptions errors. The pharmacotherapy follow-up program enable pharmacist to apply his knowledge about health problems and drugs. It works through research, prevention and resolutions of drug related problems. This study aimed to produce a review article on Pharmacotherapy follow-up and encourage the practice of pharmaceutical care. This is a bibliographic study that was developed using several databases. The most used methods are SOAP (subjective, objective, assessment, plan), TOM (Therapeutic Outcomes Monitoring), Pharmacotherapy Workup and method Dáder. The four pharmacotherapy follow up programs were detailed as the methodologies and applications. Many articles were found that proves positive clinical results and resolution of drug related problems of patients that had different pathologies, motivated by the pharmaceutical care program. All pharmacotherapy follow up program proved effective in the practice of pharmaceutical care. It weren't find factors that show difference in performance between methods. On the other side, each one can be apply in different occasion because they have different methodology. All methods when compared presented advantages and disadvantages. The choice depends on the training and professional practice.

Key-Words: Pharmaceutical Care. Pharmacotherapy follow-up. Pharmaceutical intervention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01 - Formulário utilizado na fase de estudo da situação.....	21
FIGURA 02 - Classificação de PRM segundo consenso de granada.....	22
FIGURA 03 - Formulário utilizado na fase de intervenção farmacêutica do método Dáder.....	23
FIGURA 04 - Modelo utilizado no método SOAP.....	26

LISTA DE SIGLAS

ATENFAR- Atenção Farmacêutica

IF – Intervenção farmacêutica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PRM – Problemas relacionados ao uso de medicamentos

PS – Problema de Saúde

SOAP - *Subjective, objective, assessment, plan*

SFT – Seguimento farmacoterapêutico

TOM - *Therapeutic Outcomes Monitoring*

PW - *Pharmacotherapy Workup*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1	UMA BREVE EVOLUÇÃO DA FARMÁCIA	13
2.2	EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA	14
2.3	A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA	15
2.4	PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS (PRM)	16
3	SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO.....	19
3.1	MÉTODO DÁDER.....	20
3.1.1	Oferta de serviço e primeira entrevista.....	20
3.1.2	Estado da situação, fase de estudo e fase de avaliação.	21
3.1.3	Fase de intervenção, resultado da intervenção, novo estudo da situação e entrevistas sucessivas.....	22
3.2	PHARMACOTHERAPY WORKUP (PW) – ANÁLISE DA FARMACOTERAPIA .	23
3.2.1	Fase de Avaliação: coleta informações e avalia de modo global o paciente.	24
3.2.2	Fase de desenvolvimento de um plano de cuidado	25
3.2.3	Acompanhamento da evolução do paciente	25
3.3	SOAP NOTE (SUBJETIVO, OBJETIVO, AVALIAÇÃO E PLANO)	26
3.4	TOM (THERAPEUTIC OUTCOMES MONITORING) - MONITORIZAÇÃO DE RESULTADOS TERAPÊUTICOS	27
4	A IMPORTÂNCIA DOS SFTs NA SAÚDE	29
4.1	RELATOS DA PRÁTICA DA ATENFAR UTILIZANDO O MÉTODO DÁDER	29
4.2	RELATOS DA PRÁTICA DA ATENFAR UTILIZANDO O PW	31
4.3	RELATOS DA PRÁTICA DA ATENFAR UTILIZANDO O SOAP NOTE E TOM .	32
5	ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE SFT	34
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
7	REFERÊNCIAS.....	37
	ANEXOS	41

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Resolução número 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia, a Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações e serviços que visam assegurar a assistência integral, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados, desempenhados pelo farmacêutico ou sob sua supervisão. A Atenção Farmacêutica (ATENFAR) é um componente da Assistência Farmacêutica, com ações direcionadas prioritariamente ao ser humano, buscando evitar falhas na farmacoterapia. É nela que o farmacêutico assume o compromisso e a responsabilidade de identificar e satisfazer as necessidades dos pacientes relacionadas ao tratamento farmacológico e garante a segurança, a efetividade e a conveniência da farmacoterapia. A prática da ATENFAR tem como pontos positivos a melhoria do quadro clínico e manutenção das metas estabelecidas na terapia farmacológica (AIRES, 2006).

O acompanhamento farmacoterapêutico favorece a obtenção de resultados efetivos na farmacoterapia, principalmente naqueles usuários portadores de doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes. Nessas patologias os pacientes fazem uso de medicamento por toda a vida e a não adesão ao tratamento pode acarretar em sérios problemas de saúde, complicações, aumento do número de internações hospitalar e elevação da taxa mortalidade (ALMEIDA, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem recomendando a prática da ATENFAR e segundo Claumann (2003) muitas patologias podem ser controladas através da utilização desse serviço.

Entre as principais causas que favorecem o surgimento de um Problema Relacionado ao Medicamento (PRM) estão as falhas ocorridas durante os processos de prescrição e a utilização de medicamentos (CORRER, 2007).

Assim, a participação do farmacêutico na análise da prescrição e monitorização da farmacoterapia, se torna importante para que os PRMs sejam notificados e corrigidos. Dessa forma, será proporcionada ao paciente uma farmacoterapia de maior eficácia, qualidade e segurança.

Esse trabalho teve como objetivos: produzir um artigo de revisão bibliográfica sobre os principais métodos de Seguimento Farmacoterapêutico e buscar evidências sobre diferenças de desempenho entre eles, incentivar a prática da Atenção Farmacêutica e demonstrar através de relatos a importância da utilização de SFT na saúde.

Trata-se de um estudo bibliográfico que foi desenvolvido utilizando as bases de dados LILACS, SciELO, MEDLINE. Foi utilizado como critério de inclusão, artigos completos, apresentados em português, inglês e espanhol.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 UMA BREVE EVOLUÇÃO DA FARMÁCIA

O símbolo da farmácia é representado por uma taça com uma serpente entrelaçada. A taça evoca o poder curativo das drogas e a serpente alerta a uma atitude de advertência, ou seja, refere-se aos cuidados e ética com que deve atuar o farmacêutico.

O farmacêutico no começo do século XX era considerado pela sociedade como o profissional de referência quando se tratava de medicamento. Neste período, o farmacêutico era responsável pela manipulação e produção de medicamentos, além da posse e dispensação do que era disponível na época e atuava exercendo influência em todo ciclo do medicamento (GOUVEIA, 1999).

Porém, na década de 50, com a evolução da indústria farmacêutica e com a ampliação dos campos de atuação do farmacêutico, aconteceu um afastamento desse profissional que antes era responsável pelo ciclo do medicamento. Isso descaracterizou a farmácia e tornou a prática farmacêutica como apenas a distribuição de medicamentos industrializados. (HEPLER e GRAINGER-ROUSSEAU, 1995).

Na década de 60, começou a surgir um movimento profissional norte-americano ocasionado pela insatisfação com a situação provocada pelo advento das indústrias. Isso permitiu um questionamento sobre a formação acadêmica da farmácia, que acarretou no aparecimento de uma nova área que permitia a correção de problemas e a participação dos farmacêuticos na equipe de saúde usando seus conhecimentos para proporcionar um cuidado ao paciente. O resultado foi o surgimento, no âmbito hospitalar, da farmácia clínica, onde o profissional tornou-se um consultor farmacoterapêutico (HOLLAND e NIMMO, 1999).

Na década de 1990, um novo exercício profissional farmacêutico foi sugerido por Hepler e Strand, que objetivava a diminuição do número de casos de morte e problemas de saúde causados por medicamentos. Essa nova área de atuação profissional foi chamada de *Pharmaceutical Care*, traduzido em português para Atenção Farmacêutica (HEPLER & STRAND, 1990).

Nesse novo modelo de atuação, o farmacêutico participa de forma efetiva na prestação da assistência ao paciente. O profissional é responsável pela segurança, efetividade e necessidade do tratamento medicamentoso, que é possível através da identificação, resolução e prevenção dos PRMs (OPAS, 2002b).

2.2 EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA

A profissão farmacêutica vem sofrendo alterações ao longo dos tempos. Muitos são os fatores que causaram as modificações tais como o desenvolvimento da indústria farmacêutica, a produção de medicamentos em larga escala e a descoberta de novos medicamentos (FREITAS, 2002).

Assim, o farmacêutico passou a ser visto pela sociedade como um vendedor de medicamentos. As farmácias magistrais tiveram sua importância diminuída devido ao avanço das indústrias. Essa insatisfação levou profissionais e estudantes da área de farmácia da Universidade de São Francisco (EUA) a uma reflexão que resultaria no movimento chamado “Farmácia Clínica”. Essa atividade buscava a introdução do farmacêutico na equipe de saúde e na participação da farmacoterapia de pacientes (MENEZES, 2000).

Buscando aumentar a participação do farmacêutico na atenção primária, Mikel et al. (1975), iniciaram a construção do conceito de Atenção Farmacêutica. Eles afirmavam que o farmacêutico deveria prestar “a atenção que um dado paciente requer e recebe com garantias do uso seguro e racional dos medicamentos”.

A expressão *pharmaceutical care* (atenção farmacêutica) foi utilizado pela primeira vez na década de setenta. Porém, apenas na década de noventa, o conceito foi difundido mundialmente com as publicações de Hepler e Strand (HEPLER e STRAND, 1990). Segundo esses autores, o farmacêutico deve utilizar seus conhecimentos e habilidades para favorecer uma farmacoterapia de qualidade.

Nesse mesmo artigo, Hepler e Strand (1990) sugerem que “Atenção Farmacêutica é a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente”.

Na declaração de Tóquio de 1993, encontro no qual se discutiu as funções do farmacêutico no sistema de atenção à saúde, a OMS reconheceu a atenção farmacêutica e sua aplicação em todos os países, mesmo considerando as diferenças socioeconômicas entre eles. A OMS apresentou uma nova definição de atenção farmacêutica. Essa não se limita apenas ao indivíduo, deve-se então ser estendida à comunidade. Assim, o farmacêutico atua como um prestador de serviços de saúde e participa da promoção e prevenção de doença junto a uma equipe multidisciplinar (OMS, 1994).

No final da década de 90, foi desenvolvido um modelo de atenção farmacêutica pelo grupo de investigação de Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada (Espanha) denominado método Dáder (MACHUCA, 2003).

No Brasil, o termo Atenção Farmacêutica foi oficializado no Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, realizado no ano de 2002, a partir de reuniões lideradas pela Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério da Saúde.

Nesse encontro, foi definido o conceito de Atenção Farmacêutica como:

Um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002, p.16-17).

Alguns princípios na prática da ATENFAR foram estabelecidos pela *American Pharmacists Association* (1995):

- Deve-se manter um relacionamento profissional entre farmacêutico e o paciente;
- As informações médicas específicas sobre o paciente devem ser coletadas, organizadas e registradas;
- Essas informações obtidas devem ser avaliadas e um plano farmacoterapêutico, em acordo com o paciente, deve ser elaborado;
- O farmacêutico deve assegurar-se de que o paciente possui todos os dispositivos, informação e conhecimento necessários para levar adiante o tratamento farmacológico;
- O farmacêutico deve revisar, monitorar e modificar o plano terapêutico conforme necessário e apropriado, em acordo com o paciente e a equipe de saúde.

2.3 A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Através da ATENFAR, o farmacêutico age visando o uso racional e o sucesso da terapia. Assim, contribui para adesão ao tratamento do paciente, garante o cumprimento da

prescrição e o uso correto do medicamento, além de minimizar os erros de prescrição (OPAS, 2002c).

Muitos são os usuários de medicamentos que estão sujeitos às reações adversas por diversas razões, que incluem: esquecimento, dificuldade para se adequar ao tratamento, dependência física, polifarmácia e principalmente as alterações farmacocinéticas, que podem facilmente causar PRM. Esses fatores podem conduzir ao não sucesso da terapia (GOMES, 2011).

A presença do farmacêutico nessas situações se torna importante para proporcionar aos usuários a segurança e a eficácia adequada no tratamento das doenças, contribuindo dessa maneira para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (SILVA, 2011).

A prática da ATENFAR permite ao profissional se responsabilizar pelo cumprimento da farmacoterapia do paciente e assim alcançar resultados positivos (LEE e RAY, 1993). Assim, através de uma Intervenção Farmacêutica (IF), é possível fazer correções e adequar o esquema terapêutico na busca de melhores resultados (HEPLER; GRAINGER-ROUSSEAU, 1995).

O termo intervenção farmacêutica é utilizado para denominar as ações e tomadas de decisões que partem do farmacêutico, o qual participa ativamente da terapia dos pacientes e na avaliação dos resultados. (ZUBIOLI, 2000).

As ações do farmacêutico, no modelo de atenção farmacêutica, em sua grande maioria, são atos clínicos individuais. As sistematizações das intervenções farmacêuticas e a troca de informações dentro de um sistema de informação composto por outros profissionais de saúde podem contribuir para um impacto em nível coletivo e na promoção do uso seguro e racional de medicamentos. (OPAS, 2002c).

Algumas barreiras podem dificultar a implantação da atenção farmacêutica, como por exemplo: a falta de tempo para planejamento de atividades, a falta de treinamento e habilidades por parte dos profissionais farmacêuticos. O não apoio da administração e a não aceitação do serviço por parte de outros profissionais de saúde também são agravantes (PENNA, 1990).

2.4 PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS (PRM)

De acordo com o Segundo Consenso de Granada, Problemas de Saúde (PS) podem ser entendidos como “resultados clínicos negativos, devidos à farmacoterapia que, provocados

por diversas causas, conduzem ao não alcance do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos não desejados”. (COMITÊ DE CONSENSO, 2002, p. 175-184).

Normalmente, pacientes buscam o farmacêutico ou a farmácia por dois motivos. No primeiro, o paciente precisa de um produto farmacêutico, como um medicamento. Já no segundo, o paciente recorre à farmácia para utilizar o serviço farmacêutico, como tirar dúvidas sobre medicamentos ou monitoração da terapia medicamentosa.

Através desse serviço, o farmacêutico é capaz de descobrir problemas relacionados ao medicamento, que podem interferir no resultado de um tratamento ou provocar reações adversas, que podem piorar o quadro clínico do paciente.

Os PRMs podem estar relacionados a diversos fatores tais como:

- Necessidade de adição de uma droga a terapia medicamentosa;
- Uso desnecessário de uma droga;
- Dose elevada;
- Dose baixa;
- Reação adversa ao medicamento;
- Falta de adesão a terapia.

De acordo com o Terceiro Consenso de Granada, Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) são “situações em que o processo do uso de medicamentos causa ou podem causar o aparecimento de um Resultado Negativo associado à Medicação” (COMITÊ DE CONSENSO, 2007, p.23).

Além disso, o Terceiro Consenso de Granada substituiu o termo PRM por Resultados Negativos Relacionados a Medicamentos (RNM), devido à necessidade de uma maior especificidade. Assim, RNM pode ser entendido como “resultados na saúde do paciente não adequados ao objeto da farmacoterapia e associados ao uso ou falha no uso deles”. (COMITÊ DE CONSENSO, 2007, p.23-24).

Ainda existe uma dificuldade na aplicação dessa nova terminologia. Apesar disso, a transição de um termo a outro torna-se cada vez mais indispensável, já que, além de ser uma mudança apropriada, o termo PRM deixou de ser equivalente a RNM e passou a ser utilizada como novo conceito.

Essa mudança é bastante difícil principalmente pelo fato de que o termo PRM estar enraizado e espalhado na área farmacêutica, como demonstra a enorme quantidade de artigos e trabalhos que ainda utilizam essa denominação.

O Terceiro Consenso de Granada traz uma lista de fatores e situações que podem acarretar em possíveis PRM (COMITÊ DE CONSENSO, 2007):

- Administração errada do fármaco;
- Características pessoais (do usuário);
- Conservação inadequada;
- Contraindicação;
- Dose, esquema posológico e/ou duração do tratamento não adequados;
- Duplicidade;
- Erros na prescrição;
- Não cumprimento;
- Interações medicamentosas;
- Outros problemas de saúde que afetem o tratamento;
- Probabilidade de efeitos adversos;
- Problema de saúde insuficientemente tratado.

3 SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

O Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) possibilita ao farmacêutico aplicar seus conhecimentos sobre problemas de saúde e medicamentos. Assumido como prática profissional do farmacêutico, o SFT funciona através da pesquisa, prevenção e resolução de Problemas Relacionados ao uso do Medicamento a fim de que o paciente obtenha sucesso em sua farmacoterapia (SANTOS et al., 2007).

O SFT se torna um grande desafio para o profissional farmacêutico sendo importante para reduzir erros com medicações, o que significa uma maior eficácia do tratamento e a melhoria da qualidade de vida. Esse método vem sendo muito utilizado como estratégia para aumentar aderência do paciente ao tratamento nas mais diversas patologias, como hipertensão e diabetes e no tratamento do câncer (STURARO, 2009).

Os farmacêuticos estão em uma boa posição para monitorar o andamento do tratamento farmacológico, pois PRMs estão presentes no intervalo entre as consultas médicas e a farmacoterapia.

Os PRMs mais comuns são: prescrição inadequada, interações medicamentosas, falha ao receber o medicamento, superdosagem, uso inadequado, dose subterapêutica, efeitos adversos, e automedicação. (ANDRADE, 2004).

Assim, o farmacêutico é importante na investigação desses problemas, tais como interações medicamentosas, reações adversas, dificuldade de adesão ao tratamento, entre outros. Dessa forma, esse profissional da saúde contribui para o sucesso da terapia através de seus conhecimentos (GOMES, 2011).

Ao longo dos anos foram desenvolvidos ou adaptados alguns métodos de seguimento farmacoterapêutico, mas ainda não há evidências sobre diferenças de desempenho entre eles.

É necessário que o farmacêutico tenha habilidade de comunicação em todos os métodos de SFT, para dessa forma facilitar a interação com o paciente. Entre os métodos mais utilizados e com maior número de publicações por farmacêuticos estão o SOAP (*Subjective, objective, assessment, plan*), o TOM (*Therapeutic Outcomes Monitoring*), o *Pharmacotherapy Workup* e o Método Dáder (ARMANDO, 2005).

3.1 MÉTODO DÁDER

O método Dáder foi desenvolvido em 1999 pelo Grupo de *Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada*, e hoje é utilizado em diversos países no mundo.

Baseia-se no acompanhamento Farmacoterapêutico de um paciente, ou seja, procura avaliar os problemas de saúde e os medicamentos utilizados. Assim, busca encontrar e resolver possíveis resultados clínicos associados ao uso dos medicamentos (RNM) que o usuário apresente. Após a identificação, podem ser realizadas as intervenções farmacêuticas para solucionar os RNM e em seguida os resultados são analisados (COMITÊ DE CONSENSO, 2007).

Por Problema de Saúde (PS), entende-se a seguinte definição adotada por Wonca (1995): “qualquer queixa, observação ou fato que o doente e/ou o médico visualizem como um desvio à normalidade e que afetou, possa afetar ou afete a capacidade funcional do doente”.

De acordo com Machuca (2003), a Intervenção Farmacêutica é definida pelo Grupo de Granada, como: “a ação do Farmacêutico que visa melhorar o resultado clínico dos medicamentos, mediante a alteração da utilização dos mesmos. Esta intervenção enquadra-se dentro de um plano de atuação acordado previamente com o doente”.

O método Dáder é dividido em nove etapas: 1) oferta de serviço, 2) primeira entrevista, 3) estado da situação, 4) fase de estudo, 5) fase de avaliação, 6) fase de intervenção, 7) resultado da intervenção, 8) novo estudo da situação e 9) entrevistas sucessivas.

3.1.1 Oferta de serviço e primeira entrevista

A fase de oferta de serviço possui o objetivo de demonstrar ao paciente sobre responsabilidade que o paciente possui no tratamento, a importância do método Dáder na maximização da eficácia e os fatores negativos que qualquer tratamento pode ocasionar. Nessa etapa, deve-se comunicar ao paciente que o acompanhamento farmacoterapêutico não irá substituir nenhum outro profissional (COMITÊ DE CONSENSO, 2007).

A primeira entrevista pode ser dividida em três partes (Anexo A). Na primeira etapa, deve-se deixar o paciente falar sobre os seus problemas de saúde. Na segunda, o paciente responde dez perguntas para cada medicamento. São realizados questionamentos sobre a indicação do medicamento, se está fazendo efeito esperado, dose, via de administração,

NECESSIDADE	<p>Problema de Saúde não tratado O doente sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita.</p> <p>Efeito de medicamento não necessário O doente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.</p>
EFETIVIDADE	<p>Inefetividade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação.</p> <p>Inefetividade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.</p>
SEGURIDADE	<p>Inseguridade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade não quantitativa de um medicamento.</p> <p>Inseguridade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade quantitativa de um medicamento</p>

Figura 02: Classificação de PRM segundo Consenso de Granada (COMITÊ DE CONSENSO, 2007, p.28).

3.1.3 Fase de intervenção, resultado da intervenção, novo estudo da situação e entrevistas sucessivas.

Na fase de intervenção (Figura 03), é elaborado um plano de atuação de acordo com o paciente e com o objetivo de se realizar as intervenções necessárias para se solucionar os PRMs. As intervenções podem ser feitas de duas maneiras:

- **Farmacêutico-paciente:** explanação da forma correta de se utilizar o medicamento, facilitação da adesão. Deve-se por uma má utilização do medicamento por parte do paciente.
- **Farmacêutico-paciente-médico:** o farmacêutico pode sugerir uma mudança da posologia ou medicamento. Essa IF pode ser feita mediante comunicação oral ou escrita. Usado quando a estratégia medicamentosa elaborada pelo médico não atinge os resultados esperados ou aparecimento de PS ocasionados pelos medicamentos que necessitem de alteração médica.

Plano de atuação Data: _____ Folha: / _____

Nº	Objetivos (Descrição)	Data (planeada)	Prioridade	Alcançado	Data
1				<input type="checkbox"/>	
2				<input type="checkbox"/>	
3				<input type="checkbox"/>	
4				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	

Intervenções Farmacêuticas		
Descrição e Planificação	Objetivo relacionado (Nº)	Data: início, controle, resultado

Figura 03. Formulário utilizado na fase de Intervenção Farmacêutica (COMITÊ DE CONSENSO, 2007, p.75).

Sabater et al. (2005) definem algumas formas de intervenções que um farmacêutico pode realizar para tentar resolver ou prevenir os RNMs:

- Alteração a quantidade do fármaco administrado;
- Alterar frequência ou esquema;
- Adicionar, retirar ou substituir medicamento;
- Educar no uso do medicamento;
- Alterar atitudes no que se refere ao tratamento;
- Educar nas medidas não farmacológicas.

Na fase de resultado da intervenção, verifica-se se o plano de atuação para resolução dos PRMs atingiu o esperado. Posteriormente é realizado um novo estudo da situação, observando as alterações existentes relacionados aos PRM.

Novas entrevistas podem ser realizadas. O paciente permanece sendo monitorado para observação e análise dos resultados obtidos com as mudanças e/ou aparecimento de novos PRMs.

3.2 PHARMACOTHERAPY WORKUP (PW) – ANÁLISE DA FARMACOTERAPIA

Strand, Morley e Cipolle propuseram em 1988 o método chamado PWDT - *Pharmacist Workup of Drug Therapy* (Análise da Farmacoterapia pelo Farmacêutico). Esse método é baseado no sistema POMR (*Problem-Oriented Medical Record*) para desenvolver

um raciocínio clínico e um sistema de documentação adaptado à prática farmacêutica. Assim, ajuda na identificação e resolução de PRM específicos dos pacientes. Posteriormente passou a ser chamado de PW, conhecido também como modelo Minnesota (CIPOLLE, 2004).

Na década de 90, foi desenvolvido na Universidade de Minnesota (Estados Unidos) um projeto chamado: “*Minnesota Pharmaceutical Care Project*” que foi baseado no estudo da aplicação prática do PW. Este projeto foi realizado por 54 farmacêuticos em 20 farmácias e coordenado pelo Instituto Peters de Atenção Farmacêutica. O projeto teve duração de três anos e os resultados foram publicados em um livro em 1988 que apresentavam dados referentes a mais de 5000 pacientes atendidos (CIPOLLE, 1998).

O método PW é dividido em três fases: avaliação, desenvolvimento de um plano de cuidado e acompanhamento da evolução do paciente.

3.2.1 Fase de Avaliação: coleta informações e avalia de modo global o paciente.

Na primeira fase (Anexo B), o farmacêutico realiza uma entrevista onde deve coletar informações e fazer uma avaliação geral do paciente, visando a garantia da adesão à terapia e, se a medicação prescrita está corretamente indicada, além de ser a mais efetiva e segura.

Ao longo de toda entrevista com o paciente, são obtidas informações sobre o histórico de vacinas (durante a infância e fase adulta), problemas de saúde (doenças que o paciente tem/teve durante a vida como hepatite B, tétano, rubéola, entre outras), alergias, hábitos de vida (uso de álcool, cafeína, tabaco, drogas) e dados clínicos e demográficos.

Em seguida, é feita uma abordagem sobre a terapia medicamentosa. São obtidas informações sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, indicações, posologia, duração, início do tratamento e se a resposta ao tratamento está sendo satisfatória ou não. Também são anotados doenças e medicamentos relevantes que já foram utilizados pelo paciente.

Após isso, são coletadas informações sobre o estado nutricional e restrições alimentares. Na sequência, é feita uma revisão por sistemas e órgãos para obter informações adicionais não observadas anteriormente.

O método considera uma classificação de PRM dividida em sete categorias (CIPOLLE, 2004), baseada em uma avaliação sistemática da indicação, efetividade, segurança e adesão do paciente à farmacoterapia. Assim, buscam-se identificar possíveis PRM e suas causas observados os seguintes aspectos:

- Farmacoterapia desnecessária (o medicamento não tem indicação ou está repetido, etc);
- Necessidade de farmacoterapia adicional (a condição não está sendo tratada, uso preventivo, sinergismo/potencialização);
- Fármaco inefetivo (podem existir drogas mais eficientes ou o fármaco utilizado não é efetivo para condição, etc);
- Dose muito baixa (dose, frequência ou duração baixa ou motivada por interação medicamentosa);
- Reação adversa ao medicamento (aparecimento efeito indesejável, a droga não segura, presença de interação medicamentosa ou reação alérgica, medicamento contraindicado);
- Dose muito alta (uso incorreto, dose, frequência ou duração elevados);
- Não adesão à terapia (o paciente não entendeu as direções, prefere não utilizar a medicação por conta própria, esquece ou não pode pagar a medicação, a droga não está disponível, o paciente não consegue ou não sabe utilizar o medicamento).

3.2.2 Fase de desenvolvimento de um plano de cuidado

Nessa fase (Anexo C), é elaborado um plano de cuidado para cada tratamento em curso, havendo ou não PRM, sendo cada anotado em pagina própria.

São coletadas informações sobre a descrição e histórico da doença atual, objetivos da terapia medicamentosa, possíveis PRMs a serem resolvidos (caso tenha), drogas alternativas que poderiam ser utilizadas na terapia e plano da farmacoterapia, o qual deve incluir a droga utilizada atualmente, posologia e as possíveis modificações.

3.2.3 Acompanhamento da evolução do paciente

Essa fase (Anexo D) monitora a evolução do paciente a fim de observar se as metas do plano de cuidado foram atingidas ou se novos problemas possam ter surgido. O acompanhamento de cada problema de saúde é registrado separadamente em formulário próprio.

3.3 SOAP NOTE (SUBJETIVO, OBJETIVO, AVALIAÇÃO E PLANO)

O SOAP *note* é um formato de documento comumente usado para documentar a situação de saúde dos pacientes de forma estruturada e organizada (ZIERLER-BROWN et. al, 2007).

Esse método utiliza uma documentação voltada para o problema de saúde, no qual S = informações subjetivas, O = informações objetivas do paciente, A = Avaliação do problema e P = plano de atenção (ROVERS et al., 2003).

Pode-se considerar o SOAP como uma versão abreviada de seguimento farmacoterapêutico em que apenas as informações pertinentes para o plano de cuidado de farmácia são fornecidas.

É um método muito utilizado por ser de fácil entendimento de outros profissionais da saúde (Figura 04).

S (Subjetivo)	
O (Objetivo)	
A (Avaliação)	
P (Plano)	

Figura 04. Modelo utilizado no método SOAP

Nesse SFT, cada letra de seu nome equivale a uma etapa (ZIERLER-BROWN, 2007):

- 1) Informações subjetivas: fase em que são obtidas informações não objetivas em relação ao paciente ou o histórico do prontuário, incluindo informações importantes sobre a farmacoterapia e quais medicamentos estão envolvidos. Essas informações promovem uma análise clínica em relação à severidade da condição do paciente, progressão da doença e grau de dor. Incluem: queixa principal, histórico da atual doença, histórico médico, social e familiar e uso anterior de medicamentos.

- 2) Informações objetivas: nessa fase são coletadas informações, que podem ser obtidas dos pacientes e/ou de registros de administração de medicamentos (ou banco de dados), tais como: uma descrição geral do paciente, exames físicos e laboratoriais, sinais vitais, temperatura, batimentos cardíacos, medicação utilizada atualmente, alergias e reações adversas a medicamentos.
- 3) Avaliação: fase em que se identificam possíveis PRMs e porque estão ocorrendo. É importante que os dados coletados anteriormente sejam organizados e interpretados. Podem-se realizar intervenções farmacêuticas e verificar se a farmacoterapia está sendo realizada de forma correta. Uma meta para melhoria do tratamento deve ser especificado para cada problema.
- 4) Plano de atenção: etapa em que são realizadas medidas educacionais, intervenções necessárias e recomendações ao paciente. Podem incluir avaliações laboratoriais ou de diagnóstico, alterações na terapia medicamentosa (dose, medicação, posologia, frequência), mudança de hábitos de vida (dieta, prática de exercícios físicos), etc.

É possível que apareçam erros que diminua a eficácia desse SFT, tais como:

- Informações anotadas em fases erradas;
- Dados incorretos ou vagos;
- Exclusão de fatores importantes ou a adição de fatores desnecessários;
- A falta de um raciocínio lógico e correto na etapa das intervenções;
- Incorreta avaliação de problemas ou no plano de monitorização.

3.4 TOM (THERAPEUTIC OUTCOMES MONITORING) - MONITORIZAÇÃO DE RESULTADOS TERAPÊUTICOS

É um método sistemático, estruturado e dinâmico desenvolvido para ser utilizado em farmácias comunitárias e que visa melhoria contínua da qualidade da terapia medicamentosa do paciente. Este método é voltado para doenças específicas e necessita de desenvolvimento de formulários para cada tipo de atendimento. Envolve em seu processo a participação do

farmacêutico, paciente e do médico. Entre seus objetivos está a correção de PRM e cuidado individual do paciente. De acordo com um relatório de uma reunião da OMS (1998), o método obedece as seguintes etapas:

- a) Coleta, interpretação e registro de dados relevantes do paciente: nessa fase, deve-se observar o histórico médico, terapêutico e social do paciente. Essas informações possibilitam ao farmacêutico conhecer sobre a farmacoterapia e enfermidade, além de estimar a adesão e identificar PRM;
- b) Registro dos objetivos terapêuticos do paciente: devem ser observados os objetivos clínicos (ponto de vista profissional) e relacionados à qualidade de vida (ponto de vista do paciente);
- c) Avaliação da adequabilidade do plano terapêutico: devem-se revisar os medicamentos utilizados na terapia, observando PRM e características do paciente;
- d) Desenvolvimento de um plano de monitorização: são anotadas informações importantes para monitorar a evolução do paciente na busca do sucesso terapêutico;
- e) Dispensação do(s) medicamento(s), orientação: nessa fase, deve-se conscientizar o paciente sobre a importância da adesão ao tratamento e cumprimento dos objetivos terapêuticos e como deve proceder para alcançá-los, como por exemplo, o modo correto da utilização dos medicamentos;
- f) Implementação do plano de monitorização: etapa onde é colocado em prática o plano de monitoração, com agendamento de novo encontro. É importante que sejam documentados as informações, problemas e intervenções realizadas. A evolução do paciente deve ser revisada, bem como a correção de PRM.

4 A IMPORTÂNCIA DOS SFTs NA SAÚDE

Foram encontrados vários artigos (citados abaixo) que comprovam a melhoria dos resultados clínicos de pacientes portadores de diversas patologias, motivados pela prática da ATENFAR. Além disso, demonstram a importância e a necessidade do serviço de atenção farmacêutica na saúde e também a queda do número de PRMs motivados pelo programa do SFT.

4.1 RELATOS DA PRÁTICA DA ATENFAR UTILIZANDO O MÉTODO DÁDER

Estudo feito por Zanghelini et al. (2013) com 26 pacientes analisou a influência da prática da ATENFAR, utilizando o Método Dáder e o Teste de Controle de Asma, na melhora dos resultados terapêuticos de pacientes que possuíam asma grave não controlada e que faziam uso de formoterol associado a budesonida. Os pacientes tinham idade média de 55 ± 11 anos e o tempo de acompanhamento foi de pelo menos seis meses. Foram observados 58 PRM, com média de 2,5 por paciente. O PRM mais comum foi o de insegurança não quantitativa em 11 usuários, em que 31% era causada por reação adversa a medicamentos. Foram feitas 65 intervenções. A maioria dos pacientes apresentaram melhora após tratamento medicamentoso contra asma e acompanhamento farmacoterapêutico. Apenas dois não apresentaram resultados clínicos positivos.

Os resultados positivos obtidos com a Atenção Farmacêutica foram demonstrados em estudo proposto por Zubioli et al. (2013), que avaliou um programa de atenção farmacêutica que aumentou a eficácia da farmacoterapia no tratamento de pacientes portadores de diabetes do tipo 2, além da redução de riscos de complicações de diabetes e outras doenças crônicas. Foram acompanhados diabéticos que possuíam glicemia de jejum acima de 140 mg/dL ou hemoglobina glicosilada considerada alta (acima de 7%). O programa incluía estratégias de vários SFT, incluindo o método Dáder, onde avaliava o estilo de vida, a farmacoterapia e a monitorização de teste laboratoriais e sinais vitais. Essa rotina foi feita quatro vezes durante um ano. A cada consulta foi proposta uma educação contínua ao paciente em relação aos cuidados com a saúde e o uso dos seus medicamentos. Cinquenta pacientes cumpriram o programa. Houve redução nas taxas de glicemia, hemoglobina glicosilada, colesterol,

triglicérides e pressão arterial. As correções dos PRMs também colaboraram para melhora do quadro clínico e queda de complicações causadas por diabetes.

Leonor e Ernesto (2012) realizaram um trabalho de acompanhamento farmacoterapêutico utilizando o método Dáder para buscar e resolver possíveis PRM. Neste experimento, foram acompanhados 35 pacientes com idade entre 60 e 90 anos. Foram encontrados PRMs em 98% dos pacientes, sendo mais comuns os problemas associados à necessidade (tal como uso indevido do medicamento) e os de segurança (reações adversas e interações medicamentosas). Grande partes das intervenções foram aceitas (82%) e quase metade dos PRMs foram solucionados.

Resultados apresentados por Souza Júnior et al. (2009) demonstraram a importância do Método Dáder em pacientes portadores de doenças de Chagas. Esse tratamento é limitado pela toxicidade, o que dificulta adesão e conseqüentemente a cura. O presente estudo acompanhou 19 pacientes que faziam uso de benzonidazil (BNZ) pelo ambulatório do Hospital Universitário Walter Cantídio, no período de novembro de 2006 a setembro de 2007. Foi visto um total de 148 PRMs, sendo 42% relacionado à necessidade, 33% efetividade e 25% à segurança, principalmente devido à presença de reações adversas, o que torna difícil a adesão e qualidade de vida dos pacientes que faziam uso de BNZ.

Apesar da sua importância, a ATENFAR ainda é pouco praticada. Holbach et al. (2006) analisou o nível de conhecimento dos profissionais farmacêuticos sobre o método Dáder em um município da região oeste do Paraná. Um questionário foi aplicado para 45 responsáveis técnicos de farmácia em 2005. A maior parte dos entrevistados entendem ATENFAR como o ato de informar os pacientes sobre posologia, indicação terapêutica, interações, porém essa definição está relacionada com a dispensação do medicamento no ciclo da Assistência Farmacêutica. Foi visto que apenas 13% conheciam o Consenso Brasileiro de ATENFAR e apenas 11% utilizam o método Dáder para o desenvolvimento da prática desse programa em farmácias. Apenas 55% sabiam o que é PRM e 11% conheciam o Consenso de Granada, o qual foi o encontro que definiu PRM. Os resultados mostram uma certa confusão por parte dos entrevistados em relação aos conceitos ATENFAR e Assistência Farmacêutica. Isso demonstra a necessidade de melhorar o preparo na formação acadêmica para se praticar a ATENFAR.

Um projeto proposto por Couto et al. (2010) teve como objetivo implantar ATENFAR no Hospital do Câncer I do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Foram acompanhados 40 pacientes portadores de leucemia mielóide crônica (LMC) no período de

julho de 2009 a fevereiro de 2010. Foi realizada uma consulta por mês na qual foi possível detectar 75 problemas de saúde (além da LMC) e 43 PRM em 55% dos pacientes. O PRM mais frequente foi o associado a inefetividade quantitativa. Foram realizadas 58 intervenções farmacêuticas em 23 pacientes, com predomínio das intervenções farmacológicas. O programa de ATENFAR foi implantado com resolução de 79% dos PRM e 60% dos problemas de saúde não relacionados ao medicamento foram controlados.

4.2 RELATOS DA PRÁTICA DA ATENFAR UTILIZANDO O PW

Estudo realizado por Rosa et al. (2010) utilizou PW como metodologia de atenção farmacêutica e buscou detectar PRM de 44 pacientes que tinham hepatite C e que utilizavam peguinterferon alfa 2a ou 2b e ribavirina no polo de aplicação e monitoramento de medicamentos injetáveis do Hospital Nereu Ramos em Florianópolis. Foram realizadas consultas durante nove meses e descobertos 55 PRM relacionados à segurança devido ao aparecimento de reações adversas (34), à necessidade de um tratamento adicional (17) e subdose (4). A partir daí, foram realizadas intervenções que foram efetuadas pelo farmacêutico ou equipe de saúde. Assim, esse SFT apresentou-se como ferramenta importante na detecção, prevenção e resolução de PRM também no tratamento da hepatite C.

Martins et al. (2013) analisou o modelo PW de ATENFAR em pacientes com Hipertensão Arterial assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde de Goiânia-GO. Participaram do estudo 14 pacientes e foram registrados 142 PRM (sendo o mais frequente a falta de efetividade do tratamento – 33%). Foram realizadas 135 IFs das quais 92% se deram por comunicação farmacêutico-paciente. Quase metade das IFs foram implantadas e com isso houve redução do risco cardiovascular. Entre os pacientes hipertensos e diabéticos, observou-se redução de glicemia de jejum em seis. O modelo de Atenção Farmacêutica proposto foi capaz de detectar PRM propondo intervenções para resolvê-los e preveni-los e, conseqüentemente, pode ter contribuído na melhora de parâmetros clínicos como glicemia de jejum e risco cardiovascular em pacientes hipertensos assistidos pela ESF.

Projeto proposto por Dantas et al. (2012) buscou apontar PRM de pacientes asmáticos através da prática da ATENFAR utilizando como método o PW durante um ano. As intervenções farmacêuticas realizadas incluíram ações diretas de educação, treinamento do manuseio de dispositivos inalatórios junto ao paciente, e recomendações aos prescritores e

pacientes. Foi identificada uma média de 1,8 PRM/paciente, num total de 64. O PRM mais recorrente foi o não cumprimento do tratamento proposto (31%), principalmente por não entendimento das instruções médicas, ocasionando uso incorreto dos medicamentos inalatórios ou baixa dose/incorrecta. Após as intervenções, as medidas do pico de fluxo expiratório noturno aumentaram significativamente, não sendo necessário usar broncodilatador de curta duração. A utilização da ATENFAR diminuiu os sintomas da doença e melhorou o estado de saúde dos pacientes asmáticos ambulatoriais através da otimização do uso de medicamentos.

Silva et al. (2013) avaliou o serviço de ATENFAR ao fazer um acompanhamento com 14 pacientes idosos com dislipidemia e que faziam uso de sinvastatina. O estudo foi feito em uma farmácia em Pernambuco por seis meses e utilizou PW como metodologia. Foram identificados 45 PRMs (média de 3,2 por paciente). Desses, os mais recorrentes foram associados à segurança da terapia (35%), principalmente a administração incorreta de medicamentos. As IFs solucionaram 82% dos PRM, reduzindo dessa forma os níveis de lipoproteínas aterogênicas e pressão arterial. O serviço de ATENFAR se mostrou positivo para melhoria da farmacoterapia dos pacientes.

4.3 RELATOS DA PRÁTICA DA ATENFAR UTILIZANDO O SOAP NOTE E TOM

Arnet et al. (2012) reportou um caso onde um importante erro foi descoberto pela comunidade farmacêutica durante a implementação da atenção farmacêutica, utilizando com método o SOAP NOTE. O estudo revelou uma intoxicação devido ao uso indevido de metotrexato poucos dias após o seu uso. O erro se deu por uma interpretação incorreta da prescrição médica, a qual acarretou na administração diária do medicamento ao invés de semanal como havia sido instruído. A paciente foi acompanhada por dois meses e justificou o erro por “acreditar estar fazendo o uso de forma correta”. Essa descoberta não foi acidental. O SOAP NOTE se mostrou fundamental na descoberta de PRM.

Alguns outros estudos também demonstraram a utilidade do SOAP note. Um trabalho realizado por Kraff et al. (2009) mostrou otimização da terapia medicamentosa de um paciente ao utilizar o método. Já Hohmann et al. (2008) acompanhou uma paciente, utilizando o SOAP note, de 61 anos que havia sofrido isquemia cerebral. Foram descobertos PRM e realizadas intervenções.

Kassam et al. (2001) descreveu o programa de ATENFAR intitulado *Pharmaceutical Care Research and Education Project*. O estudo contou com 159 pacientes que foram acompanhados e após acompanhamento foram relatados 559 PRMs, tendo como base o SOAP NOTE. O mais comum dos problemas foi a necessidade adicional de uma medicação. Foram realizadas 346 intervenções farmacêuticas e 40% dos PRM foram resolvidos, controlados ou tiveram certa melhora. Boa parte dos pacientes (76%) e prescritores (72%) aceitaram a implantação da ATENFAR. Assim, esse trabalho mostrou que a prática da ATENFAR, utilizando métodos como SOAP NOTE, possibilita maiores descobertas de PRM.

Grainger-Rousseau et al. (1997) desenvolveu modelo de TOM para pacientes asmáticos seguindo 7 etapas. Foram entrevistados farmacêuticos, prescritores e pacientes sobre a viabilidade e utilidade do modelo. Todos se mostraram favoráveis em relação à participação da comunidade farmacêutica neste modelo de ATENFAR. Dos 12 farmacêuticos participantes, sete conseguiram implantar com sucesso o TOM em seus locais de trabalho. Foram recrutados 49 pacientes. Viu-se que os maiores desafios foram a documentação do cuidado e a comunicação com o prescritor. TOM foi um sucesso do ponto de vista técnico, porém não de uma perspectiva de mercado. Houve dificuldade na participação dos pacientes e o conceito não parece se espalhar de forma espontânea dentro do mercado existente para serviços farmacêuticos.

Resultados importantes foram obtidos em estudo feito por Herborg et al. (2001), que avaliou os efeitos de TOM em 500 pacientes asmáticos na Dinamarca com idade entre 16 e 60 anos. Em um processo de sete etapas, TOM identificou como resolver PRM que poderiam resultar em falha na terapia ou em algum efeito adverso. TOM requer cooperação entre farmacêutico, prescritor e paciente. Foram utilizados como parâmetros o quadro clínico da asma, dias da doença, PRM, reações adversas e outros erros. Foram encontradas melhorias em todos esses parâmetros. O projeto demonstrou que TOM utilizado pelos farmacêuticos é uma forma efetiva para melhorar a farmacoterapia para pacientes asmáticos na atenção primária.

5 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE SFT

A prática correta da atenção farmacêutica requer do farmacêutico conhecimento sobre a medicação do paciente e a forma que ele a utiliza, além da situação dos seus problemas de saúde e como ele se sente após utilização do medicamento. Uma atenção farmacêutica de qualidade não pode ser fornecida com conhecimento apenas superficial do paciente.

É necessário que seja feito um acompanhamento profundo para se identificar o problema e buscar a solução. A partir daí será possível formular e implantar um plano para corrigir o problema.

Quando o farmacêutico realiza o acompanhamento dos pacientes, ele busca respostas as seguintes questões:

- Os medicamentos prescritos estão de fato ajudando o paciente?
- Seus problemas de saúde foram resolvidos ou estão sob controle?
- Os objetivos fixados para a terapia foram alcançados?
- A medicação está causando novos problemas?

A partir dessas perguntas pode-se iniciar aplicação do SFT, o qual é composto por três fases:

1. Anamnese Farmacêutica;
2. Interpretação de Dados;
3. Processo de Orientação.

A prática da ATENFAR não é exclusiva do âmbito hospitalar. Ela também pode ser realizada em farmácias públicas, comerciais, ambulatoriais ou até em domicílio.

Uma forma de se realizar um acompanhamento adequado é através de consultas farmacêuticas. Essa deve ser realizada em local privativo, em ambiente tranquilo, com mesas e cadeiras confortáveis para o paciente e computador com acesso à internet. É importante que as consultas sejam agendadas.

A atenção Farmacêutica pode ser realizada empregando-se várias metodologias. Estes métodos diferem em relação à forma de demonstração de resultados, modalidades de trabalho e ao número e a caracterização dos PRM.

Todos os SFTs se mostraram eficazes na prática da atenção farmacêutica. Não foram encontrados parâmetros que comprovem diferença de desempenho entre esses métodos. Porém, foi visto que cada um pode ser aplicado em determinada ocasião por apresentar metodologias diferentes.

Todos os modelos apresentam vantagens e desvantagens quando comparados. A escolha do método depende da formação e da prática profissional.

O SOAP é o método que possui documentação simples. Não existe um formulário específico com itens que sirvam de guias para os passos a serem realizados. Assim, permite o registro em forma de texto de forma fácil e simples, sem padronização. Esse método tem como ponto negativo a dificuldade de consultas posteriores ou análise do plano proposto em forma estrutural e lógica (ZIERLER-BROWN et. al, 2007).

O PW e o método Dáder possuem documentação mais estruturada para o atendimento ao paciente. Isso facilita a prática do SFT. Como lado negativo, tem-se o aumento do tempo de encontros ou consultas. Esses métodos utilizam metodologia mais complexa que permitem estudo profundo de toda situação de saúde do paciente. Por isso são os mais utilizados na prática e os que possuem maiores números de trabalhos publicados.

Diferentemente do método Dáder, o PW leva em consideração a não adesão à terapia por parte do paciente como PRM.

O PW faz uma análise mais profunda do estado de saúde do paciente quando comparado com o método Dáder. O PW estuda diversos fatores históricos e atuais que poderão contribuir na descoberta de possíveis PRMs, tais como: histórico de vacinas, medicamentos utilizados anteriormente, doenças anteriores, hábitos sócias e de vida, entre outros parâmetros (CIPOLLE, 2004).

O TOM foi desenvolvido para utilização em farmácias comunitárias e sugere que a atenção farmacêutica seja aplicada a grupos de pacientes que possuem a mesma enfermidade ou patologia. Esse método é voltado para doenças específicas, necessitando desenvolvimento de formulários para cada tipo de atendimento, o que torna difícil a sua prática (OMS, 1998).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção farmacêutica constitui um novo modelo de atuação do profissional farmacêutico, capaz de avaliar e identificar os riscos da farmacoterapia. Dessa forma, pode prevenir e evitar possíveis PRMs, reações adversas e interações medicamentosas.

Assim, além de melhorar a qualidade de vida do paciente, a atenção farmacêutica tornar o tratamento mais seguro, racional e eficiente. Associado a isso, estão as medidas não farmacológicas que contribuem para melhoria da saúde do paciente.

7 REFERÊNCIAS

- AIRES, C.C.N.F.; MEIRELES, M. E. C. Implantação da Atenção da Atenção Farmacêutica na Saúde Pública do Município de Maceió-AL. In: Seminário Internacional para Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS, 2006, Brasília. **Anais...** Ministério da Saúde, 2006. 122p. p.87-88.
- ALMEIDA, M. Q. de. **Atenção Farmacêutica a hipertensos da Unidade de Saúde da Família São Jorge**. 64f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica) – Curso de Especialização em Assistência Farmacêutica, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, 2007.
- AMERICAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION. **Principles of Practice for Pharmaceutical Care**. Washington, DC, 1995.
- ANDRADE, M. A.; DA SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. F. **Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos**, 2004. Disponível <http://www.fasi.edu.br/files/biblioteca/Assistencia_farmacutica_como_estratgia.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2013.
- ARMANDO, P.; SEMERIA, N. et al. Pharmacotherapeutic follow-up of patients in community pharmacies. **Aten. Primaria**, v.36, n.3, jul./aug, p.129-134. 2005.
- ARNET, I.; BERNHARDT, V.; HERSBERGER, K.E. Methotrexate intoxication: the Pharmaceutical Care process reveals a critical error. **J. Clin. Pharm. Ther.**, v. 37, n.2 p. 242-244, apr. 2012.
- 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**. 2a. Ed. New York: McGraw-Hill, 2004.
- CLAUMANN, R. de C. N. **O farmacêutico e a Atenção Farmacêutica no novo contexto da saúde**. 2003. 95f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- COMITÊ DE CONSENSO. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). **Ars Pharm.** v.43 n. (3-4), p. 175-184, 2002.
- COMITÊ DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM). **Ars Pharm.**, Granada, v.48, n.1, p.5-17, 2007.
- CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. **Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24p.

CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; FERREIRA, L. C.; BAPTISTÃO, S. A. M. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. **Rev. Bras. Cien. Farm.** Vol. 43, n. 1, jan/mar, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v43n1/06.pdf>> Acesso em: 02 de fevereiro de 2014.

COUTO, D. H. N. C.; CAVA, C. E. M.; CAVA, P. K. P.; WINKELMANN, L. R.; DALLA, E.; BOECHAT, L. **Projeto piloto de atenção farmacêutica no Hospital do Câncer I/INCA.** Rio de Janeiro; INCA; 2010. 1 p. tab.

DANTAS, S. C. C. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes asmáticos em ambulatório de referência do Ceará: resultados clínicos. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde.** São Paulo v.3 n.3 11-17 jul./set. 2012.

FREITAS, O.; CHAUD, M.V.; UETA, J.; SHUHAMA, I.K. O farmacêutico e a farmácia: Uma análise retrospectiva e prospectiva. **Rev. Pharm. Bras.**, v.30, n. p.85-87, 2002.

GOMES, M. J. V. de M.; REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em Farmácia Hospitalar.** 1ª ed., São Paulo, Editora Atheneu, 2011.

GOUVEIA, W. A. At center stage: Pharmacy in the next century. **Am. J. Health-Syst. Pharm.** v.56, p.2533, 1999.

GRAINGER-ROUSSEAU, T. J. et al. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. **J. Am. Pharm. Assoc. (Wash).**, v.37, n.6, p. 647-661, nov./dec.2007

HEPLER, C. D.; GRAINGER-ROUSSEAU, T. J.; Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? **Drugs**, v. 49, n. 1, p. 1-10, 1995.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v. 47, n.3, p. 533-543, 1990.

HERBORG, H. et al. Improving drug therapy for patients with asthma--part 1: Patient outcomes. **J. Am. Pharm. Assoc. (Wash).**, v. 41, n. 4, p. 539-50, jul./aug.2001

HOHMANN, C.; RADZIWILL, R.; WALTER, A.; KLOTZ, J. M.; STOCK, A.; JACOBS, A.H. Pharmaceutical care for a patient with ischemic stroke. **Med. Monatsschr. Pharm.**, v. 31, n. 2, p. 61-66, feb. 2008.

HOLBACH, D. M.; DOBLINSKI, P. M. F.; DELAPORTE, R. H. Estudo do conhecimento dos profissionais farmacêuticos sobre a metodologia Dáder de atenção farmacêutica. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 2, p. 81-85, mai./ago. 2006.

HOLLAND, R. W.; NIMMO, C. M. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. **Am. J. Health-Pharm.** v. 56, n.17, p. 1758-1764, 1999.

KASSAM, R. et al. Pharmaceutical care research and education project: pharmacists' interventions. **J. Am. Pharm. Assoc. (Wash).**,v 41, n.3, p. 401-10, may./jun.2001.

- KRAFF, S. et al. Pharmaceutical care for a multimorbid patient mainly suffering from chronic obstructive pulmonary disease. **Med. Monatsschr. Pharm.**, v. 32, n.3, p.97-101, mar. 2009.
- LEE, M. P.; RAY, M. D. Planning for pharmaceutical care. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v. 50, n.6, p. 1153-1158, 1993.
- LEONOR, O. L. I.; ERNESTO, V. R. M. Drug related problems associated with the psychoactive drugs used on geriatric, hospitalized patients. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo v. 48, n. 3, Sept. 2012.
- MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. J. **Método Dáder: manual de acompanhamento farmacoterapêutico**. Granada: GIAF-UGR, 2003.
- MARTINS, B. P. R.; et al. Pharmaceutical Care for hypertensive patients provided within the Family Health Strategy in Goiânia, Goiás, Brazil. **Braz. J. of Pharm. Sci.** v.49, n.3, jul./sep., 2013.
- MENEZES, E.B.B. Atenção farmacêutica em xeque. **Rev. Pharm. Bras.**, v.22, n. p.28, 2000.
- MIKEAL, R.L.; BROWN, T.R.; LAZARUS, H.L.; VINSON, M.C. Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v.32, n.6, p.567-574, 1975.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Pharmacy Based Asthma Services-Protocol and Guidelines**. Copenhagen, Dinamarca. EUR/ICP/QCPH,1998.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The role of the pharmacist in the health care system**. Geneva: OMS, 1994. 24p. (Report of a WHO Meeting).
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta**. Brasília, OPAS, 24 p, 2002b.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Termo de Referência para reunião do grupo de trabalho: Interface entre Atenção Farmacêutica e Farmacovigilância**. Brasília, OPAS, 28 p, 2002c.
- PENNA, R. Pharmaceutical care: Pharmacy's mission for the 1990s. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v. 47, n. 3 p. 543-549 marc. 1990.
- ROSA, J.A. da. et al. Seguimento farmacoterapêutico dos pacientes em tratamento da hepatite C crônica. **Rev. Bras. Farm.**, v. 91n. , p. 162-169, 2010.
- ROVERS, J.P. et al. **A Practical Guide to Pharmaceutical Care**. 2 ed. Washington, EUA, 2003.
- SABATER, D.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; PARRAS, M.; FAUS, M. J. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapêutico. **Seguim Farmacoter** 2005; 3 (2): 90-97.

SANTOS, H M.; FERREIRA, P. I.; RIBEIRO, P.L.; CUNHA, I. **Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico. Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos.** Universidade Lusófona, Lisboa (2007).

SILVA, A. S. da. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes com dislipidemia em uso de sinvastatina no componente especializado de assistência farmacêutica: um estudo piloto. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 34, n.1, mar. 2011.

SOUZA JUNIOR, A. S. de; COELHO, H. L. L.; FONTELES, M. M. de F.; OLIVEIRA, M. de F. Problemas relacionados a medicamentos em pacientes com doença de Chagas durante tratamento com benzonidazol em Fortaleza – CE. **Cad. Saúde Colet.**, (Rio J.), v.17, n.4, out./dez. 2009. tab.

STRAND, L. M.; MORLEY, P. C.; CIPOLLE, R. J. Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics. **Drug Intell Clin Pharm**, 1988; 22:63-6.

STURARO, D. A importância do acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes onco-hematológicos. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** V. 31 n.3, São Paulo, 2009.

WONCA Classification Committee. An international glossary for general/family practice. **Fam Pract**, 1995; 12(3): 341-369.

ZANGHELINI, F; ROCHA FILHO, J.A; CARVALHO, A. L.M.; SILVA, A.S. Impacto da atenção farmacêutica na função pulmonar de pacientes com asma grave /Impact of pharmaceutical care on lung function in patients with severe asthma. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v.34, n.(3)p. 379-386, fev. 2013

ZIERLER-BROWN, S.; BROWN, T. R.; CHEN D.; BLACKBURN, R. W. Clinical documentation for patient care: Models, concepts, and liability considerations for pharmacists. **Am. J. Health-Syst. Pharm.**, v. 64. set./ 2007.

ZUBIOLI, A. O farmacêutico e a automedicação responsável. **Pharm. Bras.**, v. 3, n. 22, p. 23-26, 2000.

ZUBIOLI, A.; SILVA, M. A. R. C. P. da; TASC, R. S.; CURI, R.; BAZOTTE, R. B. Pharmaceutical consultation as a tool to improve health outcomes for patients with type 2 diabetes. **Braz. J. Pharm. Sci.** v.49, n.1 São Paulo, jan./mar. 2013

ANEXOS

ANEXO A - FORMULÁRIOS UTILIZADOS NA FASE DE ENTREVISTA DO MÉTODO DÁDER (COMITÊ DE CONSENSO, 2007, P. 38-39).

Entrevista Farmacêutica: **Problemas de Saúde** Data: _____ Folha: / _____

Problema de Saúde: _____ Início: _____ _____ _____ _____	Problema de Saúde: _____ Início: _____ _____ _____ _____
Problema de Saúde: _____ Início: _____ _____ _____ _____	Problema de Saúde: _____ Início: _____ _____ _____ _____
_____ Início: _____ _____ _____ _____	Problema de Saúde: _____ Início: _____ _____ _____ _____

Entrevista Farmacêutica: **Medicamentos** Data: _____ Folha: / _____

Medicamento: _____ Substância Ativa: _____ R.S. que trata: _____ Prescritor: _____	Percepção da Eficácia: <i>responde?</i> _____ _____ Percepção da Segurança: <i>algã de efeitos?</i> _____ _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Data de início</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Data de fim</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Modo de uso e de administração</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Observações</td> </tr> </table>	Data de início		Data de fim		Modo de uso e de administração		Observações	
Data de início										
Data de fim										
Modo de uso e de administração										
Observações										
Medicamento: _____ Substância Ativa: _____ R.S. que trata: _____ Prescritor: _____	Percepção da Eficácia: <i>responde?</i> _____ _____ Percepção da Segurança: <i>algã de efeitos?</i> _____ _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Data de início</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Data de fim</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Modo de uso e de administração</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Observações</td> </tr> </table>	Data de início		Data de fim		Modo de uso e de administração		Observações	
Data de início										
Data de fim										
Modo de uso e de administração										
Observações										
Medicamento: _____ Substância Ativa: _____ R.S. que trata: _____ Prescritor: _____	Percepção da Eficácia: <i>responde?</i> _____ _____ Percepção da Segurança: <i>algã de efeitos?</i> _____ _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Data de início</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Data de fim</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Modo de uso e de administração</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Observações</td> </tr> </table>	Data de início		Data de fim		Modo de uso e de administração		Observações	
Data de início										
Data de fim										
Modo de uso e de administração										
Observações										

ANEXO B - FASE DE ENTREVISTA DO MÉTODO PW (CIPOLLE ET. AL, 2004).

Pharmacotherapy Workup© NOTES		ASSESSMENT			
CONTACT INFORMATION	Name				
	Address		City	State	Postal Code
	Telephone (h)	(w)	(cell)	e-mail	
	Pharmacy Name		Clinic Name		
	(tel)		(tel)		

DEMOGRAPHICS	Age	Date of Birth	Gender: M/F	
	Weight	Height	Lean Body Weight	
	Pregnancy status: Y/N	Breast Feeding: Y/N	Due Date	
	Occupation			
	Living Arrangements/Family			
	Health Insurance (coverage issues):			

REASON FOR THE ENCOUNTER

MEDICATION EXPERIENCE	What is the patient's general attitude toward taking medication?	Needs attention in care plan	
		Y	N
	What does the patient want/expect from his/her drug therapy?	Needs attention in care plan	
		Y	N
	What concerns does the patient have with his/her medications?	Needs attention in care plan	
		Y	N
	To what extent does the patient understand his/her medications?	Needs attention in care plan	
		Y	N
	Are there cultural, religious, or ethical issues that influence the patient's willingness to take medications?	Needs attention in care plan	
		Y	N
	Describe the patient's medication taking behavior	Needs attention in care plan	
		Y	N

CHILDHOOD IMMUNIZATIONS*	Birth	1 mo	2 mos	4 mos	6 mos	12 mos	15 mos	18 mos	24 mos	4-6 yrs	11-12 yrs	13-18 yrs
	Hepatitis B	Dose 1	Dose 2		Dose 3							
	Diphtheria, Tetanus, Pertussis		1	2	3		4					
	<i>Haemophilus influenzae</i> Type b		1	2	3	4						
	Polio-inactivated		1	2	3				4			
	Measles, Mumps, Rubella					1				2		
	Varicella (chicken pox)											
	Pneumococcal		1	2	3	4						
	Hepatitis A(children in high risk regions)									Hepatitis A Series		
	Influenza (Children ≥6 with asthma, diabetes, HIV, sickle cell, cardiac disease)					Yearly						

Current on all childhood immunizations

ADULT IMMUNIZATIONS*	19-49 YEARS	50-64 YEARS	65 YEARS & OLDER	
	Tetanus, Diphtheria (Td)	1 booster every ten years	1 booster every ten years	1 booster every ten years
	Influenza	1 dose annually for persons with medical or occupational indications or household contacts of persons with indications	1 annual dose	1 annual dose
	Pneumococcal (polysaccharide)	1 dose for persons with medical or other indications. (1 dose revaccination for immunosuppressive conditions)	1 dose for person with medical or other indications. (1 dose revaccination for immunosuppressive conditions)	1 dose for unvaccinated persons 1 dose revaccination

Current on all adult immunizations

*see <http://www.cdc.gov/nip> for more information

SOCIAL DRUG USE	Substance	History of Use	Substance	History of Use
	Tobacco <input type="checkbox"/> No tobacco use	<input type="checkbox"/> 0-1 packs per day <input type="checkbox"/> >1 packs per day <input type="checkbox"/> previous history of smoking <input type="checkbox"/> attempts to quit	Alcohol <input type="checkbox"/> No alcohol use	<input type="checkbox"/> < 2 drinks per week <input type="checkbox"/> 2-6 drinks per week <input type="checkbox"/> > 6 drinks per week <input type="checkbox"/> history of alcohol dependence
Caffeine <input type="checkbox"/> No caffeine use	<input type="checkbox"/> < 2 cups per day <input type="checkbox"/> 2-6 cups per day <input type="checkbox"/> > 6 cups per day <input type="checkbox"/> history of caffeine dependence	Other recreational drug use		

ALLERGIES & ALERTS	Medication Allergies (drug, timing, reaction—rash, shock, asthma, nausea, anemia)
	Adverse reactions to drugs in the past
	Other Alerts/Health Aids/Special Needs (sight, hearing, mobility, literacy, disability)

CURRENT MEDICAL CONDITIONS AND MEDICATIONS	INDICATION	DRUG PRODUCT	DOSAGE REGIMEN <small>dose, route, frequency, duration</small>	START DATE	RESPONSE <small>effectiveness/safety</small>

PAST DRUG THERAPIES	INDICATION	DRUG THERAPY	RESPONSE	DATE

PAST MEDICAL HISTORY (RELEVANT ILLNESSES, HOSPITALIZATIONS, SURGICAL PROCEDURES, INJURIES, PREGNANCIES, DELIVERIES)

NUTRITIONAL STATUS (NOTE DAILY INTAKE OF CALORIES, CALCIUM, SODIUM, CHOLESTEROL, FIBER, POTASSIUM, VITAMIN K)

calories	K ⁺	cholesterol	Vitamin K
calcium	Na ⁺	fiber	

OTHER FOOD OR DIETARY RESTRICTIONS/NEEDS

--

Vital signs: BP _____ / _____ HR _____ bpm Resp Rate _____ Temp _____

y/n

y/n

REVIEW OF SYSTEMS	General Systems	Poor appetite	GU/Reproductive	Dysmenorrhea/ menstrual bleeding	
		Weight change		Incontinence	
		Pain		Impotence	
		Headache		Decreased sexual drive	
		Dizziness (vertigo)		Vaginal discharge or itching	
	EENT	Change in vision	Hot flashes	Kidney/Urinary	Urinary frequency
		Loss of hearing	Bloody urine (hematuria)		Bloody sputum (hemoptysis)
		Ringing in the ears (tinnitus)	Renal dysfunction		Allergic rhinitis
		Bloody nose (epistaxis)	Excessive bruising	Glaucoma	Bleeding
		Bleeding	Anemia	Bloody sputum (hemoptysis)	
		Cardiovascular	Chest pain	Musculoskeletal	Back pain
		Hyperlipidemia	Arthritis pain (osteo/rheumatoid)		Arthritis pain (osteo/rheumatoid)
	Hypertension	Tendonitis	Tendonitis		
	Myocardial Infarction	Painful muscles	Painful muscles		
	Orthostatic hypotension	Neuropsychiatric	Numb, tingling sensation in extremities (parasthesia)		
	Pulmonary		Asthma	Tremor	
			Shortness of breath	Loss of balance	
			Wheezing	Depression	
	Gastrointestinal		Heartburn	Suicidal	Infectious Disease
		Abdominal pain	Anxiety, nervousness	Malaria	
		Nausea	Inability to concentrate	Syphilis	
		Vomiting	Seizure	Gonorrhea	
		Diarrhea	Stroke/TIA	Herpes	
		Constipation	Memory loss	Chlamydia	
	Skin	Eczema/Psoriasis	Infectious Disease	Tuberculosis	
		Itching (pruritis)			
		Rash			
	Endocrine Systems	Diabetes			
		Hypothyroidism			
		Menopausal Symptoms			
Hepatic	Cirrhosis				
	Hepatitis				
Nutrition/Fluid/ Electrolytes	Dehydration				
	Edema				
	Potassium deficiency				

DRUG THERAPY PROBLEMS TO BE RESOLVED

DRUG THERAPY PROBLEMS	MEDICAL CONDITION AND DRUG THERAPY INVOLVED	INDICATION
		<p>Unnecessary Drug Therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No medical indication <input type="checkbox"/> Duplicate therapy <input type="checkbox"/> Nondrug therapy indicated <input type="checkbox"/> Treating avoidable ADR <input type="checkbox"/> Addictive/recreational <p>Needs Additional Drug Therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Untreated condition <input type="checkbox"/> Preventive/prophylactic <input type="checkbox"/> Synergistic/potentiating
	MEDICAL CONDITION AND DRUG THERAPY INVOLVED	EFFECTIVENESS
		<p>Needs Different Drug Product</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> More effective drug available <input type="checkbox"/> Condition refractory to drug <input type="checkbox"/> Dosage form inappropriate <input type="checkbox"/> Not effective for condition <p>Dosage Too Low</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wrong dose <input type="checkbox"/> Frequency inappropriate <input type="checkbox"/> Drug interaction <input type="checkbox"/> Duration inappropriate
	MEDICAL CONDITION AND DRUG THERAPY INVOLVED	SAFETY
	<p>Adverse Drug Reaction</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Undesirable effect <input type="checkbox"/> Unsafe drug for patient <input type="checkbox"/> Drug interaction <input type="checkbox"/> Dosage administered or changed too rapidly <input type="checkbox"/> Allergic reaction <input type="checkbox"/> Contraindications present <p>Dosage Too High</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wrong Dose <input type="checkbox"/> Frequency inappropriate <input type="checkbox"/> Duration inappropriate <input type="checkbox"/> Drug interaction <input type="checkbox"/> Incorrect administration 	
MEDICAL CONDITION AND DRUG THERAPY INVOLVED	COMPLIANCE	
	<p>Noncompliance</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Directions not understood <input type="checkbox"/> Patient prefers not to take <input type="checkbox"/> Patient forgets to take <input type="checkbox"/> Patient cannot afford <input type="checkbox"/> Cannot swallow/administer <input type="checkbox"/> Drug product not available 	

No Drug Therapy Problem(s) at this time

ANEXO C - FASE DE DESENVOLVIMENTO DE UM PLANO DE CUIDADO DO MÉTODO PW (CIPOLLE ET. AL, 2004).

Pharmacotherapy Workup © NOTES	CARE PLAN
---------------------------------------	------------------

INDICATION _____

(Description and history of the present illness or medical condition including previous approaches to treatment and responses)

GOALS OF THERAPY (improvement or normalization of signs/symptoms/laboratory tests or reduction of risk)

- 1.
- 2.

DRUG THERAPY PROBLEMS to be resolved

None at this time

Therapeutic Alternatives (to resolve the drug therapy problem)

- 1.
- 2.

PHARMACOTHERAPY PLAN (Includes current drug therapies and changes)

MEDICATIONS (DRUG PRODUCTS)	DOSAGE INSTRUCTIONS (DOSE, ROUTE, FREQUENCY, DURATION)	NOTES CHANGES

Other interventions to optimize drug therapy

SCHEDULE FOR NEXT FOLLOW-UP EVALUATION:

