

# MÉTODOS CLÍNICOS PARA A PRÁTICA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Cassyano J Correr

Departamento de Farmácia - Universidade Federal do Paraná

## INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, o farmacêutico vem buscando firmar-se como clínico, integrante da equipe de atenção à saúde. Desde o surgimento da farmácia clínica e, posteriormente, da atenção farmacêutica, o que se busca é desenvolver uma prática focada no paciente e voltada à resolução e prevenção de problemas farmacoterapêuticos\*. Fundamentalmente pela necessidade de redução da morbimortalidade relacionada aos medicamentos, reiteradamente evidenciada<sup>1</sup>.

A profundidade dessa mudança, entretanto, faz necessário que o farmacêutico incorpore a sua práxis conhecimentos e habilidades que construam um novo referencial de atuação e padrão de qualidade. Entre esses, a adoção de um método clínico universal de abordagem de pacientes, a clara identificação da natureza dos problemas pertencentes ao seu escopo e um eficiente sistema de registro. Todos esses fatores são essenciais à construção de uma prática sustentável em longo prazo.

O conceito de atenção farmacêutica (pharmaceutical care) pode variar entre países, organizações e idiomas<sup>2,3,4,5</sup>. Essa diversidade, no entanto, não é visível na essência do conceito: uma prática farmacêutica clínica, centrada no paciente, cujo objetivo central é garantir que os pacientes obtenham o máximo benefício com a medicação que utilizam. O conceito de acompanhamento farmacoterapêutico, em alguns países, coincide com o conceito de pharmaceutical care sendo entendido como “processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário”<sup>3</sup>.

Vários métodos de atenção farmacêutica ou, mais especificamente, acompanhamento farmacoterapêutico vem sendo propostos nos últimos 20 anos. Entre eles, o Pharmacotherapy Workup, desenvolvido por Cipolle, Strand e Morley<sup>6</sup> e o Método Dáder, do Grupo de Pesquisa em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada<sup>7</sup>. Estes métodos destacam-se pelo número de farmacêuticos que os utilizam e pacientes atendidos<sup>8,9</sup> e pelas publicações envolvendo sua aplicação em diferentes cenários<sup>10,11,12,13</sup>.

O objetivo deste trabalho é revisar o desenvolvimento destes métodos, resultados de sua implantação e realizar uma análise comparativa entre eles.

## O MÉTODO CLÍNICO

Outras profissões da saúde vivenciaram momentos semelhantes à farmácia no desenvolvimento de seus modelos de atenção. A medicina, particularmente, vem aprimorando nos últimos 50 anos abordagens centradas no paciente e na resolução de problemas que permitiram o desenvolvimento de uma prática de

---

\* Neste trabalho os termos problemas relacionados com medicamentos - PRM (*Drug-Related Problems*) e problemas farmacoterapêuticos (*Drug Therapy Problems*) são tratados como sinônimos.

nível elevado. Esta evolução pode ser constatada em abrangente revisão realizada por McWhinney em seu livro sobre medicina familiar<sup>14</sup>.

Entre os autores responsáveis por essa evolução, cabe destacar o trabalho de Elstein et al<sup>15</sup>, que em 1978 apresenta um método voltado à resolução de problemas clínicos. Neste, a partir de um problema apresentado ao médico, ocorre a formulação e teste de hipóteses, a tomada de decisão e planejamento e o acompanhamento posterior. Também Pendleton et al<sup>16</sup>, em 1984, investigando a prática centrada no paciente, definem cinco tarefas do médico: 1) averiguação da razão que levou o paciente à consulta (incluindo o problema e as idéias que o mesmo tem sobre isso); 2) considerar outros problemas e fatores de risco, 3) escolha, em colaboração com o paciente, de uma atuação adequada a cada problema, 4) alcançar uma compreensão compartilhada dos problemas com o paciente e 5) envolver o paciente na gestão dos problemas e encorajá-lo a aceitar a responsabilidade adequada.

Anteriormente a isso, Weed, a partir dos anos 60, publica uma série de artigos<sup>17,18,19</sup> tratando do método clínico, dos registros médicos e da avaliação da qualidade que apresenta uma abordagem inovadora conhecida pela sigla POMR (*problem-oriented medical record*). O autor defende que não é possível avaliar a qualidade de uma prática clínica, se a atenção que o paciente recebe (e a forma como esta é registrada) apresenta uma formulação incompleta de problemas, dados ambíguos sobre o que é feito para cada problema e como estes são acompanhados<sup>20</sup>. Weed propõe quatro fases da ação médica: coleta de dados, identificação de problemas, planejamento e seguimento (quadro 1). Defende, ainda, a utilização do formato SOAP (dados subjetivos, dados objetivos, avaliação e plano) nas anotações de seguimento.

**Quadro 1.** Quatro fases da ação médica, segundo Weed et al. (1971)<sup>20</sup>.

<p>Fase 1. Coleta de dados - Organização do conjunto de dados do paciente incluindo história clínica, exame físico e resultados laboratoriais.</p> <p>Fase 2. Identificação de problemas - Formulação de uma lista completa dos problemas do paciente identificados pelo médico.</p> <p>Fase 3. Plano – Desenvolvimento de planos de ação para cada problema identificado.</p> <p>Fase 4. Seguimento – Acompanhar o progresso das ações realizadas e a evolução dos problemas abordados.</p>
--

Na farmácia, disponibilizadas as ferramentas da farmácia clínica, faltava ao farmacêutico uma abordagem direcionada ao cuidado dos pacientes. A utilização pioneira da abordagem POMR foi realizada por Kishi e Watanabe<sup>21</sup>, em 1974. Eles avaliaram o impacto da sua utilização em estudantes de farmácia sobre o desenvolvimento de habilidades de raciocínio clínico. Sob a mesma ótica, Strand, Morley e Cipolle discutiram a aprendizagem orientada por problemas e centrada no aluno e a necessidade de formação dos novos farmacêuticos com base nessa filosofia de ensino e prática<sup>22,23</sup>.

Em suma a necessidade da farmácia era desenvolver ou adaptar um método clínico de atendimento de pacientes, um sistema de documentação e uma lista de problemas farmacoterapêuticos que definissem claramente o objeto de trabalho e as responsabilidades do farmacêutico na equipe de saúde.

## PHARMACOTHERAPY WORKUP (PW)

Em 1988, Strand, Morley e Cipolle propõem um método chamado PWDT - Pharmacist Workup of Drug Therapy (Análise da Farmacoterapia pelo Farmacêutico)<sup>24</sup>. Os autores se baseiam no sistema POMR para desenvolver um raciocínio clínico e sistema de documentação adaptado à prática farmacêutica, a ser utilizado na identificação e resolução de problemas relacionados com medicamentos específicos dos pacientes. Mais tarde, um conceito e classificação de PRM são propostos<sup>25</sup> e se aprofunda a construção da base filosófica do que viria a ser conhecido então como atenção farmacêutica<sup>26</sup>. Após algumas modificações, o método é atualmente denominado Pharmacotherapy Workup<sup>6</sup> e também conhecido por modelo Minnesota<sup>27</sup>.

Após a publicação do conceito de atenção farmacêutica por Hepler & Strand<sup>26</sup>, foi desenvolvido um projeto na Universidade de Minnesota denominado "Minnesota Pharmaceutical Care Project". Este, coordenado pelo Instituto Peters de Atenção Farmacêutica consistiu no estudo da aplicação prática do PWDT por 54 farmacêuticos em 20 farmácias. Os resultados deste projeto, com duração inicial prevista de três anos, foram publicados em 1998 em livro<sup>28</sup> e traziam dados de 5480 pacientes atendidos durante os últimos doze meses do projeto. O estudo evidenciou as características da prática e seus resultados econômicos, demonstrando sua viabilidade e desenvolvendo um programa informático de suporte. Em 2000, foram divulgados resultados semelhantes<sup>29</sup> e, recentemente, foi publicado em livro<sup>6</sup> estudo descritivo com resultados da atenção farmacêutica em outros 5136 pacientes, atendidos em 26238 encontros por 95 farmacêuticos.

O Pharmacotherapy Workup consiste no raciocínio clínico desenvolvido pelo profissional na identificação das necessidades e problemas farmacoterapêuticos do paciente, enquanto o processo de atenção consiste nas etapas percebidas pelo paciente enquanto ele recebe atenção farmacêutica<sup>6</sup>. Este processo tem por base o relacionamento entre farmacêutico e paciente e divide-se em: 1) avaliação, 2) desenvolvimento de um plano de cuidado e 3) o acompanhamento da evolução do paciente.

Na primeira fase, o farmacêutico por meio de entrevista clínica deve coletar informações e avaliar de modo global o paciente a fim de certificar que cada agente terapêutico em questão está apropriadamente indicado, é o mais efetivo e seguro possível e se a adesão do paciente ao tratamento é adequada. Durante a entrevista com o paciente são coletadas informações sobre todos os medicamentos em uso, problemas de saúde, histórico de vacinações, hábitos de vida e dados clínicos e demográficos. A abordagem sobre os medicamentos se dá de forma sistemática de acordo com as necessidades relacionadas aos medicamentos percebidas pelos pacientes. Estas necessidades nascem da experiência com a medicação vivida por cada paciente. Realiza-se também uma revisão por sistemas e órgãos a fim de obter informações complementares. Esta fase é registrada em um prontuário específico composto por cinco páginas.

A experiência com a medicação (*medication experience*) é um conceito apresentado pelo grupo de Minnesota em publicações mais recentes<sup>6,8</sup> e é fruto do conjunto de eventos na vida de uma pessoa envolvendo medicamentos e como esses são vivenciados. A abordagem dessas experiências pelo farmacêutico se dá por meio de questões envolvendo a atitude, expectativas, crenças e medos em relação aos medicamentos, interferentes éticos, religiosos e culturais envolvidos e o comportamento do paciente na utilização dos produtos. O objetivo é ter em consideração estes aspectos na tomada de decisões durante as intervenções farmacêuticas. Os autores defendem que os farmacêuticos precisam ter um profundo

entendimento sobre a experiência com a medicação vivida por cada paciente a fim promover um impacto positivo nas decisões e experiências desse paciente<sup>8</sup>.

A identificação dos problemas farmacoterapêuticos e suas causas são feitas com base numa avaliação sistemática da indicação, efetividade, segurança e adesão do paciente à terapêutica, nessa ordem. Para isso, a estrutura do Pharmacotherapy Workup organiza-se pela análise da indicação, do produto farmacêutico, da posologia e dos resultados de saúde do paciente obtidos. O farmacêutico deve levar em consideração na análise desses quatro itens os sinais e sintomas do paciente, os valores laboratoriais anormais e as metas da terapia para análise da efetividade, e as reações adversas e toxicidade para a segurança. Efetividade e segurança são entendidas como dimensões dos resultados obtidos pela farmacoterapia. A adesão do paciente só deve ser considerada após essa análise.

O método considera uma classificação de PRM dividida em 7 categorias. Os PRM são entendidos por Strand *et al.* como um evento indesejável experimentado pelo paciente que envolve, ou suspeita-se que envolva, a farmacoterapia e que, atual ou potencialmente, interfere com um resultado de saúde desejado.

**Tabela X.** Classificação de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) segundo Cipolle, Strand e Morley<sup>6</sup>.

<b>Indicação</b> Farmacoterapia desnecessária Necessidade de farmacoterapia adicional
<b>Efetividade</b> Fármaco inefetivo Dosagem muito baixa
<b>Segurança</b> Reação adversa ao fármaco Dosagem muito alta
<b>Adesão</b> Não adesão à terapia

Concluída a fase de avaliação, tida como a que consome mais tempo, o farmacêutico elabora um plano de cuidado com finalidade de resolver cada um dos problemas encontrados, promover o alcance das metas terapêuticas e prevenir novos problemas farmacoterapêuticos. É formulado um plano de cuidado para cada tratamento em curso, havendo ou não PRM, e cada plano é registrado em um formulário próprio de uma página. Em seguida, é necessário monitorar 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 um formulário, também de uma página.

Assim, do ponto de vista do registro, o prontuário de um paciente atendido sob este método constará de um formulário de avaliação inicial e tantos formulários de plano de cuidado e monitorização quantos forem os problemas de saúde presentes ou tratamentos em curso.

Os autores do Pharmacotherapy Workup propõem um método universal de atenção farmacêutica que não é restrito para utilização por farmacêuticos. Nos Estados Unidos, o trabalho de atenção farmacêutica tem recebido status de nova prática profissional, não necessariamente privativa do farmacêutico, mas aberta a profissionais como médicos e enfermeiros. Os autores têm despendido também grande esforço na criação de um sistema de pagamento por serviços com base na complexidade da ação<sup>30</sup> e na criação de padrões de qualidade e serem seguidos pelos profissionais<sup>6</sup>.

## MÉTODO DÁDER (MD)

Na Espanha, o método Dáder de acompanhamento farmacoterapêutico foi proposto pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada (GIAF-UGR) em 1999. As necessidades argumentadas pelos autores para o desenvolvimento do método consistiam na necessidade de dispensar a utilização de programas informáticos, conhecimentos avançados prévios de farmacoterapia ou um complexo sistema de documentação dos processos e resultados. Além disso, deveria ser simples o suficiente para que o farmacêutico pudesse começar a trabalhar sem investir tempo ou recursos econômicos excessivos<sup>31</sup>.

Juntamente com o método, foi lançado o Programa Dáder<sup>32</sup>. O programa Dáder de implementação do seguimento farmacoterapêutico pretende conseguir que o farmacêutico aprenda a prover atenção farmacêutica a seus pacientes de uma forma totalmente prática. Para isso, organiza-se como um programa de educação continuada, em que os farmacêuticos cadastrados enviam formulários de intervenções realizadas em seus pacientes, recebendo certificados correspondentes a horas de formação.

A fase piloto do projeto, realizada entre janeiro e março de 2000, envolveu 24 farmácias e 48 farmacêuticos comunitários. Nesta pesquisa, foram identificados e resolvidos problemas relacionados com medicamentos de 174 pacientes, com processo e resolutividade semelhantes aos obtidos com outros métodos. Os autores finalizam concluindo que o método Dáder é útil na identificação e resolução de problemas relacionados com medicamentos dos pacientes<sup>31</sup>. Recentemente, estudo clínico controlado desenvolvido em Badajoz demonstrou que há melhora significativa na pressão arterial sistólica dos pacientes e é possível detectar e intervir sobre outros problemas farmacoterapêuticos não relacionados à hipertensão<sup>33</sup>.

Até o momento, participaram do programa Dáder 629 farmacêuticos, no atendimento de 5566 pacientes, tendo comunicado 12734 intervenções<sup>34</sup>.

O Método Dáder se baseia na obtenção da história Farmacoterapêutica do paciente, isto é, os problemas de saúde que ele apresenta e os medicamentos que utiliza, e na avaliação de seu estado situacional em uma data determinada a fim de identificar, resolver e prevenir os possíveis Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM) apresentados pelo paciente. Após esta identificação, se realizam intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRM e posteriormente se avaliam os resultados obtidos<sup>7</sup>.

O método, que também segue o modelo orientado por problemas de Weed<sup>17</sup> (POMR), consiste de algumas fases claramente diferenciadas:

1. Oferta do Serviço.
2. Primeira Entrevista.
3. Estado de Situação.
4. Fase de Estudo.
5. Fase de Avaliação.
6. Fase de Intervenção
7. Resultado da Intervenção.
8. Novo Estado de Situação.
9. Entrevistas Sucessivas.

Inicia-se o processo selecionando um paciente e ofertando-lhe o serviço. No caso de aceite do paciente, é marcado um dia e hora para realização da entrevista inicial e pede-se que traga os medicamentos que utiliza, as últimas prescrições e exames<sup>35</sup>.

A primeira entrevista<sup>36</sup> é estruturada e tem por objetivo estabelecer o vínculo farmacêutico-paciente e conhecer todos os problemas de saúde e medicamentos em uso. Constitui-se de três partes distintas: preocupações de saúde, sacola com medicamentos e revisão. Inicia-se com uma pergunta aberta sobre os problemas de saúde que mais preocupam o paciente. Na seqüência, acessam-se os medicamentos trazidos pelo paciente fazendo-lhe uma série de perguntas, com objetivo de conhecer em detalhes a forma como o paciente faz uso de cada um deles. Na última fase da entrevista, faz-se uma revisão sistemática por órgãos e sistemas, buscando descobrir novos medicamentos em uso ou problemas de saúde até então não relatados. Finalmente se obtém outros dados pessoais do paciente (hábitos de vida, informações demográficas, etc.) e se estabelece com o paciente como serão os próximos encontros.

Uma vez obtidas as informações relevantes, esta é resumida em um formulário denominado Estado Situacional. Este documento, um dos principais do método, se define como a relação entre os problemas de saúde e medicamentos, em uma data determinada. Representa uma “foto” do paciente em relação a estes aspectos<sup>7</sup>. Também é o documento que se deve utilizar para apresentar casos em sessões clínicas<sup>37</sup>.

Obtido o estado situacional, o farmacêutico realizará um estudo<sup>38</sup> de revisão aprofundada sobre os problemas de saúde e medicamentos, buscando obter informações que auxiliarão na avaliação global do paciente.

Na fase de avaliação o que se procura é identificar todos os problemas relacionados com medicamentos que acometem o paciente e riscos de surgimento<sup>7</sup>. O farmacêutico deve se valer de uma sistemática de identificação, que, juntamente com o estado situacional, compõem a base do raciocínio clínico proposto pelo método Dáder<sup>39,40</sup>. Esta consiste em avaliar cada tratamento em uso pelo paciente de acordo com sua necessidade ou não, efetividade e segurança e, ainda, a existência de problemas de saúde não tratados. Esta avaliação é registrada no estado situacional do paciente.

Os PRM são organizados em 6 categorias distintas e excludentes, de acordo com o proposto no II Consenso de Granada<sup>41</sup>.

**Tabela X.** Classificação de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) segundo o II Consenso de Granada<sup>41</sup>.

**Necessidade:**

Problema de saúde não tratado  
Efeito de um medicamento desnecessário

**Efetividade:**

Inefetividade não quantitativa  
Inefetividade quantitativa

**Segurança:**

Insegurança não quantitativa  
Insegurança quantitativa

O entendimento de PRM adotado pelo método Dáder os apresenta como problemas de saúde ou resultados clínicos negativos relacionados à farmacoterapia<sup>7</sup>. Esta abordagem busca diferenciar os problemas ocorridos no *processo* de uso dos medicamentos das falhas nos *resultados* farmacoterapêuticos e aproximar a linguagem daquela utilizada no meio médico. Vários trabalhos de membros do GIAF-UGR tem sistematicamente reforçado esta abordagem<sup>42,43,44,45,46</sup>.

Identificados os riscos e PRM manifestados no paciente, o farmacêutico deve acordar com este um plano de ação a fim de resolvê-los<sup>47</sup>. A Intervenção Farmacêutica é entendida como a proposta de atuação sobre o tratamento e/ou a atuação sobre o paciente, encaminhada a resolver ou prevenir um resultado clínico negativo da farmacoterapia<sup>48</sup>. Cada intervenção realizada (resolutiva ou preventiva) é registrada em um formulário próprio que juntamente com o estado situacional e folha de entrevista inicial compõem a história farmacoterapêutica do paciente. As intervenções encaminhadas aos médicos dos pacientes devem ser realizadas preferencialmente pela via escrita, por meio do envio de informes terapêuticos<sup>49</sup>.

No modelo de registro proposto devem-se organizar os formulários de modo que a cada encontro com o paciente o farmacêutico possa ter acesso ao seu último estado situacional e às intervenções iniciadas. No programa Dáder, estas intervenções devem ser enviadas pelos participantes à central do programa em Granada para fins estatísticos e de creditação.

Assim, o método Dáder propõe um procedimento concreto, no qual se elabora um estado situacional objetivo do paciente. Deste, derivam-se as intervenções farmacêuticas correspondentes, nas quais cada profissional conjuntamente com o paciente e seu médico decidem o que fazer em função dos conhecimentos e condições particulares que afetam cada caso<sup>7</sup>.

Na Espanha o sistema de saúde garante acesso praticamente irrestrito aos medicamentos a todo cidadão e as farmácias são concessões do estado exclusivas dos farmacêuticos. Assim, a atenção farmacêutica, e mais especificamente o acompanhamento farmacoterapêutico, representa uma evolução da qualidade dos serviços prestados nas farmácias comunitárias e posiciona-se legalmente como um dever dos farmacêuticos<sup>50</sup>, até agora de modo exclusivo. Ainda assim, o mestrado profissional em atenção farmacêutica da Universidade de Granada, em sua 15ª edição, é aberto a médicos e farmacêuticos<sup>51</sup>.

## DISCUSSÃO

A construção da atenção farmacêutica pode ser entendida como a construção de uma nova profissão farmacêutica. Muitos autores têm apontado insistentemente que o âmago da transformação consiste na mudança de foco do produto para o paciente. Não há dúvida da importância do método clínico como forma de instrumentalizar o profissional para esse caminho.

Os métodos apresentados nesse trabalho derivam diretamente do método clínico proposto por Weed para a classe médica. Este se orienta pela resolução de problemas identificados no paciente, a partir da coleta de dados e por meio de um plano de cuidado e seguimento detalhados. Por essa ótica, ambos compartilham da mesma linha de raciocínio lógico no desenvolvimento das etapas do processo de atenção ao paciente. Como comentam os autores de um deles, “há somente um processo de atenção ao paciente na atenção farmacêutica, assim como só há um processo padrão para provisão da atenção médica, odontológica ou de enfermagem”<sup>28</sup>.

Por essa ótica de análise, não se pode considerar o método pelas etapas do processo de atenção ao paciente. Estas são em suma, sempre as mesmas e não pertencem propriamente a uma escola, mas são inerentes ao cuidado em saúde. Assim, os métodos apresentados neste trabalho são, em sua essência, extensões do proposto por Weed há mais de 30 anos.

No entanto, considerando a abordagem orientada por problemas própria do processo de atenção, a verdadeira essência do método clínico aplicado à atenção farmacêutica consistirá na clara definição do objeto (problema) de trabalho do farmacêutico. Os problemas farmacoterapêuticos ou problemas

relacionados com medicamentos constituem esse grupo de eventos buscados, resolvidos e prevenidos pelos farmacêuticos na atenção farmacêutica. Que se pesem as argumentações em torno da importância do relacionamento farmacêutico-paciente nesse processo.

Ainda que a primeira classificação de PRM tenha sido proposta pelos autores do PW, os autores do método Dáder tem nos últimos anos tem tratado frequentemente a questão, reforçando seu entendimento dos PRM como resultados clínicos negativos da farmacoterapia. Nesse aspecto, os métodos apresentados apresentam uma diferença sutil, porém fundamental, de compreensão da natureza desses problemas.

O método Dáder aborda amiúde o foco nos resultados da farmacoterapia, notadamente os clínicos, e entende que há um PRM quando algum desses resultados esperados não é atingido. Assim, falhas no processo de uso dos medicamentos não constituem problemas farmacoterapêuticos em si mesmos, mas causas de resultados clínicos negativos, estes sim considerados PRM. A principal argumentação em torno dessa tese é a de que por muito tempo os farmacêuticos estiveram focados demasiadamente no processo da farmacoterapia, ignorando ou negligenciando seus resultados nos pacientes. Assim, o Dáder defende um método clínico orientado por resultados clínicos da farmacoterapia e propõe um raciocínio clínico assim orientado.

De forma semelhante, o PW orienta-se pelos resultados da farmacoterapia na definição de seu elenco de problemas farmacoterapêuticos. Isso fica claro quando os definem como um “evento indesejável experimentado pelo paciente...” No entanto, a manutenção da não adesão à terapêutica como um dos problemas enunciados expõe a manutenção da mistura entre causas e efeitos na classificação. Esta manutenção se justifica pela importância da não adesão como causa evidenciada de inefetividade e insegurança terapêuticas. Os autores reforçam com isso a importância da conveniência da medicação como forma de prevenção de resultados negativos. Ainda que ofereçam uma lista de causas possíveis de PRM, que poderia contemplar a não adesão como uma delas. Cabe ressaltar a recomendação de somente identificar a não adesão como problema concreto após a avaliação da indicação, efetividade e segurança o que deixa claro o entendimento dos autores sobre as diferenças entre causa e efeito acima descritas, ainda que não as contemplem na classificação.

Definida a natureza dos problemas-objeto do farmacêutico, a construção de um raciocínio clínico sistemático para sua identificação passa a ser o ponto fundamental de um método clínico de atenção farmacêutica. Poder-se-ia argumentar que a sistemática de identificação e definição da natureza dos problemas consiste, verdadeiramente, no próprio método e não parte dele.

Com relação a esse ponto, é possível identificar novamente semelhanças significativas entre os dois métodos, na medida em que ambos analisam a indicação/necessidade, efetividade e segurança da medicação como forma de diagnosticar problemas farmacoterapêuticos. O método Dáder propõe uma abordagem baseada em quatro perguntas que devem ser respondidas sobre o estado situacional do paciente: Cada tratamento é necessário? Está sendo efetivo? Está sendo seguro? Há problemas de saúde não tratados? As respostas conduzem à identificação de resultados negativos. O método apresenta, ainda, o entendimento dos problemas quantitativos ou não, considerando se o problema encontrado guarda relação ou não com o excesso ou escassez de quantidade de fármaco atuando<sup>40</sup>. O PW orienta sua abordagem sistemática pela análise da a) indicação, como forma de identificar medicamentos desnecessários ou problemas não tratados, do b) produto farmacêutico em si, como forma de identificar reações adversas e/ou inefetividade não relacionada à dose, c) pela posologia, para problemas de sub- ou sobredoses e d) pelos resultados de saúde obtidos, como forma de observar inefetividade e insegurança

terapêuticas no paciente. Ao final desta análise, deve-se observar o comportamento do paciente referente à falta de adesão terapêutica.

Outro aspecto que chama atenção entre os métodos consiste na abordagem proposta na entrevista clínica. O método Dáder preocupa-se com a qualidade da coleta de dados do paciente de modo a se obter um estado situacional o mais completo possível. Reiteradamente, os autores do PW reforçam a importância do acesso às necessidades do paciente relacionadas com a medicação. Esta linha investigativa do grupo de Minnesota culminou no amadurecimento do conceito de experiência do paciente com a medicação. Uma abordagem mais antropológica da farmacoterapia e da relação paciente-doença-medicação. Diversos autores têm trabalhado esse lado da atenção farmacêutica, entendendo que uma prática clínica orientado por problemas deve ser centrada no paciente e sua vivência com relação a isso. Os autores propõem que a essência da atenção farmacêutica deve ser a melhoria na experiência vivenciada pelo paciente com a medicação. Somente assim, haveria verdadeira mudança de foco do produto para a pessoa.

Há diferença substancial no modo de registro do processo de atenção entre os métodos. O Dáder organiza toda a documentação no estado situacional do paciente, que inclui a avaliação de PRM, e no registro das intervenções farmacêuticas. O formulário de cada intervenção realizada no Dáder condensa em uma só folha a identificação do problema, o plano de ação e a avaliação dos resultados. Cada intervenção para um PRM registrada em uma folha. No PW, o plano de ação para cada problema de saúde é elaborado de forma independente e o seguimento da evolução também. O registro no PW valoriza o plano de ação e seguimento de modo amplo, incluindo medidas não relacionadas diretamente à farmacoterapia. Pode-se dizer que o Dáder foca seu registro diretamente nas intervenções conduzidas para a resolução de problemas farmacoterapêuticos. Ainda que seja notória a preocupação de ambos os métodos sobre a abordagem integral do paciente e a consideração não somente da farmacoterapia, mas outras necessidades do paciente na construção do plano, a prioridade de registro pode ser considerada distinta entre os dois métodos.

Finalmente, mesmo analisando-se o contexto nacional particular de construção de cada método, observa-se que a base filosófica representada é a mesma: redução da morbi-mortalidade relacionada aos medicamentos. As diferenças sociais e de regulamentação da profissão entre os EUA e Espanha, entretanto, naturalmente conduzem os métodos por caminhos distintos. Na Espanha, ainda que de forma não exclusiva, o processo busca aproximar-se cada vez mais da farmácia comunitária. As preocupações em torno do desenvolvimento do método estão focadas no desenvolvimento de ferramentas cada vez mais eficientes que permitam ao farmacêutico comunitário incorporar o acompanhamento farmacoterapêutico as suas atividades na farmácia. No EUA, a atenção farmacêutica vem se firmando como prática autônoma, não necessariamente ligada à farmácia comunitária. Os autores do PW argumentam que a prática é possível na farmácia, contanto que de forma totalmente desligada do processo que envolve a dispensação de medicamentos, tanto física como financeiramente.

<b>MÉTODO DÁDER GIAF-UGR<sup>7</sup></b>	<b>PROCESSO DE ATENÇÃO AO PACIENTE WEED<sup>17</sup></b>	<b>PHARMACOTHERAPY WORKUP CIPOLLE, STRAND E MORLEY<sup>6</sup></b>
<p>A entrevista se estrutura em preocupações de saúde do paciente, medicamentos em uso e revisão por sistemas/órgãos. Os dados são registrados no prontuário História Farmacoterapêutica e posteriormente no estado situacional.</p>	<p>Coleta de dados e avaliação (Assessment)</p>	<p>A entrevista clínica considera problemas de saúde, medicamentos em uso e revisão por sistemas/órgãos. Considera a experiência com a medicação vivenciada pelo paciente como forma de abordar as necessidades deste em relação à medicação. Os dados são registrados no prontuário de avaliação.</p>
<p>Sistemática de Identificação com base na necessidade, efetividade e segurança da medicação. Classificação em 6 Resultados Clínicos Negativos (Clinical Negative Outcomes), sem lista extensa de causas. Os dados são registrados no estado situacional.</p>	<p>Identificação dos problemas do paciente (Assessment)</p>	<p>Sistemática de identificação com base na indicação, efetividade, segurança e comodidade da medicação. Classificação em 7 Problemas Farmacoterapêuticos (Drug Therapy Problems), incluindo lista das causas. Os dados são registrados no prontuário de avaliação.</p>
<p>Com base nos problemas identificados são realizadas intervenções farmacêuticas. Cada intervenção farmacêutica é registrada em um formulário específico de uma folha que inclui a descrição do problema, a ação desenvolvida e os resultados obtidos.</p>	<p>Plano de Cuidado de acordo com os problemas encontrados (Care Plan)</p>	<p>Para cada tratamento em curso, envolvendo ou não problemas farmacoterapêuticos, é desenvolvido um plano de cuidado específico. Cada plano é registrado em formulário próprio de uma página.</p>
<p>Nas visitas sucessivas do paciente, são avaliados os resultados das intervenções realizadas e estes darão origem a novos estados situacionais e reavaliações. A evolução é registrada no estado situacional (um novo estado após cada alteração) e folhas de intervenções (previamente realizadas).</p>	<p>Acompanhamento e avaliação de resultados das intervenções (Follow-Up Evaluation)</p>	<p>Após implementação dos planos de cuidado, o paciente é monitorado sobre a evolução dos problemas farmacoterapêuticos, alcance das metas terapêuticas e avaliação de novos problemas. Para cada problema de saúde os dados são registrados em formulário específico de uma página.</p>

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: Updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc* 2001, 41(2):192-199.
- <sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Tóquio, 1993.
- <sup>3</sup> Organización Pan-Americana de la Salud (org). Consenso Brasileño de Atención Farmacéutica: Proposta. Brasília: OPAS, 2002.
- <sup>4</sup> España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre atención farmacéutica. MSC, 2001.
- <sup>5</sup> APHA. Principles of pharmaceutical care. Disponible em: <http://www.aphanet.org/pharmcare/prinprac.html> acessado em 11/04/2006.
- <sup>6</sup> Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice – The Clinician’s Guide*. 2a. Ed. New York: McGraw-Hill, 2004.
- <sup>7</sup> Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. *Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Granada: Universidad de Granada, 2003.
- <sup>8</sup> Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. *Curr Pharm Des*. 2004;10(31):3987-4001.
- <sup>9</sup> Fernández-Llimós F, Faus MJ. Resultados del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico del paciente en España. *El Farmacéutico* 2002; (290): 83-88.
- <sup>10</sup> Armando P, Semeria N, Tenllado M, Sola N. Pharmacotherapeutic follow-up of patients in community pharmacies. *Aten Primaria*. 2005 Jul-Aug;36(3):129-34.
- <sup>11</sup> Fontana Raspanti D, Sola Uthurry N. Pharmacotherapeutic follow-up in hospitalised paediatric patients: adapting Dader methodology. *Farm Hosp*. 2003 Mar-Apr;27(2):78-83.
- <sup>12</sup> Silva Castro MM, Calleja Hernandez MA, Tuneu i Valls L, Fuentes Caparros B, Gutierrez Sainz J, Faus Dader MJ. Drug therapy follow-up in patients admitted to a Surgery Department. *Farm Hosp*. 2004 May-Jun;28(3):154-69.
- <sup>13</sup> Miller SW, Huey CE, Hord RS, Jackson RA. Drug-Regimen review in Pharmaceutical Care: Regulation-versus Resident Centered Review. *Consult Pharm* 1996; 11: 257-61.
- <sup>14</sup> McWhinney IR. *A textbook of family medicine*. 2ª Ed. Ontario: Oxford University Press, 1997.
- <sup>15</sup> Elstein AS, Schulman LS, Sprafkin AS. *Medical problem-solving: an analysis of clinical reasoning*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
- <sup>16</sup> Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford Medical Publications, 1984.
- <sup>17</sup> Weed LL. Medical records, patient care, and medical education. *Ir J Med Sci*. 1964 Jun;17:271-82
- <sup>18</sup> Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med*. 1968 Mar 14;278(11):593-600.
- <sup>19</sup> Weed LL. The problem oriented record as a basic tool in medical education, patient care and clinical research. *Ann Clin Res*. 1971 Jun;3(3):131-4.
- <sup>20</sup> Weed LL. Quality control and the medical record. *Arch Intern Med*; 1971, 127:101-5.
- <sup>21</sup> Kishi DT, Watanabe AS. A systematic approach to drug therapy for the pharmacist. *Am J Pharm Educ* 1974; 24:228-31.
- <sup>22</sup> Cipolle RJ. Drugs don’t have doses – People have doses! A clinical Educator’s Philosophy. *Drug Intell Clin Pharm*, 1986, 20:881-2.
- <sup>23</sup> Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ. A problem-based student-centered approach to pharmacy education. *Am J Pharm Educ* 1987; 51: 75-9.
- <sup>24</sup> Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC. Documenting the clinical pharmacist’s activities: back to basics. *Drug Intell Clin Pharm* 1988; 22:63-6.
- <sup>25</sup> Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Am J Hosp Pharm* 1990; Nov;24(11):1093-7.
- <sup>26</sup> Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990 Mar;47(3):533-43.
- <sup>27</sup> Pharmaceutical care: The Minnesota Model. *The Pharmaceutical Journal* 1997, 258(6949):899-904.
- <sup>28</sup> Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill, 1998.
- <sup>29</sup> Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC, Frakes M. Resultados del ejercicio de la atención farmacéutica. *Pharm Care Esp* 2000; 2:94-106.
- <sup>30</sup> Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Perrier DG. Levels of pharmaceutical care: a needs-based approach. *Am J Hosp Pharm* 1991, 48: 546-50.
- <sup>31</sup> Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica*, 42:1; 53-65, 2001.
- <sup>32</sup> Faus MJ. El Programa Dáder. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 73-74.
- <sup>33</sup> Suarez de Venegas C. Evaluación de resultados clínicos del seguimiento farmacoterapéutico, según el Método Dáder, en pacientes hipertensos. [DEA], Universidad de Granada 2003.

- 
- <sup>34</sup> Fernández-Llimós. Resultados del programa Dáder: 5 años. Seguimiento farmacoterapéutico 2004; 3(supl 1): 12-13.
- <sup>35</sup> Solá N. Oferta de servicio y primera visita en la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al paciente. El Farmacéutico 2002; (279): 58-62.
- <sup>36</sup> Caelles N, Ibáñez J, Machuca M, Martínez- Romero F, Faus MJ. Entrevista farmacéutico- paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. Pharm Care Esp 2002;4(1):55-59.
- <sup>37</sup> Aguas Y, De Miguel E, Suárez de Venegas C. Modelo para presentación de casos adaptado a la metodología Dáder. Pharm Care Esp 2002; 4(1): 60-63.
- <sup>38</sup> Solá N. Fase de estudio en la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al paciente. El Farmacéutico 2002; (282): 68-73.
- <sup>39</sup> Fernández Llimós F, Martínez- Romero F, Faus MJ. Problemas relacionados con la medicación. Concepto y sistemática de clasificación. Pharm Care Esp 1999;1(4):279-288.
- <sup>40</sup> Fernández-Llimós F, Faus, MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Tuneu L, Martinez-Martinez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. Seguim Farmacoter 2004; 2(3): 195-205.
- <sup>41</sup> Panel de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Ars Pharmaceutica 2002; 43(3-4):175-184.
- <sup>42</sup> Fernández-Llimós F, Faus MJ. Importance of medicine-related problems as risk factors. Lancet 2003; 362:1239.
- <sup>43</sup> F. Fernández-Llimós, L. Tuneu1, M.I. Baena, A. Garcia-Delgado and M.J. Faus. Morbidity and Mortality Associated with Pharmacotherapy. Evolution and Current Concept of Drug-Related Problems. Current Pharmaceutical Design, 2004, 10, 3947-3967.
- <sup>44</sup> Fernández-Llimós, Faus, MJ. Comment: Drug Related Problems Classification Systems. Annals of Pharmacotherapy 2004, 38, 1542-43.
- <sup>45</sup> Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martinez Martinez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 167-188.
- <sup>46</sup> Fernández-Llimós, Faus, MJ. From "drug-related problems" to "negative clinical outcomes". Am J Health-Syst Pharm 2005, 62(15):2348-50.
- <sup>47</sup> Solá N. Plan de actuación e intervención farmacéutica en la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al paciente. El Farmacéutico 2002; (284): 58-64.
- <sup>48</sup> Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 90-97.
- <sup>49</sup> Machuca M, Martínez-Romero F, Faus MJ. Informe farmacéutico- médico según la metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico. Pharm Care Esp 2000;2:358-363.
- <sup>50</sup> España. Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia.
- <sup>51</sup> Universidad de Granada. Máster Universitario en Atención Farmacéutica. 15ª Edición. Disponible em: <<http://www.ugr.es/%7Ects131/esp/WEBMAS15.HTM>>. Acesso em 11/04/06.