

# Cuidados Farmacêuticos:



## ferramentas para o acompanhamento farmacoterapêutico

Sabrina Calil-Elias  
Thais Ribeiro Pinto Bravo  
Thaísa Amorim Nogueira



2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO**  
**DA**  
**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**Cuidados Farmacêuticos: ferramentas para o  
acompanhamento farmacoterapêutico**

Sabrina Calil-Elias  
Thais Ribeiro Pinto Bravo  
Tháísa Amorim Nogueira

2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO**  
**DA**  
**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**Cuidados Farmacêuticos: ferramentas para o  
acompanhamento farmacoterapêutico**

Este e-book é produto educacional da disciplina Farmácia Clínica ministrada em 2024 pelas docentes Sabrina Calil-Elias e Thaísa Amorim Nogueira aos alunos do programa de pós-graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Cuidados farmacêuticos [livro eletrônico] :  
ferramentas para o acompanhamento  
farmacoterapêutico / organização Sabrina  
Calil-Elias, Thais Ribeiro Pinto Bravo,  
Tháisa Amorim Nogueira. -- Niterói,  
RJ : Ed. dos Autores, 2024.  
PDF

ISBN 978-65-01-28118-6

1. Farmacêuticos - Formação 2. Farmácia -  
Orientação profissional 3. Farmacoterapia  
I. Calil-Elias, Sabrina. II. Bravo, Thais Ribeiro  
Pinto. III. Nogueira, Tháisa Amorim.

24-245870

CDD-615.58

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Farmacoterapia : Manuais 615.58

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

## **Prefácio**

Este é um e-book construído para ser o primeiro contato de farmacêuticos ou estudantes com métodos de acompanhamento farmacoterapêuticos em diversos cenários.

Por vezes somos convidados a prestar serviços clínicos e não sabemos por onde começar. Qual o método que se encaixa melhor no SUS? Fui contratado para implementar um serviço de “Farmácia Clínica” num hospital privado, e agora? Quais dados são pertinentes ao meu serviço? O que eu devo perguntar? Qual tempo deve durar minha entrevista com um paciente? Bom, não há resposta direta para essas perguntas. Mas o primeiro passo talvez seja conhecer os principais métodos que se propõe a fazer algum tipo de acompanhamento farmacoterapêutico e entender cenários, premissas e fatores preponderantes para que cada método seja aplicado.

Assim, conhecendo alguns métodos, poderemos seguir implementando, adaptando, propondo rotinas de trabalhos que sejam condizentes com os espaços e recursos disponíveis nas unidades em que estamos atuando. Uma reflexão pautada na ciência e levando você a refletir sobre as condições preponderantes para atividade de acompanhar pacientes em seu uso diário de medicamentos, levando a melhores resultados da terapia com conforto e qualidade de vida.

Boa leitura!!!

## **Autores**

### **Alexandra Mello da Silva Campos**

Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestre em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal Fluminense e Doutoranda no Programa de Pós Graduação em Ciências Aplicadas em Produtos para Saúde na Universidade Federal Fluminense.

### **Ana Clara Duarte dos Santos**

Farmacêutico pela Faculdade Integral Diferencial - FACID|Wyden e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica na Universidade Federal Fluminense.

### **Ana Luisa Quadros dos Santos Mauro**

Farmacêutica pela Universidade Federal Fluminense, Mestre em Ciências Biológicas (Farmacologia e Química Medicinal) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Doutoranda no Programa de Pós Graduação em Ciências Aplicadas em Produtos para Saúde na Universidade Federal Fluminense.

### **Carolina Mattos Sant'anna de Andrade**

Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica na Universidade Federal Fluminense.

### **Fernanda Bugarin de Andrade Neumamm**

Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica na Universidade Federal Fluminense.

### **Helen Cristine Moreira Cunha Martins**

Farmacêutica pela Universidade Federal Fluminense e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica na Universidade Federal Fluminense.

### **Hildeneide Rocha Lima**

Farmacêutica pela Universidade Federal do Piauí e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica na Universidade Federal Fluminense.

### **Juliana Martins Verissimo**

Farmacêutica pela Universidade Salgado de Oliveira e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica na Universidade Federal Fluminense.

**Leandro Cabral Pereira**

Farmacêutico pela Universidade Federal Fluminense, Mestre em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde pela Universidade Federal Fluminense e Doutorando no Programa de Pós Graduação em Ciências Aplicadas em Produtos para Saúde na Universidade Federal Fluminense.

**Livia Malof Cardoso**

Farmacêutica pela Universidade Federal Fluminense e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica na Universidade Federal Fluminense.

**Lucas Ramos Ribeiro**

Farmacêutico pela Universidade Estácio de Sá e Mestrando no Programa de Pós Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica na Universidade Federal Fluminense.

**Maria Carolina Guimarães Das Neves do Couto**

Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica na Universidade Federal Fluminense.

**Marina Soares Gonçalves**

Farmacêutica pela Universidade Federal Fluminense e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica na Universidade Federal Fluminense.

**Paula Maria Sampaio Dos Santos Terra**

Farmacêutica pela Universidade Federal Fluminense e Mestranda no Programa de Pós Graduação em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica na Universidade Federal Fluminense.

**Sabrina Calil Elias**

Farmacêutica pela Universidade Federal Fluminense, Mestre em Ciências com ênfase em Farmacologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Doutora pelo Programa de Ciências com ênfase em Farmacologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense.

**Taynah da Silva Pinheiro**

Farmacêutica pela Universidade Federal do Amazonas, Mestre em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal Fluminense e Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Ciências Aplicadas em Produtos para Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Docente do Curso de Farmácia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

**Thais Ribeiro Pinto Bravo**

Farmacêutica pela Universidade Federal Fluminense, Mestre em Ciências Aplicadas em Produtos para Saúde pela Universidade Federal Fluminense e Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Ciências Aplicadas em Produtos para Saúde pela Universidade Federal Fluminense.

**Tháisa Amorim Nogueira**

Farmacêutica pela Universidade Federal Fluminense, Mestre em Ciências Aplicadas em Produtos para Saúde pela Universidade Federal Fluminense e Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Ciências Aplicadas em Produtos para Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Docente da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense.

# Sumário

Apresentação	p.9
1. Cuidados Farmacêuticos no SUS	p.10
2. Método SOAP	p.20
2.1 Aplicação do Método SOAP	p.22
2.2 Fatores Limitantes ou Dificultantes do Método SOAP	p.23
2.3 Indicadores para Avaliação da Qualidade do Método SOAP	p.24
3. Método Dáder	p.30
3.1 Estrutura do Método Dáder	p.32
3.2 Benefícios e Fatores Limitantes do Método	p.36
3.3 Prática de Utilização da Ferramenta	p.38
3.4 Indicadores	p.55
4. Método Pharmacotherapy Workup	p.60
4.1 Condições para Aplicação do Método	p.62
4.2 Situação de Saúde	p.62
4.3 Fatores Limitantes ou Dificuldades do Método	p.69
4.4 Indicadores de Qualidade para Avaliar o Desempenho Da Atividade	p.69
5. Método Therapeutic Outcomes Monitoring	p.71
5.1 Sugestão de Construção de Formulário utilizando o Método Tom	p.73
5.2 Indicadores Sugeridos	p.74
5.3 O Acompanhamento Farmacoterapêutico	p.75
6. Método Fast Hug Maidens	p.85
6.1 Condições para Aplicação do Método	p.88
6.2 Fatores Limitantes	p.89
6.3 Proposta de Indicadores	p.89
7. Considerações finais	p.103

## Apresentação

Este trabalho refere-se a uma construção coletiva que pretende apresentar os diversos métodos de acompanhamento farmacoterapêutico que podem ser aplicados em um ambiente de atuação do farmacêutico. Não se pretende esgotar o tema, pois há métodos não contemplados nesta obra. Porém, este pode ser o texto de primeiro contato para farmacêuticos recém formados ou ainda em formação com as possibilidades de aplicação de tais métodos descritas neste compêndio.

O Cuidado Farmacêutico atualmente aplicado foi planejado e estruturado ao longo do tempo. No Brasil, conhecido primeiramente por Atenção Farmacêutica, originou-se nos Estados Unidos da América (EUA) chamado de *Pharmaceutical Care*. O nome com a tradução literal veio a ser adotado anos mais tarde, Cuidado Farmacêutico. A prática veio como uma necessidade profissional de retomada de mercado, uma vez que haviam perdido espaço após a industrialização. Além disso, fica estabelecido que o foco atual deixa de ser o medicamento e centra-se no paciente, levando-se em consideração características individuais que possam impactar a performance do tratamento, sobretudo o contexto social.

Para o desenvolvimento deste serviço clínico, alguns métodos podem ser aplicados. A decisão sobre qual método aplicar dependerá do território ao qual o serviço de saúde está localizado, assim como equipe disponível e expertise profissional do farmacêutico que irá desenvolver o cuidado farmacêutico. A saber, nesta obra estão expostas discussões e análises sobre os diversos métodos, a saber: SOAP, Dáder, *Pharmacotherapy Workup*, Método *Therapeutic Outcomes Monitoring* e *Fast Hug Maidens*.

Os autores desenvolvem os métodos de acompanhamento farmacoterapêutico de maneira a ajudar o leitor na familiarização dos processos pertinentes a cada um deles na prestação de cuidado ao paciente, levando em consideração as limitações de cada contexto. Para melhor aproveitamento do conteúdo, desenvolveu-se exemplos teóricos que simulam a aplicação do método de acompanhamento farmacoterapêutico.

# 1. Cuidados Farmacêuticos no SUS

**Taynah Pinheiro**

O Cuidado Farmacêutico (CF) que conhecemos e aplicamos hoje foi pensado e moldado com o passar de muitos anos. Conhecido no Brasil por Atenção Farmacêutica, teve sua origem nos Estados Unidos da América (EUA) como *Pharmaceutical Care*, ou Cuidado Farmacêutico, tradução que seria adotada por aqui anos mais tarde. Esse movimento surge pela necessidade, por parte dos farmacêuticos, de acompanhar as transformações da profissão no mercado de trabalho, uma vez que haviam perdido espaço após a industrialização (ANGONESI; SEVALHO, 2010). Além disso, provou-se ser necessário se adequar às mudanças no estilo de atendimento à saúde, de maneira que o foco do cuidado sai do medicamento e passa a ser o paciente, levando-se em consideração todo o contexto social em torno desse indivíduo (BRASIL, 2010).

Apesar dos esforços iniciados desde a década de 60, foi apenas nos anos 90 que Hepler e Strand (1990) pontuaram a importância do cuidado centrado no paciente, onde o papel do farmacêutico consistia em prover medicamentos visando a melhora da qualidade de vida do usuário. O interessante é que, nesse mesmo momento, o Brasil vivia a reorganização de suas práticas em saúde a partir da criação de um sistema público, universal e gratuito - o Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição de 1988, no artigo 196, estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do estado”, o que culminou na Lei 8080/90, oficializando o SUS e apontando à necessidade da criação de uma política que abordasse os medicamentos. É divulgada, alguns anos mais tarde, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (1998) e, posteriormente, em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Ou seja, a partir da criação do SUS, houve um entendimento que o medicamento fazia parte do universo da saúde, que sua existência é essencial dentro do cuidado, sendo o farmacêutico o profissional apto dentro do contexto de prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde no que diz respeito ao medicamento.

A PNAF, além de organizar as ações relacionadas à Assistência Farmacêutica no país, trouxe o conceito dessa forma de atuação do farmacêutico. Segundo a política, entende-se por Cuidado Farmacêutico:

“Modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades 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 bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (BRASIL, 2004).

A interpretação desse conceito já indica o diferencial da prática para o profissional farmacêutico. Por muito tempo, o medicamento era o foco do cuidado. E sim, a profissão farmacêutica gira em torno da terapia medicamentosa relacionando a doença ao princípio ativo que poderia tratá-la. Entretanto, com a mudança de perfil de atendimento à saúde, especialmente no âmbito do SUS, o cerne da prática passa a ser o usuário, levando-se em consideração seu contexto econômico e social.

Dessa maneira, a atuação do farmacêutico na prestação do Cuidado Farmacêutico (CF) é inserida dentro das redes de atenção à saúde (RAS) do SUS. Essa rede, de uma forma bastante simplificada, é a forma como o nosso sistema de saúde se organiza, se conecta e atende a população nos diferentes níveis de complexidade. E o CF tem seu lugar dentro dessa rede.

Vamos imaginar uma situação hipotética onde determinado paciente precisa de acompanhamento de saúde por conviver com a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2). Esse indivíduo será primeiramente encaminhado para uma unidade básica de saúde (UBS).

A UBS, dentro do contexto das RAS, é entendida como a porta de entrada para os serviços de saúde do SUS e tem como premissa ser resolutiva, ou seja, sanar 85-90% das questões em saúde. É considerada, ainda, um ponto de atenção dentro da rede, assim como várias outras unidades de saúde que serão citadas. Nesse primeiro contato, o usuário passa por consulta com o profissional médico, com o profissional enfermeiro, recebe a prescrição do medicamento e é encaminhado para a farmácia para recebê-lo.

Na situação apresentada, o farmacêutico, dentro dos serviços da CF vai, minimamente, dispensar e orientar o usuário sobre a forma de administrar o medicamento, sobre as possíveis reações adversas e esclarecer quaisquer dúvidas que o indivíduo ainda possa ter. Além disso, deve-se acompanhar a adesão ao tratamento, o que, geralmente, é feito a partir do acompanhamento da data em que o usuário vai receber seu medicamento.

Citamos um caso pontual mencionando a DM2, ou seja, uma doença crônica não transmissível (DCNT). Entretanto, na atualidade, dentro das UBS e de outros pontos de atenção à saúde, o papel do farmacêutico dentro do cuidado à saúde foi ampliado. Nesse sentido, o profissional pode atuar, ainda, prescrevendo a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), ambos relacionados à prevenção do HIV e, ainda, contraceptivos hormonais, com a finalidade exclusiva de prevenção da gestação indesejada, de acordo com os protocolos disponibilizados pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) (CFF, 2024; MS, 2024). Além do mencionado, os farmacêuticos participam do cuidado multiprofissional, interagindo com outros profissionais de saúde na busca pelo aperfeiçoamento da farmacoterapia, através de ações como o matriciamento; desenvolvimento do plano terapêutico singular (PTS) do paciente; visitas domiciliares; acompanhamento de casos de doenças infecciosas como tuberculose e sífilis; entre outras possibilidades.

É perceptível, portanto, que apenas na atenção básica, o farmacêutico atuando no SUS pode implementar o CF em diversas frentes.

Mas vamos pensar que o paciente com DM2, aquele que exemplificamos anteriormente, não apresenta melhora em seus resultados de glicemia e hemoglobina glicada, parâmetros para acompanhamento e controle da doença. Apoiado na PNM, na PNAF e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o farmacêutico buscará resoluções, dentro da equipe multiprofissional de saúde, como as previamente citadas,

para os fatores que possam estar dificultando o controle da doença, dividindo, assim, o protagonismo no que tange às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Apesar dos esforços realizados na Atenção Básica (AB), por vezes, o usuário precisa ser encaminhado para outros níveis de complexidade, a saber, os níveis secundário e terciário da atenção à saúde. No nível secundário, geralmente, os pacientes são atendidos ambulatorialmente por especialistas. Ou seja, no caso do nosso paciente DM 2, se ele tiver alguma complicação relacionada à doença, pode necessitar de um cardiologista, um nefrologista, etc. Além disso, pode necessitar de medicamentos de outros componentes da Assistência Farmacêutica (AF), como os do componente especializado. Lembro a você, leitor, que a AF é organizada em três componentes. De forma bem simples e resumida, o componente básico é aquele cuja lista de medicamentos essenciais trata as doenças que acometem a maior parte da população; o componente estratégico busca tratar doenças de perfil endêmico, com importância epidemiológico; por fim, o componente especializado se refere aos medicamentos que tratam de doenças mais raras ou com custo elevado para o paciente a longo prazo (BRASIL, 2007).

Sendo assim, é papel do farmacêutico do nível secundário orientar os indivíduos sobre tais medicamentos e como obtê-los, uma vez que o processo que envolve a obtenção desses medicamentos é mais complexo. Além disso, por se tratar de medicamentos para tratamentos de maior complexidade, é imprescindível o acompanhamento por parte do farmacêutico, ofertando serviços de CF, tais como o acompanhamento farmacoterapêutico. Tal serviço, regulamentado pelo RDC 585/13 do CFF, permite que o farmacêutico realize as seguintes ações;

- Planejamento da terapia, ajustando às necessidades do paciente;
- Realize intervenções e as indique para outros profissionais da equipe de saúde;
- Avalie exames laboratoriais, bem como realize monitoramento de níveis terapêuticos de medicamentos;
- Identificação, avaliação e resolução de possíveis problemas relacionados a medicamentos (PRM);
- Elaboração de plano terapêutico juntamente com a equipe profissional e o paciente;
- Registro das ações e avaliação das intervenções pactuadas.

Vale ressaltar que as atividades supramencionadas também podem ser realizadas nos níveis primário e terciário de atenção. Essa relação mais próxima ao paciente, a partir dos serviços de CF, pode ser benéfica tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde, independente do nível de complexidade. A literatura traz diversos exemplos em que os serviços de CF ofertados podem melhorar a qualidade de vida do paciente, estimulando a adesão ao tratamento e resolvendo PRM, além de reduzir custos em saúde, uma vez que pode-se reduzir a perda de medicamentos e o mau uso, incluindo a conservação e o descarte (FIGUEIREDO et al, 2014; CHUQUIMESA; SAAVEDRA, 2022).

Agora vamos além. Vamos imaginar que esse usuário precisou internar em unidade hospitalar por qualquer complicação que possa ter ocorrido como consequência da DM 2. Devemos recordar que é comum que o paciente que convive com DM2 pode desenvolver insuficiência cardíaca, insuficiência renal, perda de visão, neuropatia diabética, entre outras possibilidades. Nessa conjuntura, entende-se que o hospital tende a ser mais complexo em seus tratamentos, inclusive se levarmos em consideração a terapia medicamentosa. Posto isso, a atuação do farmacêutico dentro do CF perpassa pelas atividades relacionadas à farmácia clínica (FC). A FC é conceituada como:

“área da Farmácia, voltada à ciência e à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças. A Farmácia Clínica também orienta a prática profissional por meio de modelos de prática” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA CLÍNICA, 2019).

Logo, entende-se que essa prática une os conhecimentos técnicos adquiridos pelo farmacêutico ao longo dos anos de graduação e outras especializações que venha a realizar, além de habilidades adquiridas como comunicação, capacidade de trabalho em equipe, organização e priorização dentro do processo de trabalho, entre outras

necessidades, em prol do incremento da farmacoterapia, tendo como fim a qualidade de vida do paciente a promoção do uso racional de medicamentos.

Mas como, efetivamente, a prática da FC irá se traduzir? E a resposta é: dentro de uma equipe multidisciplinar, que discute o caso de paciente e que possibilita as intervenções postuladas por diferentes profissionais, inclusive o farmacêutico. Obviamente, o profissional farmacêutico realiza intervenções relacionadas à terapia medicamentosa, na maioria das vezes. E para que a intervenção seja sugerida, é necessário preparo anterior ao momento de discussão dos casos com a equipe. Portanto, é papel do farmacêutico clínico avaliar a prescrição médica do paciente para ciência de quais medicamentos estão sendo administrados, bem como possíveis interações medicamentosas, reações adversas e quaisquer outros PRM que venham a surgir. Além disso, é preciso se inteirar do prontuário do paciente, verificando as condições de saúde e mudanças em seu estado que possam ser significativas em relação ao tratamento.

Isso posto, voltemos ao nosso paciente internado com complicações por conta da DM2. Supondo que este indivíduo tenha dado entrada no hospital com sinais de comprometimento renal, alguns exames serão realizados para possível averiguação e o Clearance de Creatinina (Clcr) dele retorna na seguinte condição  $\text{Clcr} < 40 \text{ mL/min}$ . Na conciliação medicamentosa de admissão da internação, ou seja, no momento em que são apurados os medicamentos utilizados pelo paciente para comparação com o prescrito, o farmacêutico identifica o uso de Metformina 850mg, diariamente, a cada 8 horas. Na situação explicitada, deveria o farmacêutico intervir? Sim, a intervenção deveria ser realizada, visto que há contraindicação de uso da Metformina em condições de  $\text{Crcl} < 60 \text{ mL/min}$  (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2016).

O que se percebe, com o exemplo, é que o farmacêutico, no contexto do CF e, mais precisamente, da FC, precisa unir seus conhecimentos em torno do caso clínico e aplicar de forma prática. A inserção do farmacêutico clínico, especialmente no ambiente hospitalar, tem ocorrido ao longo de anos, de forma que os cursos de graduação tem alterado suas matrizes curriculares com disciplinas como semiologia, farmacoterapia, farmácia clínica, entre outras, que possam cobrir essa necessidade atual do mercado de trabalho do farmacêutico.

Para além das formas de atuação apresentadas, o farmacêutico tem outro nicho importantíssimo de atuação e talvez pouco explorado até o presente momento: a

educação em saúde. Antes de qualquer coisa, é imprescindível informar que as ações de educação em saúde são inerentes a todos os profissionais da área e foi, originalmente, âmbito de forte atuação dos profissionais de enfermagem. Entretanto, a RDC 585 incluiu a função de educador para o profissional farmacêutico, de forma legal (CFF, 2013). Nesse contexto, diversos temas podem ser abordados pelo farmacêutico, entretanto, o uso racional de medicamentos tende a ser o foco principal. Assim, tratar sobre temas como administração correta de medicamentos, automedicação, conservação e descarte e, por que não, medicamentos e a internet ou redes sociais, são importantes dentro do SUS. A Atenção Básica, ou seja, as UBS, para essa finalidade, podem se apresentar como um lugar mais propício devido a construção de vínculo com a população. Entretanto, todos os âmbitos do SUS onde o farmacêutico atua são espaços para educação em saúde.

Até aqui trouxemos a visão da atuação do farmacêutico em se tratando de CF no SUS. Entretanto, há que se trazer o fato de que, apesar de termos evoluído consideravelmente enquanto profissão e nos campos de atuação, bem como no reconhecimento da importância do CF para a população, muitos desafios ainda se colocam, especialmente no SUS.

Não tem como não pontuar, primeiramente, que o farmacêutico não está incluído na equipe mínima de profissionais que atuam na Estratégia em Saúde da Família (ESF), estratégia essa que orienta as ações na AB. Segundo a PNAB (2017), o farmacêutico atua complementando a equipe mínima que é composta por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Há o estímulo para que farmacêuticos sejam inseridos na AB através do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Entretanto, como visto, é um complemento, não uma prioridade básica, o que nos indica que ainda não chegamos ao ponto de entendimento da real importância de nossas ações para melhoria de qualidade de vida do paciente, particularmente se pensarmos que o usuário de medicamentos está na farmácia minimamente uma vez por mês. Ou seja, o farmacêutico poderia atuar como um catalisador de informações, a partir do acompanhamento desse usuário mensalmente, intervindo junto à equipe de saúde, quando necessário.

Outro fator que precisa ser mencionado é o contingente profissional nas unidades de saúde, nos diferentes níveis de atenção do SUS. A falta de investimentos

em recursos humanos (RH) leva a sobrecarga de trabalho amplamente conhecida por quem atua e quem estuda o sistema de saúde (FERNANDES, 2021). Em se tratando do CF, quanto menos profissionais farmacêuticos o setor de farmácia tiver, independente do nível de atenção, maiores são as chances de as prioridades serem as atividades técnico-gerenciais tais como a dispensação, controle de estoque, gestão de RH, preenchimento de planilhas, entre tantas outras atividades que demandam disponibilidade e tempo do profissional. Logo, o CF e atividades importantes, como a farmácia clínica no ambiente hospitalar, ficam em segundo plano. Nesse sentido, faz-se necessário que os gestores municipais, estaduais e federais sejam sensibilizados para a importância do trabalho do farmacêutico e da diferença que a implementação do CF pode fazer em termos de melhoria da qualidade de vida do usuário e redução de custos para o sistema de saúde.

Além disso, a sobrecarga dificulta outro aspecto importante para a implementação do CF: a capacitação dos profissionais. É fato que a implementação da temática de CF na graduação em farmácia é relativamente recente, conforme identificado em algumas legislações sobre o assunto (CFF, 2019). Isto posto, a capacitação de profissionais perpassa tanto por farmacêuticos do serviço público que formaram anteriormente à inclusão do tema nas matrizes curriculares do curso de farmácia, quanto de profissionais recém inseridos no serviço que precisam se inteirar do funcionamento do CF no âmbito do SUS. Nesse sentido, a criação de documentos como os Cadernos de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica (MS, 2014) foram um marco de reconhecimento dessa forma de atuação, além de ser norteador para a implementação do CF.

Para além do que foi anteriormente mencionado, faz-se menção, ainda, a fatores estruturais, que podem representar dificuldades para a implementação do CF no SUS. A estrutura física de diversas unidades de saúde, por vezes, é insuficiente para as atividades básicas como consultas médicas, consultas de enfermagem, procedimentos médicos e de enfermagem, dentre tantas outras atividades, de forma que pode não sobrar espaço para os serviços ofertados pelo CF. Mais uma vez precisamos pontuar a visão gerencial como um fator importante na disponibilização de espaços onde o farmacêutico possa ofertar os serviços de CF.

Veja, prezado leitor e farmacêutico (ou futuro farmacêutico), os desafios são muitos, isso é inegável. Entretanto, nenhum tipo de cuidado em saúde ou política de saúde se constrói de um dia para o outro. É por isso que precisamos estar cada dia mais envolvidos em ações de CF e na demonstração da importância dessa forma de atuação para a população. E aqui vou deixar uma breve percepção de quem atuou alguns anos na atenção básica. É possível fazer CF no SUS. Às vezes não temos as melhores condições, mas é possível. No meu caso, foram milhares de atendimentos ao longo de quase 5 anos, diversas visitas domiciliares, muitas tabelas de adesão, incontáveis orientações e diferentes formas de promoção da saúde. E posso afirmar que a população abraça nossa atuação, nosso cuidado e nossa maneira de trabalhar. Eu aprendi mais do que ensinei, certamente, com os desafios que me foram postos, o que possibilitou que eu estivesse escrevendo esse capítulo introdutório, tentando trazer um pouquinho do que é ser farmacêutico e promover CF no SUS.

A proposta do livro que vocês estão lendo é justamente mostrar o que tem sido realizado dentro do CF no âmbito do SUS, para que haja o entendimento do que tem sido realizado, desenvolvam ideias e sejam os semeadores de novas propostas na implementação dessa atividade tão rica e tão importante para a vida daqueles que utilizam o nosso sistema público de saúde. Boa leitura!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. Temas Livres. **Ciênc. saúde coletiva** **15** (suppl 3). 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : **CONASS**, 2007.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Conselho Federal de Farmácia. Brasília: **CFF**, 2013. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf> Acesso em: 26 dez. 2024.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Formação farmacêutica no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Farmácia. Brasília: **CFF**, 2019. 160 p.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Prescrição de contraceptivos: protocolo de contraceptivos hormonais por farmacêuticos. Brasília: **CFF**, 2024. 68 p.

CHUQUIMESA, R. P.; SAAVEDRA, P. A. Efetividade dos serviços farmacêuticos na qualidade de vida e saúde dos pacientes em uma farmácia comunitária boliviana, 2022 . **Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia**, [S. l.], v. 1, n. s. 2, 2023.

CRF. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Organização Pan-Americana da Saúde. Fascículo V - O Percurso Histórico da Atenção Farmacêutica no Mundo e no Brasil. **CRF-SP: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo; Organização Pan-Americana de Saúde - Brasília**, 2010. 56 p.

FERNANDES, L. L. Principais dificuldades encontradas pelos farmacêuticos no setor público. **Revista Farol**, vl. 14, n. 14. 2021.

FIGUEIREDO, I. V.; CARAMONA, M. M., F., F.-L.; CASTEL-BRANCO, M. M. Resultados de serviços farmacêuticos centrados no doente implementados em Portugal. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, 3(1), 15–22. 2014.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. Metformina. **Guia Farmacêutico**. 2024. Disponível em: <https://guiafarmacutico.hsl.org.br/metformina>. Acesso em: 26 dez. 2024.

MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2012. 110 p.

MS. Ministério da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica (Cadernos 1 a 5). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014.

MS. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 26 dez. 2024.

MS. Ministério da Saúde. Ofício Circular nº 11, de 2024: Apresenta sistematização de documentos referenciais que amparam a oferta das profilaxias pré e pós-exposição de risco ao HIV (PrEP e PEP) por enfermeiros e farmacêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2024. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/ministerio-da-saude-disponibiliza-compilado-de-documentos-que-amparam-a-prescricao-de-prep-e-pep-por-enfermeiros-as-e-farmacuticos-as/SEI\\_MS0041177563OficioCircularN11\\_2024\\_CGAHV.DATHISVSAMS.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/ministerio-da-saude-disponibiliza-compilado-de-documentos-que-amparam-a-prescricao-de-prep-e-pep-por-enfermeiros-as-e-farmacuticos-as/SEI_MS0041177563OficioCircularN11_2024_CGAHV.DATHISVSAMS.pdf). Acesso em: 26 dez. 2024.

## 2. Método SOAP

**Alexandra Mello da Silva Campos**

**Ana Luisa Quadros dos Santos Mauro**

**Lucas Ramos Ribeiro**

No processo de acompanhamento farmacoterapêutico (AFT), o farmacêutico clínico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados a medicamentos, de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida (IVAMA et al., 2002).

O método SOAP, não é um método desenvolvido para a realização do AFT, mas pode ser adaptado para tal objetivo. Este método foi proposto por Lawrence Weed na Universidade de *Vermont* em 1968 como registro médico orientado por problemas contendo informações obtidas durante o processo de atendimento ao paciente (HEUN et al., 1998; SAPKOTA et al., 2022). Trata-se de um método empregado por diversos profissionais de saúde para garantir documentação de forma estruturada e organizada (PODDER et al., 2023). Apesar disso, não há formato único para a documentação do SOAP, visto que cada profissional nos diversos ambientes de assistência médica pode manter a documentação de maneira diferente, na melhor organização para aquele profissional de saúde (PEARCE et al., 2016).

O método SOAP é um acrônimo (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no qual cada letra se refere a uma parte do processo de atendimento do paciente, com atividades específicas a serem realizadas:

- S - Informações subjetivas: devem ser registradas informações obtidas do usuário, cuidador ou de históricos de prontuário. Deve-se buscar a obtenção de informações pertinentes a sua enfermidade. Pensando no AFT, deve-se buscar informações sobre problemas com o uso de medicamentos e sua relação com a enfermidade.

- O - Informações objetivas: obtenção de dados como sinais vitais, resultados de exames de patologia clínica, achados de testes laboratoriais e de exame físico realizado pelo profissional habilitado para tal.
- A - Avaliação dos dados: com base nas informações subjetivas e objetivas, o profissional de saúde, no caso do farmacêutico, deve identificar as suspeitas de problemas relacionados aos medicamentos. Após, verifica-se o que pode ser realizado para a resolução dos mesmos e quais intervenções farmacêuticas que podem ser adotadas.
- P - Plano: o profissional dessa saúde deve apresentar a análise das informações e do planejamento das condutas a serem realizadas ao paciente, buscando o estabelecimento de um acordo para a implementação do plano. No caso do AFT quando for identificado problemas relacionados com medicamentos necessitem da avaliação do prescritor, o usuário deverá ser informado dessa necessidade. Também deve-se estabelecer, em conjunto, a forma de realizar a monitorização dos resultados do plano a ser implementado, principalmente se houver novas modificações em prescrição de medicamento ou no quadro do usuário, instaurando-se, desta forma, o ciclo de atendimento (CORRER et al., 2012).

Assim, o método SOAP é um modelo intervencionista que culmina com um plano de cuidados e de condutas, onde as informações devem ser devidamente descritas para que as metas terapêuticas sejam cumpridas, bem como os pontos para a resolução que abrangem problemas e os parâmetros clínicos e laboratoriais que precisam ser monitorados para determinação da necessidade, na efetividade e na segurança dos pacientes (HARRIS, 2014; BARANSKI, 2017). No que tange a atividade do farmacêutico, também necessitam serem registradas as recomendações farmacêuticas, que se configuram como o ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e aos profissionais de saúde, compondo o processo de acompanhamento farmacoterapêutico (CFF, 2016).

Por meio da utilização do SOAP para a realização do AFT é possível estabelecer a ficha farmacoterapêutica dos pacientes, identificar problemas relacionados aos medicamentos, reduzir erros de medicação e colaborar na maior efetividade do tratamento farmacológico, no aumento da segurança e na melhoria da qualidade de vida

dos pacientes. O AFT deve acontecer de forma continuada, documentada e sistematizada, em conjunto com o paciente e equipe multiprofissional. Assim pode-se observar que apesar do SOAP ser um método amplo desenvolvido, inicialmente, para nortear a atividade assistencial de médicos, ele pode ser adaptado para o desenvolvimento do AFT. Em comparação com os métodos desenvolvidos especificamente para o AFT, ele é mais simples e objetivo, sendo boa alternativa para as atividades diárias do farmacêutico clínico em atendimento ambulatorial, permitindo manter a mesma qualidade na coleta dos dados e objetivos a serem alcançados (SOUZA et al., 2020; LEAL; SILVA, 2022).

De acordo com Souza et al. (2020), o acompanhamento farmacoterapêutico realizado com auxílio do SOAP se responsabiliza pelas necessidades do paciente, detecção, prevenção e resolução dos problemas relacionados aos medicamentos (PRM). Isso contribui para a efetivação do tratamento e alcance de resultados concretos que contribuam para qualidade de vida do paciente.

No caso do diabetes, por exemplo, o papel do farmacêutico é indispensável no acompanhamento desses pacientes. A conduta desse profissional traz benefícios e impactos positivos, pois visa à melhora da farmacoterapia, sanando dúvidas, prestando informações e orientando o paciente sobre o controle glicêmico, evitando interações medicamentosas e os possíveis efeitos que a diabetes pode trazer (BAYER; BORBA, 2011; BRESSAN; ALVES FILHO, 2022). Leal e Silva (2022) realizaram acompanhamento farmacoterapêutico por meio da metodologia SOAP com uma paciente diabética no Maranhão e observaram a normalização dos valores encontrados na glicemia de jejum.

## 2.1 APLICAÇÃO DO MÉTODO SOAP

Para realização do AFT e aplicação do método SOAP é importante ter espaço físico que seja compatível com consultório. O consultório farmacêutico é definido na Resolução CFF do nº 720/2022 como o local no qual o farmacêutico promove a assistência farmacêutica e demais atividades privativas e afins da profissão. Uma sala equipada com computador e internet poderão facilitar e auxiliar no registro das informações pertinentes relacionadas ao paciente.

Durante as consultas o farmacêutico deve buscar estabelecer um vínculo de confiança com o paciente, responsabilizando-se pela sua condição de saúde e ao seu tratamento de uso contínuo ou não, sendo esta parte do cuidado multidisciplinar (ANGONESI; SEVALHO, 2010). As principais metas da consulta farmacêutica estão relacionadas à orientação e educação do paciente sobre seus medicamentos, otimização da farmacoterapia e avaliação da efetividade e segurança dos tratamentos prescritos (MS, 2014).

Segundo Rivera et al. (2021), é de extrema importância o profissional farmacêutico acompanhar os pacientes em todas as etapas da farmacoterapia. Isso corrobora para melhor adesão farmacoterapêutica, pois durante a consulta são enfatizadas orientações ao paciente no momento da dispensação do medicamento. A partir dessa orientação e avaliação o farmacêutico consegue prevenir, minimizar ou manejar os problemas relacionados a medicamentos.

## 2.2 FATORES LIMITANTES OU DIFICULTANTES DO MÉTODO SOAP

Alguns fatores podem limitar ou dificultar a efetividade do método SOAP, a saber:

- Adesão do paciente: o paciente deve estar de acordo com todas as etapas do processo, desde as consultas com o farmacêutico até o seguimento do plano terapêutico proposto;
- Computador e internet: como é um modelo que necessita de evolução em prontuário, a ausência dessas ferramentas para a consulta farmacêutica dificultaria a realização do método em sua totalidade;
- Expertise do farmacêutico: esse profissional precisa ter habilidades para conseguir identificar os problemas do paciente por meio da consulta, com questionamentos pertinentes sem ser invasivo.

## 2.3 INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO MÉTODO SOAP

Para avaliar o desempenho das atividades de AFT utilizando o método SOAP é possível fazer uso dos indicadores de qualidade descritos abaixo:

- Aceitação das intervenções farmacêuticas pelo prescritor: estimar o número das intervenções farmacêuticas aceitas pelo prescritor através da relação com as intervenções realizadas;
- Aceitação das intervenções farmacêuticas pelo paciente: estimar o número das intervenções farmacêuticas aceitas pelo paciente através da relação com as intervenções realizadas;
- Problemas relacionados aos medicamentos resolvidos: estimar o número de PRM resolvidos através da relação com os PRM identificados;
- Situação clínica dos pacientes: verificar a melhora dos parâmetros clínicos relacionados à doença em questão;
- Satisfação dos pacientes: estimar a satisfação dos pacientes com o serviço realizado pelo farmacêutico.

### Situação realística

Paciente atendida em Unidade da Atenção Primária foi convidada para participar do acompanhamento farmacoterapêutico que incluiria três consultas com o farmacêutico intervalas em três meses. Os dados coletados foram referentes às consultas individuais realizadas durante nove meses de acompanhamento, as quais foram conduzidas com base no método SOAP.

#### ➤ Antecedentes

Paciente de 48 anos, sexo feminino, trabalhadora autônoma no ramo da moda, casada, reside com o marido. Foi diagnosticada com Diabetes Mellitus tipo II há seis meses e com Hipertensão Arterial Sistêmica há um ano e meio. Possui prescrição diária de metformina 850 mg 1x/dia (de tarde) e losartana 50 mg 1x/dia (de manhã).

➤ Dados Subjetivos

Durante a consulta, a paciente relata fazer caminhadas de segunda à sexta por cerca de 40 minutos. Informa ter alimentação regrada com baixa ingestão de sal e açúcar, mas faz lanche ao invés de jantar e bebe uma taça de vinho por dia. Nega tabagismo. Declara que utiliza dois medicamentos, sendo losartana 50 mg pela manhã e metformina 850 mg após o almoço, que os retira mensalmente na farmácia da clínica e faz uso diariamente, sem esquecimento. Apresenta agendamento de consulta médica em três meses.

➤ Dados Objetivos

Durante a primeira consulta, foi aferida a pressão arterial e obteve um valor de 120/80 mmHg. Também foi feito teste de glicemia capilar pós-prandial que resultou em 240 mg/dL. A paciente tinha 1,69 metro de altura e pesava 78 quilos, apresentando um IMC 27,3, referindo sobrepeso.

➤ Avaliação

Ao estudar o caso da paciente, a farmacêutica encontrou dois problemas relacionados aos medicamentos: de efetividade e de indicação.

PRM de efetividade: o tratamento da DM II não estava sendo efetivo visto que os valores da hemoglobina glicada, glicemia de jejum e glicemia capilar pós-prandial estão fora das metas terapêuticas. Em conversa com a paciente, excluiu-se a possibilidade de não adesão, identificando que o medicamento metformina 850 mg, prescrito na posologia de 1 comprimido logo após o almoço, não estava sendo efetivo.

PRM de indicação: presença de condição clínica sem tratamento, dado que o perfil lipídico da paciente indica necessidade de tratamento farmacológico.

➤ Planejamento

O plano de cuidados foi estabelecido durante a consulta farmacêutica com a paciente e registrado em prontuário.

Com relação às orientações para o uso racional dos medicamentos, a farmacêutica preocupou-se inicialmente com a comunicação verbal, explicando minuciosamente como o uso deverá ser feito e verificando se a paciente compreendeu

todas as informações fornecidas. Após isso, registrou em um papel as orientações de forma que a paciente pudesse levá-las para casa e revisar antes da tomada dos medicamentos.

Para resolução dos PRM, foi realizado encaminhamento para consulta compartilhada entre o médico e a farmacêutica, no prazo de uma semana, com o objetivo de avaliar o aumento da dose diária de metformina e adição de estatina na farmacoterapia para controle do perfil lipídico. Com base nos resultados dos exames laboratoriais, não seria possível aguardar os três meses que faltavam para a consulta médica programada.

A farmacêutica realizou orientações gerais quanto a hábitos saudáveis, reforçando a importância da alimentação adequada e equilibrada, com redução da ingestão de bebida alcoólica e troca dos lanches noturnos para jantar, aumentando o aporte de verduras e legumes.

Foi solicitado à paciente que realizasse monitoramento com registro da glicemia capilar duas vezes ao dia até a data da consulta.

O caso foi escrito em prontuário para ser discutido na reunião de equipe da semana.

→ 1ª consulta:

*Farmacêutica:* Bom dia, como a senhora está?

*Paciente:* Bom dia, estou bem, apesar do cansaço e falta de disposição.

*Farmacêutica:* A senhora apresentou alguma mudança de rotina para apresentar esse cansaço?

*Paciente:* Não, mesmos hábitos. Continuo a fazer minhas caminhadas de segunda a sexta, por cerca de 40 minutos. Mas tenho tido menos disposição. Fora a sede que estou sentindo mais. Aí bebo muita água e acabo indo diversas vezes ao banheiro fazer xixi, muito chato.

*Farmacêutica:* E tem o hábito de fumar?

*Paciente:* Deus me livre. Detesto cigarro. Nunca fumei.

*Farmacêutica:* E como está sua alimentação? A senhora tem o hábito de fazer as três principais refeições todos os dias?

*Paciente:* “Me alimento bem, sou bastante regrada. Consumo pouco sal, pouco açúcar, mas não dispenso minha taça de vinho por dia, uma só. Dizem que faz bem, né? E sim, tomo café da manhã e almoço, mas não janto, faço sempre um lanche. Um pãozinho com mortadela ou queijo e às vezes um bolinho. Nada demais, tudo leve.

*Farmacêutica:* Entendi. E com relação aos seus medicamentos, quais utiliza diariamente?

*Paciente:* Faço uso de losartana pra pressão todas as manhãs, antes da caminhada. E depois do almoço eu tomo metformina, daquele grande. Faço uso direitinho, não esqueço um dia sequer. Pego sempre aqui no posto, sem falta.

*Farmacêutica:* E a senhora já está com a próxima consulta marcada?

*Paciente:* Estou sim, pra daqui a uns três meses.

*Farmacêutica:* Tá certo. Vamos agora ali à sala de procedimentos para aferir sua pressão e verificar glicemia, peso e altura?

*Paciente:* Claro. Estou doida pra ver se emagreci com essas caminhadas.

→ 2ª consulta

*Farmacêutica:* Boa tarde, como a senhora está?

*Paciente:* Estou bem, melhor do que da outra vez. Estou com um pouco mais de energia, não sei o que houve.

*Farmacêutica:* Sua glicose estava alta, isso pode alterar sua disposição, te dando mais cansaço. Está conseguindo usar os medicamentos como orientamos na consulta anterior?

*Paciente:* O grandão da glicose eu tomo todos os dias, depois do café da manhã e do almoço. O da pressão eu também tomo direitinho pela manhã. Agora esse rosinha que vocês falaram que é pro colesterol eu estou tomando depois do almoço também já que ainda não consegui me organizar pra fazer jantar. Estou com muitas costuras pra fazer, fico sem tempo.

*Farmacêutica:* Compreendo. Mas é importante separar um tempinho, nem que seja no final de semana, para preparar suas refeições. Pão com mortadela não têm nutrientes importantes e vai favorecer o aumento da sua glicose e do colesterol. Também é importante tomar o remédio do colesterol, a sinvastatina, durante a noite para ela agir

quando o nosso colesterol está mais alto. Mesmo que você faça um lanche esporadicamente, opte por usar o “rosinha” de noite.

*Paciente:* Entendi. Tá bem, vou tentar. Não prometo, mas vou tentar.

→ 3ª consulta

*Farmacêutica:* Boa tarde, como a senhora está?

*Paciente:* Estou bem, me sentindo mais disposta. Bem que a senhora falou que minha falta de energia poderia ser da glicose alta. Eu trouxe aqui os últimos exames e, pelo que vi, minha glicose diminuiu.

*Farmacêutica:* Que boa notícia! Vamos ver esses resultados dos exames então.

*Paciente:* Ah, e estou conseguindo jantar quase todos os dias e reduzi o vinho. Mas aos finais de semana eu me dou um presente: faço lanche e bebo minha taça, porque ninguém é de ferro.

*Farmacêutica:* Está certa. Tudo com moderação. E seus exames melhoraram bem, parabéns! Apenas a hemoglobina glicada que pode melhorar. Vamos marcar uma consulta com a nutricionista para tentar organizar melhor o cardápio?

*Paciente:* Claro, vamos sim.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: Fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 15 (supl. 3), p. 1-12, 2010.

BARANSKI, B. et al. Development of a Documentation Rubric and Assessment of Pharmacists' Competency for Documentation in the Patient Health Record. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, v. 70, n. 6, p. 423-429, 2017.

BAYER, M.; BORBA, H.H.L. Impacto do cuidado farmacêutico nos desfechos clínicos de um paciente com diabetes tipo 2 em uso de insulina: relato de caso. *Revista Saúde (Santa Maria)*, v. 47, n. 1, 2021.

BRESSAN, G.P.; ALVES FILHO, J.R. Cuidados farmacêuticos para pacientes com diabetes mellitus no sistema único de saúde (SUS): revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 13, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA - CFF. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: **Conselho Federal de Farmácia**, 2016. 200p.

CORRER, C.J.; NOBLAT, L.A.C.B.; CASTRO, M.S. Gestão da Assistência Farmacêutica: módulo optativo: **Unidade 3: Modelos de seguimento farmacoterapêutico**, 2012.

HARRIS, I.M. et al. Clinical Pharmacy Should Adopt a Consistent Process of Direct Patient Care. *Pharmacotherapy*, v. 34, n. 8, p. 133-148, 2014.

HEUN, L. et al. Validation of computer-mediated open-ended standardized patient assessments. *International Journal of Medical Informatics*, v. 50, ed. 1-3, p. 235–241, 1998.

IVAMA, A. M. et al. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2002.

LEAL, G.S.S.; SILVA, M.D.P. Estudo de caso: acompanhamento farmacoterapêutico de paciente diabético através do método SOAP. *Brazilian Journal of Development*, v.8, n.6, p.43879-43896, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 308 p.: il – (**Cuidado farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 2**), 2014.

PEARCE, P.F. et al. The essential SOAP note in an EHR age. *The Nurse Practitioner*, v. 41, n. 2, p. 29–36, 2016.

PODDER, V.; LEW, V.; GHASEMZADEH, S. SOAP Notes. *StatPearls* [Internet], 2023.

RIVERA, J. G. B. et al. Revisão da literatura: acompanhamento farmacoterapêutico prestado aos pacientes diabéticos do tipo 2 atendidos em farmácias comunitárias. *Research, Society And Development*, v. 10, n. 8, p. 1-6, 2021.

SAPKOTA, B.; SHRESTHA, R.; GIRI, S. Community pharmacy-based SOAP notes documentation. *Medicine*, v. 101, n. 30, e29495, p. 1-8, 2022.

SOUZA, L. O. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes Mellitus. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 6, p. 19540-19551, 2020.

### 3. Método Dáder

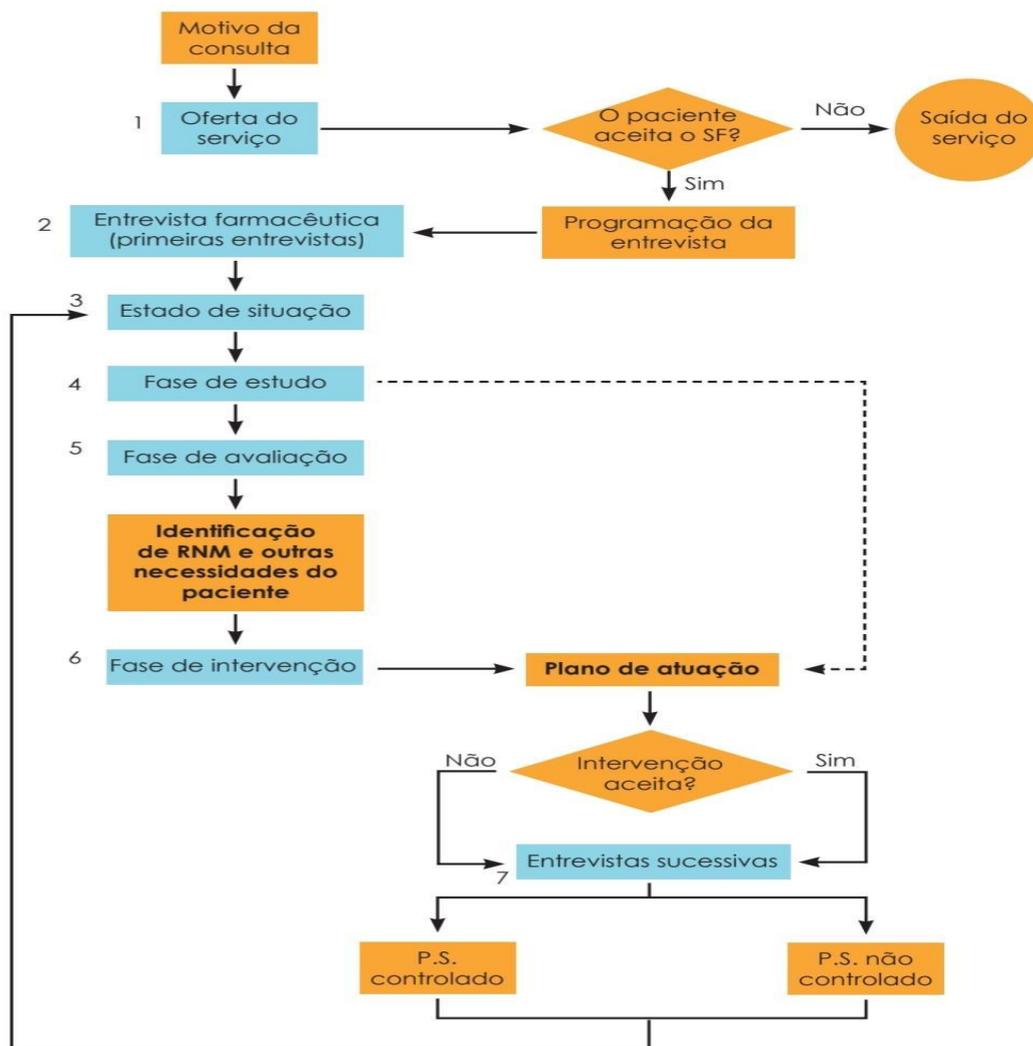
**Helen Cristine Moreira**

**Maria Carolina Guimarães**

O Método Dáder é um dos métodos para acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) aplicável a pacientes de diferentes perfis assistenciais, sobretudo em farmácias comunitárias. Isso acontece porque muitos pacientes têm o hábito de frequentar a farmácia mensalmente; desse modo, o farmacêutico se torna o profissional mais acessível para propor esse acompanhamento. Tem como objetivo registrar, avaliar e monitorar os efeitos da farmacoterapia proposta com a vantagem de ser um método adaptável à realidade do local onde será aplicado. Esse método foi desenvolvido pelo Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade de Granada-Espanha, em 1999.

Este método consiste em 7 etapas sucessivas (Figura 1). Ao oferecer o serviço ao paciente e posteriormente, realizar as entrevistas por meio das quais o farmacêutico vai construindo a história farmacoterapêutica para, a partir da situação descrita, estudá-la e avaliar os resultados da farmacoterapia. Posteriormente, é proposto o plano de atuação com o paciente, e todas as intervenções farmacêuticas ao longo dos encontros são registradas. O objetivo é auxiliar na estabilização do quadro de saúde do usuário, garantindo seu bem-estar e qualidade de vida (SABATER-HERNÁNDEZ et al., 2007).

Figura 1. Fluxograma representativo do Método Dáder.

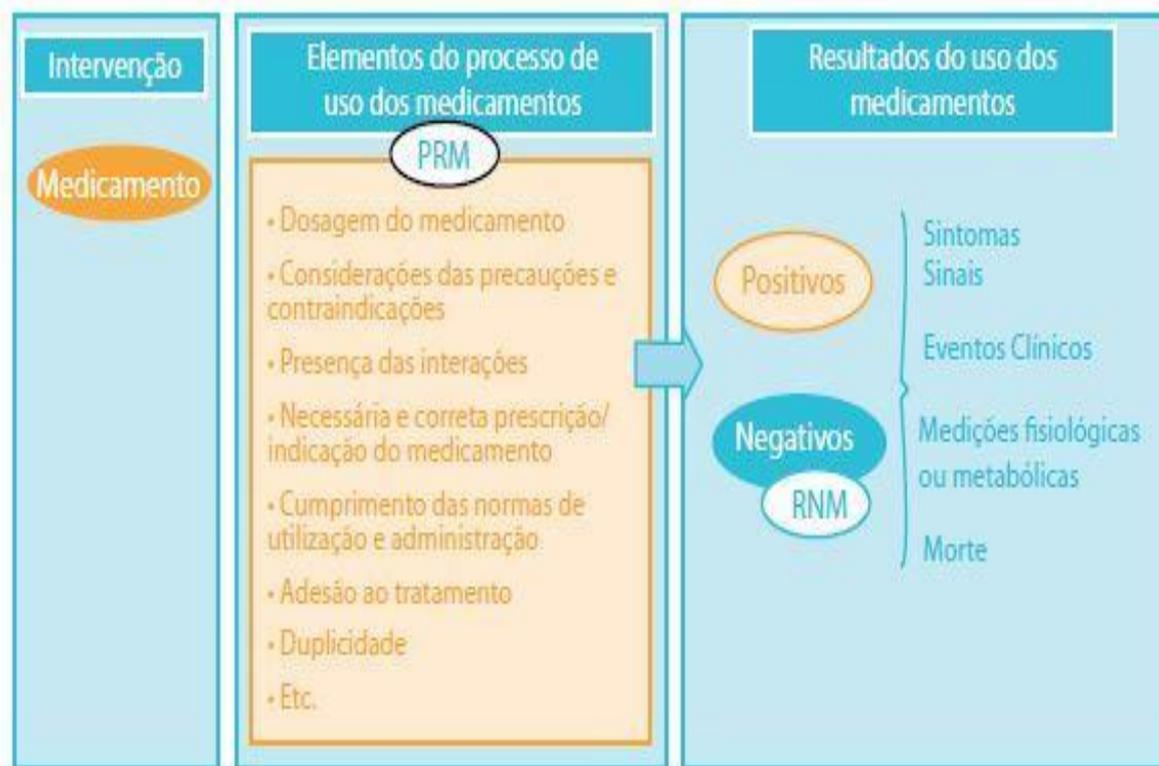


Fonte: Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico - versão em Português (2014).

O gerenciamento da farmacoterapia por meio do AFT permite a detecção e o manejo dos problemas relacionados a Medicamentos (PRM), bem como prevenir e resolver Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) (COMITÉ DE CONSENSO, 2007). De acordo com o Terceiro Consenso de Granada (2007), PRM conceitua-se “aqueles que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso de medicamentos”, por exemplo: administração errada, conservação inadequada, contraindicação, erros na dispensação, não adesão, efeitos adversos, dentre outros. Enquanto os RNM são problemas de saúde atribuíveis ao uso ou desuso de medicamentos, medidos por meio de variáveis clínicas que demonstram

que os objetivos terapêuticos do tratamento não estão sendo alcançados. Nessa análise, os RNM acontecem porque a farmacoterapia proposta não está sendo necessária, efetiva e/ou segura, conforme a figura 2 (COMITÉ DE CONSENSO, 2007).

Figura 2. Caracterização dos Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) e Resultados Negativos associados à Medicação (RNM).



Fonte: Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico - versão em Português (2014).

### 3.1 ESTRUTURA DO MÉTODO DÁDER

1. **Oferta do Serviço:** O processo se inicia quando o paciente procura a farmácia, como no momento da dispensação de seus medicamentos ou na solicitação de aconselhamento sobre o tratamento. O farmacêutico, ao identificar a necessidade, apresenta o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico e convida o usuário.

2. **Primeira Entrevista:** Uma entrevista inicial é realizada para coletar informações sobre os problemas de saúde do paciente e os medicamentos que o mesmo está utilizando. Esta fase é crucial para entender as preocupações do paciente e avaliar seu conhecimento sobre medicamentos. Vale ressaltar que para a entrevista, garantia de privacidade, empatia, linguagem adequada e escuta qualificada são habilidades que favorecem a comunicação e melhoram o vínculo entre o farmacêutico e o paciente. Conforme a primeira entrevista vá terminando, o farmacêutico pode propor um momento de revisão, para obter alguma informação não fornecida ou que não tenha ficado clara.
3. **Estado de Situação:** Após a entrevista, munido da história farmacoterapêutica do usuário, o farmacêutico elabora um documento, numa data definida, com registro estruturado e detalhado dos problemas de saúde e dos medicamentos do paciente, proporcionando uma visão geral de sua condição e tratamento. Destaca-se que o estado de situação apresenta emparelhamento horizontal entre o problema de saúde e os medicamentos utilizados, a fim de concluir, durante a avaliação, possíveis RNM, para posterior intervenção (Figura 3).

Figura 3. Estrutura do Método Dáder- Estado De Situação.

PACIENTE:								DATA:				
SEXO:		IDADE:		IMC:		ALERGIAS:						
ESTADO DE SITUAÇÃO								AVALIAÇÃO				I.F.
PROBLEMAS DE SAÚDE				MEDICAMENTOS								
Problema de Saúde	Início	Controlado	Preocupa	Início	Medicamento	Posologia	Col/Ad	N	E	S	Suspeita de PRM	Data
OBSERVAÇÕES								DATA / PARAMETRO				

Fonte: França (2015).

4. **Fase de Estudo:** Nesta etapa, o farmacêutico aprofunda-se em 2 tópicos: os problemas de saúde e a farmacoterapia do paciente, buscando identificar possíveis PRM e RNM. Para isso, realiza pesquisas em busca das melhores evidências científicas disponíveis, com foco na situação clínica apresentada pelo paciente.

Para a fase de estudo dos problemas de saúde, algumas questões são fundamentais. Abaixo, tem-se os pontos relevantes que devem ser respondidos nesta etapa (Figura 4).

Figura 4. Estrutura do Método Dáder – Fase de Estudo.

1. Definição e conceito do problema de saúde
2. Causas do problema de saúde
3. Controle do problema de saúde
4. Critérios de encaminhamento ao médico
5. Fatores que podem influenciar no controle do problema de saúde
6. Tratamento do problema de saúde
7. Atuações com a equipe de saúde
8. Educação para a saúde

Fonte: Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico - versão em Português (2014).

O farmacêutico precisa se debruçar sobre cada medicamento relatado pelo paciente, para também realizar a avaliação da farmacoterapia prescrita. Os tópicos abaixo fornecem o *check-list* sobre os pontos a serem estudados (Figura 5).

Figura 5. Estrutura do Método Dáder – Fase de Estudo dos Medicamentos.

1. Indicação do medicamento
2. Ação farmacológica e mecanismo de ação e farmacocinética
3. Objetivo terapêutico do medicamento
4. Dose e posologia do medicamento
5. Normas de correto uso e administração
6. Efeitos indesejados
7. Aspectos que possam comprometer a efetividade e a segurança dos medicamentos
8. Interações farmacológicas
9. Efeito dos P.S. e outras situações do paciente sobre o medicamento
10. Educação para a saúde sobre o medicamento

Fonte: Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico - versão em Português (2014).

No final da fase de estudo, pode ser necessário conhecer resultados de exames clínicos e sugerir modificações na situação do paciente. Em casos mais complexos é necessário agendar nova consulta, para que o caso possa ser discutido com a equipe que o acompanha para solicitar tais informações.

5. **Fase de Avaliação:** Com base nas informações coletadas, o farmacêutico avalia a situação do paciente para determinar a necessidade de intervenções farmacêuticas, visando resolver os PRM identificados. Nesta fase, deve-se verificar as 3 premissas básicas da farmacoterapia: se há necessidade e interesse em ajustes terapêuticos para otimizar o tratamento (necessidade); se os medicamentos prescritos estão alcançando os resultados terapêuticos esperados (efetividade) e se há problemas relacionados à adesão; se os medicamentos produzem ou agravam algum problema de saúde relatado (segurança). Dessa forma, para cada medicamento em uso, caso algum parâmetro esteja comprometido, teremos um RNM.
6. **Fase de Intervenção:** Um plano de atuação é elaborado, incluindo intervenções específicas para resolver os PRM, bem como manter os resultados terapêuticos que estão dentro do esperado. O farmacêutico toma decisões clínicas para melhorar a condição de saúde do paciente, mas não o faz sozinho. Esse plano é

discutido com o paciente, que é peça central na tomada de decisão, visto que é sobre seu estado de saúde que se faz a proposta de intervenção. Outros profissionais de saúde também são envolvidos, pois participam do cuidado multidisciplinar.

7. **Entrevistas Sucessivas:** Após a implementação do plano, são realizadas entrevistas de acompanhamento para avaliar a eficácia das intervenções e fazer ajustes conforme necessário. As entrevistas são a principal fonte de informação durante o Seguimento Farmacoterapêutico (SF). Nelas, o farmacêutico terá oportunidade de verificar se o objetivo terapêutico foi alcançado e se as variáveis que estavam adequadas no início do acompanhamento se mantêm. Essa etapa fecha o seguimento, tornando-o cíclico.

Novas condições de saúde podem surgir ao longo do tempo, que comporão a nova história farmacoterapêutica do paciente, proporcionando um novo estado de situação. O SF só termina quando o farmacêutico ou o paciente decidem se retirar do acompanhamento.

### 3.2 BENEFÍCIOS E FATORES LIMITANTES DO MÉTODO

#### PONTOS POSITIVOS:

- **Enfoque personalizado:** O acompanhamento é centrado no paciente, adaptado às suas condições clínicas, hábitos e preferências, proporcionando o cuidado de saúde singular e humanizado.
- **Prevenção de complicações:** A identificação precoce de PRM e RNM evita complicações graves, hospitalizações e custos adicionais ao Sistema de Saúde.
- **Melhoria da adesão:** O acompanhamento próximo e constante melhora a adesão do paciente ao tratamento, aumentando as chances de sucesso terapêutico.
- **Poucos recursos tecnológicos na implementação:** Não há necessidade de recursos tecnológicos avançados para a realização do método, é possível realizar o acompanhamento munido de planilhas eletrônicas ou mesmo em papel.

## PONTOS NEGATIVOS:

- **Demanda de Tempo Elevada:** A aplicação do método requer acompanhamento contínuo, entrevistas periódicas e avaliações detalhadas. Isso pode demandar muito tempo, tanto para o farmacêutico quanto para o paciente, especialmente em ambientes de alta demanda.
- **Necessidade de Capacitação:** Exige que os farmacêuticos tenham conhecimento aprofundado não apenas sobre medicamentos, mas também sobre os princípios do acompanhamento farmacoterapêutico. A falta de treinamento específico pode dificultar sua implementação correta, especialmente em locais onde a capacitação de profissionais não é contínua.
- **Recursos Limitados:** A falta de tempo, infraestrutura e suporte financeiro adequado pode comprometer a qualidade do acompanhamento; a falta de incentivos financeiros pode ser obstáculo significativo para sua aplicação rotineira.
- **Adesão dos Pacientes:** Como é necessário que o paciente participe ativamente do processo, nem todos os pacientes estão dispostos a se envolver em um acompanhamento contínuo, seja por falta de interesse, dificuldades em comparecer às entrevistas ou até mesmo resistência em modificar seu regime terapêutico.
- **Interdisciplinaridade Limitada:** Embora o método sugira a colaboração com outros profissionais de saúde, na prática, essa comunicação nem sempre ocorre de forma eficiente. O sucesso do SF depende, muitas vezes, da interação com médicos e outros profissionais da equipe multidisciplinar, mas a falta de articulação entre essas partes pode comprometer a implementação das intervenções.
- **Complexidade na Identificação de Problemas:** A identificação de PRM e RNM requer alto grau de análise e julgamento clínico. Farmacêuticos menos experientes ou com pouca prática clínica podem ter dificuldade em reconhecer certos problemas, resultando em intervenções inadequadas ou insuficientes.

### 3.3 PRÁTICA DE UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA

Como exemplo na prática de trabalho, propomos o SF a um paciente com complicações cardiovasculares acompanhado na farmácia ambulatorial de um instituto especializado. Nessa unidade, o paciente é atendido mensalmente, e são dispensados medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) relacionados à linha de cuidado *Diabetes e Endocrinologia*.

O CBAF inclui os medicamentos que tratam os principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde (APS). O financiamento deste Componente é responsabilidade dos três entes federados, sendo o repasse financeiro regulamentado pelo artigo n.º 537 da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

O CEAF, regulamentado pelas Portarias GM/MS n.º 02/2017 e GM/MS n.º 06/2017, foi desenvolvido com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado, ao possibilitar aos pacientes ampliação do acesso e da cobertura, a nível ambulatorial, de medicamentos de alto custo dispensados no Sistema Único de Saúde (SUS), cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde (MS). Tais medicamentos são indicados para quadros clínicos graves e que exigem cuidado continuado, contemplando o tratamento de doenças crônicas e/ou raras. A dispensação deve seguir critérios de diagnóstico e indicação descritos nos PCDT para cada agravo (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

No contexto em questão, as seguintes comorbidades serão abordadas: Dislipidemia, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC).

A dislipidemia é caracterizada por altos níveis de lipídios no sangue, sendo fator de risco para aterosclerose e pancreatite aguda. As taxas alteradas de colesterol e/ou triglicérides, associadas a fatores como HAS, tabagismo, obesidade, diabetes, histórico familiar, dentre outros, levam à doença arterial coronariana. No Brasil, a prevalência de dislipidemia é elevada, de 43% a 60%. Logo, o diagnóstico precoce e tratamento adequado visam reduzir o progresso da doença, diminuindo assim as complicações associadas (BRASIL, 2020a).

O tratamento inclui medidas farmacológicas e não-farmacológicas, como terapia nutricional, cessação tabágica e prática de exercícios físicos. A terapia medicamentosa dispensada via CEAF é atorvastatina cálcica, nas doses 10 mg, 20 mg, 40 mg e 80 mg. Esse fármaco é um inibidor da enzima HMG-CoA redutase, que catalisa a conversão de HMG-CoA em mevalonato, uma etapa inicial e limitante da velocidade na biossíntese do colesterol. Os benefícios esperados visam, além da redução nos níveis de Colesterol, LDL e Triglicérides e aumento do HDL, prevenção de eventos cardiovasculares, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

O diabetes é uma doença metabólica na qual ocorre elevação dos níveis séricos de glicose, o que irá gerar diversas consequências deletérias no organismo. No Brasil, estima-se a prevalência de diabetes de 10,5 % da população (BRASIL, 2024). Alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento são obesidade, sedentarismo, HAS, dislipidemia, histórico familiar. Mudanças no estilo de vida (como prática de atividade física, redução no estresse, alimentação adequada, cessação do tabagismo) e adesão ao tratamento medicamentoso tendem a oferecer qualidade de vida e diminuir a possibilidade de complicações, que quando ocorrem, são graves e podem levar o indivíduo ao óbito.

No CEAF, os pacientes têm acesso, ao atenderem todos os critérios elencados no PCDT, ao medicamento Dapagliflozina 10 mg. Esse fármaco é um inibidor potente do co-transportador sódio-glicose tipo 2 (iSGLT2), responsável pela reabsorção da glicose nos rins. Ao ser inibido, aumenta a excreção urinária de glicose, independente da produção endógena. É indicado em associação com outro hipoglicemiante oral, como a metformina, para pacientes com doença cardiovascular já estabelecida.

A HAS é caracterizada por níveis elevados de pressão sanguínea nas artérias, ou seja, valores iguais ou maiores que 140/90 mmHg para pressão sistólica e diastólica. Histórico familiar e condições como tabagismo, obesidade, estresse e dislipidemia são fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão, que por sua vez, é um dos principais fatores de risco para a progressão a complicações cardiovasculares, como AVC, IAM e insuficiência renal. Dados atuais do MS (2024) apresentam que no Brasil, 388 pessoas morrem diariamente por hipertensão. O diagnóstico é feito a partir de pelo menos duas aferições alteradas da pressão arterial (PA), associadas à avaliação da

história clínica e familiar, exame físico e investigação laboratorial, dependendo do caso. Por ser uma condição crônica, o cuidado geralmente é compartilhado tanto na APS quanto na Atenção especializada (BRASIL, 2021).

O tratamento visa manter a PA controlada, visto que a hipertensão não tem cura. Aborda 3 estratégias: terapias medicamentosas, autocuidado e ações terapêuticas interdisciplinares. Existe um arsenal de medicamentos anti-hipertensivos, e o manejo depende do estágio em que o paciente se encontra, bem como das comorbidades associadas.

A ICC é uma doença crônica que acomete o coração, se apresentando como uma incapacidade em bombear sangue para o corpo, a fim de garantir suprimento ideal de oxigênio. Assim, ocorre um acúmulo de sangue nos órgãos e nos pulmões, levando a alterações hemodinâmicas como redução do débito cardíaco, elevação da pressão arterial pulmonar e venosa sistêmica. O paciente apresenta uma série de sintomas: edema nos membros inferiores, dor no peito, dispneia, cansaço, tosse. Cabe ressaltar que esses sinais não são exclusivos da ICC; então, é fundamental que o diagnóstico clínico seja associado a exames físicos e complementares (BRASIL, 2020b).

Essa doença tem caráter progressivo, incapacitante e de alta mortalidade. Dados epidemiológicos mostram que a ICC é a principal causa de re-hospitalização no Brasil, com elevada mortalidade em 5 anos.

O tratamento compreende medidas farmacológicas e não-farmacológicas, relacionadas à dieta para redução de peso, restrição hidrossalina, prática de exercícios físicos, a fim de garantir melhora na qualidade de vida. A terapia medicamentosa tem por objetivo melhora clínica, aumento da capacidade funcional e redução de comorbidades. Muitos medicamentos são indicados no tratamento da ICC, tais como: Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA), Betabloqueadores, Antagonistas do Receptor de Angiotensina II (ARA II), Antagonistas da Aldosterona, Hidralazina, Nitratos, Digoxina, Diuréticos, dispensados a nível de CBAF. No CEAF, o medicamento dispensado é a associação Sacubitril/valsartana, nas doses 50 mg, 100 mg e 200 mg.

O Sacubitril é um fármaco inibidor da neprilisina, enzima que degrada substâncias vasoativas e faz parte do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, e a Valsartana é um ARA II, inibindo os efeitos cardiovasculares e renais prejudiciais da

angiotensina II ao bloquear seletivamente o receptor AT1, inibindo também a liberação de aldosterona. Como resultado, há vasodilatação, natriurese e diurese, diminuindo o risco de morte cardiovascular e hospitalização. Os benefícios para uso do medicamento são mais claramente evidentes em pacientes com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) reduzida.

### **Situação Realística**

- Paciente P1, homem negro, 70 anos. Diagnóstico de DM2 e HAS no ano 2000 e Dislipidemia em 2012.
- Complicações associadas: Doença Arterial Coronariana - IAM com cirurgia de revascularização em 2010, retinopatia diabética, cardiopatia isquêmica.
- Tratamento com antidiabéticos e anti-hipertensivos desde 2000 e atorvastatina desde 2012. Por falta de controle da diabetes com biguanida, sulfonilureia e insulina NPH, foi proposta a inclusão terapêutica de dapagliflozina em 2022.

### **Aplicando o Método Dáder**

**1. Oferta do Serviço:** Ao identificar um paciente com múltiplas condições crônicas (diabetes, dislipidemia, HAS) atendido neste serviço, oferecer o acompanhamento farmacoterapêutico. Esse é um momento chave para explicar de forma clara e concisa os benefícios do acompanhamento e como ele poderá ajudar na gestão dessas doenças complexas.

Geralmente, pacientes com comprometimento cardiovascular apresentam comorbidades, e o SF terá papel essencial no manejo dessas condições. Ao realizar o convite, alguns aspectos como continuidade e colaboração entre paciente e farmacêutico devem ser levados em consideração.

O farmacêutico deve finalizar a oferta marcando o dia e hora para início do acompanhamento, e pedir que o paciente, na ocasião, traga todas suas documentações clínicas e medicamentos que faz uso.

*Simulação:* Identificar um paciente com as comorbidades relatadas acima, que já tenha vínculo com o profissional e retire mensalmente seu tratamento medicamentoso, e oferecer a ele o SF:

Farmacêutica F1: “Boa tarde, Sr. P1, tudo bem? Que bom que veio retirar seus medicamentos! Como o senhor tem demonstrado desejo em saber mais a respeito do seu tratamento e costuma tirar dúvidas sobre seus medicamentos, gostaria de saber se o senhor teria interesse em ser acompanhado por mim em SF. A proposta é nos encontrarmos em datas específicas para consulta farmacêutica. Na consulta, o sr. poderá falar um pouco sobre suas condições de saúde e os medicamentos que toma, eu poderei lhe ouvir, estudar melhor o seu caso e juntos poderemos pensar em estratégias para que o seu tratamento seja mais efetivo e melhore sua qualidade de vida. O que acha?”

Paciente P1: “Gostei da proposta minha filha, tomo um monte de remédio e fico perdido pensando se estou seguindo direitinho o que o doutor orienta. Aceito sim!”

F1: “Que ótimo! Então vamos marcar nossa primeira entrevista na data X, no consultório 1. Que tal no dia o senhor trazer a sacolinha de medicamentos que o senhor toma e suas receitas e laudos pra me mostrar?”

P1: “Combinado!”

F1: “Perfeito. Se cuida, até lá, senhor P1.”

**2. Primeira Entrevista:** Coletar informações essenciais, a fim de abrir o histórico farmacoterapêutico. Deve-se considerar os seguintes aspectos:

**2.1 Histórico de Saúde:** Verificar com o paciente o tempo de diagnóstico das condições, complicações associadas (como hipertensão, histórico de infarto ou AVC), além de hábitos de vida (dieta, atividade física, níveis de estresse e tabagismo).

**2.2. Uso de Medicamentos:** Listar todos os medicamentos que o paciente pode estar utilizando. Avaliar a adesão do paciente ao tratamento. Nesse ponto, algumas perguntas podem ser feitas, como: “para que o senhor utiliza esse medicamento?” “alguma vez esqueceu de usar?”, “sente-se melhor com o medicamento?”, visto que as respostas fornecem informações importantes para a história farmacoterapêutica.

**2.3 Sintomas Atuais e Qualidade de Vida:** Perguntar ao paciente se há sintomas característicos das comorbidades, como cefaleia, fadiga, além de monitorar sinais de

hipoglicemia ou hiperglicemia e efeitos adversos clássicos relacionados aos medicamentos que ele relata usar.

Cabe ressaltar que, como a proposta de SF se dá no contexto de pacientes com comorbidades cardiovasculares acompanhados numa unidade de referência, para o CEAF no início do tratamento é necessário que o paciente apresente documentações clínicas atualizadas, como laudos e resultados de exames, que são avaliados pelos farmacêuticos para posterior deferimento, a fim de dar início ao processo mensal de dispensação dos medicamentos de alto custo. Adicionalmente, essas informações podem ser verificadas, a fim de complementar o relato alcançado na entrevista.

*Simulação:*

Tabela 1. Apresentação da prescrição médica com esquema posológico.

MEDICAMENTO	ESQUEMA ATUAL
Glifage XR 500mg	2+0+2
Dapagliflozina 10mg	1+0+0
Insulina NPH	20 UI no café e 10 UI na ceia
Atorvastatina 10mg	0+0+8
Monocordil 20mg	1+0+1
Carvedilol 6,25 mg	1+0+1
AAS 100mg	0+1+0
Captopril 25mg	1+0+1

Fonte: As autoras.

Tabela 2. Variáveis a serem consideradas para a o caso da simulação.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>VALOR</b>
PA	150/100 mmHg
Glicose em jejum	91 mg/dL
Hemoglobina glicada	7 %
Creatinina	1,00 mg/dL
Taxa de Filtração Glomerular	74 mL/min
Potássio	4,2 mmol/L
Colesterol Total	270 mg/dL
HDL	40 mg/dL
LDL	150 mg/dL
Triglicerídeos	230 mg/dL

Fonte: As autoras.

P1 - principais relatos: “Minha filha, trouxe esses laudos atuais do meu médico, e meu saco de medicamentos. É muito remédio! Há muito tempo sou diabético e hipertenso, meus pais também eram. Confesso que tenho muita dificuldade em fazer dieta, adoro doce, e também sou chegado numa gordura!! Mas já tive tantos problemas de saúde que hoje preciso ficar no sapatinho... eu fumava quando era mais jovem mas aí parei, faz muito mal pra saúde. F1, acho que meu coração ele não tá legal, fico muito cansado com pouco esforço, e meus pés incham, e eu tenho problema de coração. É o dia todo tomando remédio, ainda tem a insulina que eu mesmo me aplico mas às vezes faz um calombo e doi, aí eu fico uns dias sem aplicar... aí o açúcar no sangue vai nas alturas, minha filha briga comigo, mas eu sei que é pro meu bem... e tem um remédio que eu uso, que é o glifage, sei que também é pro diabetes mas eu não entendo porque mesmo tomando ele antes das minhas refeições a glicose fica alta. O remédio novo da diabetes senti melhora quando comecei a tomar, queria que ele substituísse os outros, tem dia que eu só tomo ele, por conta própria. Outra coisa: eu tomo um remédio à noite que o médico falou que é pro colesterol. Mas 8 comprimidos de uma vez! Ah não... é difícil engolir...

as vezes não tomo todos... lembrei agora: eu tomo captopril mas me dá uma tosse esquisita, é normal isso? Minha vizinha toma outro remédio pra pressão alta, fico pensando se o médico não poderia passar pra mim também, mas na hora da consulta não tenho coragem de sugerir... sabe como é né minha filha, foi ele que estudou, eu fico sem graça de falar na consulta porque não sou da área da saúde.”

F1: “Senhor P1, quantas informações importantes o senhor me deu, obrigada por conversar e confiar em mim. Tudo que o senhor disse vou anotar, construir um documento, e estudar sobre o seu caso. Daí vamos identificar se os medicamentos estão ajudando e pensar o que pode ser melhorado, conheço seu médico e podemos conversar com eles juntos depois, tenho certeza que ele irá ouvir o senhor, não precisa ter vergonha. Vamos marcar nosso retorno para o dia Y. Até lá, continue tomando seus medicamentos, não falte às consultas médicas, e como já conversamos lá na farmácia: tente fazer rodízio ao aplicar a insulina, para não ficar esse calombo, conhecido por lipodistrofia.”

P1: “Tá bom, obrigado por me ajudar, até mais.”

**3. Estado de Situação:** após a coleta de informações cria-se, na data determinada, um panorama geral do estado de saúde do paciente, incluindo:

- **Controle do Diabetes Mellitus Tipo 2:** Avaliar o controle glicêmico do paciente (níveis de hemoglobina glicada, glicemia de jejum), os ajustes na dose de dapagliflozina e sinais de hipoglicemia.
- **Dislipidemia:** Avaliar os níveis de colesterol total, LDL, HDL e triglicerídeos. Verificar se o paciente está no alvo terapêutico da atorvastatina e se há queixas relacionadas a efeitos adversos.
- **Controle da HAS:** Solicitar que o paciente acompanhe sua pressão arterial diariamente para sugerir alterações no esquema ao prescritor.

**4. Fase de Estudo:** estudar as condições de saúde do paciente e o impacto das interações entre os medicamentos prescritos:

- **Interações Potenciais:** Considerar interações farmacocinéticas entre dapagliflozina, atorvastatina bem como outros medicamentos (vasodilatador, betabloqueador, inibidor da ECA).
- **PRM:** Identificar problemas como: adesão inadequada aos medicamentos, uso de doses subterapêuticas ou supra-terapêuticas, efeitos adversos, como: elevação de enzimas hepáticas (atorvastatina), ou infecções urinárias (com dapagliflozina).
- **RNM:** Monitorar o paciente para sinais de resultados indesejados, como descontrole glicêmico, piora dos sintomas da insuficiência cardíaca ou aumento nos níveis de colesterol.

Dentre as evidências possíveis para consulta, os PCDTs estabelecem critérios para o diagnóstico de cada uma dessas doenças, fornecendo algoritmos de decisão com indicação dos tratamentos preconizados, recomendação de medicamentos de 1ª e 2ª linhas, posologias recomendadas, além de mecanismos para controle clínico, acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos esperados. Recomenda-se que tais materiais sejam consultados pelo farmacêutico, a fim de balizar sua pesquisa.

**5. Fase de Avaliação:** avaliar a situação clínica do paciente segundo 3 premissas: *necessidade, efetividade e segurança.*

**5.1. PRM:** revisão de todos os medicamentos prescritos e análise de possíveis problemas; devem ser considerados nessa etapa:

- **Adesão ao Tratamento:** Avaliar se o paciente está seguindo corretamente a prescrição. A falta de adesão pode comprometer o controle glicêmico, lipídico e agravar os sintomas da insuficiência cardíaca. Caso o paciente não esteja tomando os medicamentos conforme prescrito, investigar as razões (se por esquecimento, efeitos adversos, dúvidas, etc.).
- **Interações Medicamentosas:** Avaliar possíveis interações entre dapagliflozina, atorvastatina e os outros medicamentos que o paciente estiver utilizando. (Dapagliflozina pode aumentar o risco de desidratação quando combinada com diuréticos).

- **Problemas de Dose:** verificar se as doses dos medicamentos estão adequadas para as condições do paciente.
- **Reações Adversas:** Avaliar se o paciente está apresentando reações adversas aos medicamentos, como por exemplo, para a dapagliflozina, infecções urinárias ou candidíase, poliúria e desidratação. Para a atorvastatina, mialgia, fraqueza e elevação das enzimas hepáticas.

**5.2. Identificação de RNM:** Avaliação dos efeitos terapêuticos dos medicamentos (se os medicamentos estão alcançando os resultados clínicos desejados ou se há resultados negativos).

- **Controle Glicêmico (Dapagliflozina):** revisar os níveis de glicemia em jejum, pós-prandial e hemoglobina glicada (HbA1c). Resultados negativos incluem hiperglicemia persistente ou episódios frequentes de hipoglicemia.
- **Controle Lipídico (Atorvastatina):** Avaliar se o paciente atingiu as metas terapêuticas de redução de colesterol, triglicérides e LDL e aumento do HDL. Caso os níveis de colesterol ainda estejam descontrolados, pode ser necessário ajustar a dose da estatina ou considerar a adição de outro agente hipolipemiante.
- **Controle da Insuficiência Cardíaca e HAS (Mononitrato de isossorbida, Carvedilol):** Monitorar os sintomas da IC (dispneia, edema, fadiga) e avaliar se houve melhora. A pressão arterial também deve ser medida regularmente, monitorar a função renal e os níveis de potássio, pois essa classe de medicamentos pode afetar esses parâmetros.

**5.3. Análise das Condições Clínicas e dos Exames Complementares:** Considerar resultados de exames laboratoriais e outros parâmetros clínicos:

- **Exames Laboratoriais:** Glicose e Hemoglobina Glicada, Colesterol Total, LDL, HDL e Triglicérides, Creatinina e Taxa de Filtração Glomerular (TFG), Níveis de Potássio.
- **Parâmetros Clínicos:** Pressão Arterial, peso corporal e edema; sinais e sintomas de IC.

**5.4. Identificação de Necessidade de Ajustes Terapêuticos:** Com base na avaliação dos PRM e RNM, pode-se determinar se há necessidade de ajustes terapêuticos. Isso pode incluir: ajuste de doses, mudança de terapia, acompanhamento contínuo.

**5.5. Discussão com o Paciente e/ou Outros Profissionais de Saúde:** Comunicação com o médico ou outros profissionais de saúde para alinhar o plano terapêutico e sugerir possíveis modificações na farmacoterapia, assim como medidas não-farmacológicas.

## **6. Fase de Intervenção**

- **Ajuste de Dose ou Mudança de Medicamento:** Observar se o paciente está experimentando efeitos adversos (ex: controle inadequado com os anti-hipertensivos atuais ou mialgia com atorvastatina). Discussão com o médico sobre possíveis ajustes e substituição do captopril, carvedilol e monocordil por sacubitril valsartana e para a comodidade posológica, substituir 08 comprimidos de atorvastatina 10 mg por 04 comprimidos atorvastatina 20 mg; confirmar disponibilidade de estoque no CEAF.
- **Educação do Paciente:** Reforçar a importância da adesão ao tratamento, especialmente em relação à tomada correta dos medicamentos, aplicação da insulina em locais diferentes, com a técnica do rodízio e controle dos fatores de risco cardiovascular (como dieta e atividade física). Encorajar autonomia do paciente no seu cuidado de saúde. Solicitar a presença de algum familiar para auxiliar no manejo do cuidado, visto que o paciente já é idoso.
- **Monitoramento dos Efeitos Adversos:** Ensinar o paciente a identificar sinais de hipoglicemia (especialmente com o uso de dapagliflozina) e pressão alta, encorajar o reporte imediato de quaisquer efeitos indesejados a um profissional de saúde.

Todos os dados são descritos abaixo, a fim de facilitar a visualização do caso em análise (Figura 6):

Figura 6. Dados referentes ao Estado De Situação, Avaliação e Intervenção Farmacêutica.

Problemas de saúde				Medicamentos				Avaliação			I.F.	
Início	Problema de saúde	Controlado	Preocupa	Desde	Medicamento (substância ativa)	Posologia		N	E	S	Classificação RNM	Data início
						Prescrita	Utilizada					
30/04/2000	DM II	S	S	30/04/2000	Metformina 500 mg	2+0+2	2+0+2	S	S	S		
30/04/2000	DM II	N	S	01/03/2015	Insulina NPH	20UH+0+10UI	20UH+0+0	S	S	N	Insegurança quantitativa	05/08/2024
30/04/2000	DM II	S	N	05/11/2022	Dapagliflozina 10 mg	1+0+0	1+0+0	S	S	S		
30/04/2000	HAS	N	S	05/03/2023	Captopril 25 mg	1+0+1	1+0+0	S	N	N	Inefetividade quantitativa/Insegurança quantitativa	15/09/2024
20/06/2010	ICC	N	S	20/06/2010	Mononitrato de Isossorbida 20 mg	1+0+1	1+0+1	S	N	S	Inefetividade qualitativa	15/09/2024
20/06/2010	HAS e ICC	N	S	20/06/2010	Carvedilol 6,25 mg	1+0+1	1+0+0	S	N	N	Inefetividade quantitativa e qualitativa/Insegurança quantitativa	15/09/2024
20/06/2010	Prevenção DCV	S	N	20/06/2010	AAS 100 mg	0+1+0	0+1+0	S	S	S		
20/06/2010	ICC	S	N	28/09/2024	Sacubitril Valsatana 50 mg	1+0+1	1+0+1	S	S	S		15/09/2024
20/05/2012	Dislipidemia	N	S	12/12/2012	Atorvastatina 10 mg	0+0+8	0+0+5	S	N	S	Apresentação equivocada	15/09/2024

Legendas: (S) Sim; (N) Não; (N) Necessidade; (E) Efetividade; (S) Segurança; (RNM) Resultados Negativos à Medicação; (IF): Intervenção Farmacêutica

Fonte: Adaptado de Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico - versão em Português (2014).

### Simulação:

F1: “Olá Sr. P1, como está? Que bom que o senhor veio para nossa consulta. Estudei seu caso, ouvi direitinho o que o senhor falou, e proponho um plano de atuação para ajudar nesses PRM que o senhor relatou. Primeiro, gostaria de te mostrar. E depois, podemos juntos conversar com o seu médico. Sua pressão estava alta em nossa última consulta, sugiro que o senhor faça um mapa de PA verificando a pressão diariamente e traga para nossa próxima entrevista. A glicemia também não está controlada. É importante que o Sr. na medida do possível, melhore a dieta, faça sempre o rodízio no momento da aplicação da insulina e tome o glifage junto às refeições, não antes. Também gostaria que o Sr. fizesse um monitoramento de sua glicemia diariamente e trouxesse o mapinha em nossa próxima entrevista. Tomar 8 comprimidos de atorvastatina de uma vez só é difícil mesmo! Vamos conversar com o dr. D1 e verificar se é possível reduzirmos esse número à metade e o senhor tomar 4 comprimidos. É uma quantidade menor, é muito importante que o Sr. tome esse medicamento diariamente porque seu lipidograma está alterado. E são muitos medicamentos da pressão e do coração; mesmo assim o senhor relata continuar muito cansado... ainda tem essa tosse

chata que atrapalha. Vamos conversar com o doutor e tentar uma alternativa, trocar esses 3 medicamentos por 1, apenas.”

F1: “Sr. P1, o tratamento dessas comorbidades cardiovasculares é multidisciplinar. Pensarmos nas alternativas farmacológicas é importante, mas também tem seus hábitos e estilo de vida que diretamente interferem no seu cuidado. Que tal conversarmos também com a nutricionista N1 e a professora de educação física EDF1? Elas também têm um papel importante no seu cuidado.”

P1: “Só em ouvir que vou diminuir a tomada dos remédios já gostei! E pelo que você está me dizendo, também vai reduzir os RNM, vou me sentir melhor. Gostei dessa proposta de você me incluir no tratamento e perguntar o que eu acho, não sou estudado mas sei o que eu sinto e tenho vontade de melhorar. Agora estou mais seguro em conversar com o doutor, porque sei que você está junto. E também tem uma equipe de outros profissionais disposta a cuidar de mim, esse tratamento no SUS tá abrangente e humanizado, que interessante!”

**7. Entrevistas Sucessivas:** As consultas subsequentes são essenciais para acompanhar o progresso do paciente:

*PRIMEIRA ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO:*

**Intervenções do farmacêutico:** De acordo com a pressão arterial verificada diariamente no mapa de PA apresentado pelo paciente e aliado a um exame de ecocardiografia para observar a fração de ejeção, sugeriu-se ao prescritor da equipe multiprofissional as trocas de: captopril, carvedilol e monocordil por um bloqueador do receptor de angiotensina (BRA), devido aos efeitos adversos apresentados pelo captopril (e pensando o início da terapia recente) e pouca resposta terapêutica apresentada pelo monocordil e carvedilol. Esse medicamento pode ser o Sacubitril Valsartana, que combina o bloqueador dos efeitos da neprilisina com o BRA.

Como a glicemia não está controlada, o farmacêutico descobriu que o paciente estava fazendo a metformina antes das refeições. Indica-se o melhor momento para administrar o medicamento.

Paciente reclamou de dor no braço, e foi descoberto que ele está aplicando a insulina sempre no mesmo lugar; foi orientado a realizar o rodízio. Além disso, aponta-se a importância do armazenamento correto de insulina, reforçando que precisa ser dentro da prateleira da geladeira e administrada conforme a receita, cujas unidades foram prescritas conforme o valor da glicemia pré-prandial.

O farmacêutico continuará incentivando a adesão ao tratamento e discutindo com o paciente e a equipe multiprofissional a respeito de qualquer dificuldade encontrada no decorrer do acompanhamento.

*Simulação:*

F1: “Boa tarde Sr. P1, tudo bem? Conversei com a nutricionista N1, com o médico Dr D1 e com o educador físico EDF1 e juntos pensamos em uma nova forma do Sr. tomar seus medicamentos.”

P1: “Boa tarde!! Nossa, eu tenho esperado muito esse momento aqui com você, F1. Esse acompanhamento que vocês fazem agora é muito bom.”

F1: “Obrigada, Sr. P1. O seu médico já concordou com as minhas recomendações e fez uma nova prescrição, e eu irei orientá-lo a respeito desse novo esquema terapêutico. Como eu tinha prometido, procuramos reduzir o quantitativo de tomadas e o número de medicamentos.”

Tabela 3. Apresentação da nova prescrição.

MEDICAMENTOS - ESQUEMA APÓS INTERVENÇÃO	POSOLOGIA
Glifage XR 500mg	2+0+2
Dapagliflozina 10mg	1+0+0
Insulina NPH	20 UI no café e 10 UI na ceia
Atorvastatina 20 mg	0+0+4
Sacubitril/Valsartana 50 mg	1+0+1
AAS 100mg	0+1+0

Fonte: As autoras.

F1: “Sr. P1, retiramos 3 medicamentos (mononitrato de isossorbida, captopril e carvedilol) e substituímos pelo sacubitril valsartana, 01 comprimido de manhã e 01 comprimido de noite. Esse medicamento é um pouco mais caro, mas ele é disponibilizado pela Rio Farmes que também é do SUS, não sei se o Sr. conhece. Já falei com o dr D1 e ele já está providenciando esses documentos, os exames eu vou explicar pro Sr. quais são porque eles pedem também. Assim que o Sr. der entrada lá, em 30 dias busca a resposta e já inicia o seu tratamento. Durante esse mês que o Sr. aguarda o Dr. disse que te ajuda nessa questão.”

P1: “Eu nem sei como te agradecer, esse acompanhamento tá melhorando demais e só em reduzir esses medicamentos todos, já fica mais fácil de tomar todos.”

F1: “Isso mesmo, a adesão do paciente é a parte mais importante! Só também vou esclarecer ao Sr. que a metformina (glifage) tem que ser durante/depois das refeições, e que esses calombos que o Sr. me falou da última vez, lembra de revezar a aplicação da insulina, ora na barriga, ora no braço, ora na perna, isso reduz bastante esse problema. Falando em insulina, guarda sempre na prateleira dentro da geladeira, na porta é mais fácil, mas a temperatura varia muito mais, porque abre várias vezes.”

P1: “Pode deixar! Vou ligar pra minha filha aqui e contar essas novidades pra ela, e na próxima entrevista vou te trazer um chocolate. Você come zero igual ao meu ou do comum mesmo?”

F1: “Muito bem! Gostei de ver a disciplina para o zero, apesar de não precisar trazer nada, sinto que é uma forma de carinho. O que eu ainda tenho pra falar pro Sr. é que a nutricionista N1 pediu para além do açúcar também reduzir as frituras, e o educador físico EDF1 conseguiu uma hidroginástica pela prefeitura para iniciar essa prática de exercício, que é um aliado importante no seu tratamento. E aguardo o Sr. daqui a 2 meses para uma nova conversa, tá bem? O pedido dos exames está aqui, o D1 deixou comigo e pediu para te entregar. Peço pra fazer daqui a 1 mês mais ou menos, e trazer o resultado. Mas qualquer dúvida estou na farmácia e pode falar antes da data que agendamos. Aqui está um cartão pro Sr. acompanhar a data das nossas próximas consultas.”

P1: “Vocês são nota 10!! Muito obrigada! Fica com Deus.”

#### *SEGUNDA ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO:*

O farmacêutico irá verificar os novos exames do paciente, perguntar o que está achando do novo medicamento, se está cumprindo com a dieta e o exercício físico. Saber seu estado geral.

#### *Simulação:*

F1: “Boa tarde, Sr. P1. Como está se sentindo? Olhei os seus exames e já notei algumas melhoras, seu colesterol total, triglicérides e hemoglobina glicada já estão reduzindo.

E a pressão, como tem estado? Alguma dificuldade com o medicamento novo? E a sua fisionomia também está ótima, hein.”

P1: “Boa tarde! Eu to me sentindo muito melhor, de verdade! Tenho acompanhado e a pressão tá 120x80 mmHg praticamente todos os dias, e aquele meu cansaço em pequenos esforços também tá diminuindo bem, e com menos remédio é muito melhor. Essa hidrogenástica é boa demais, ainda mais nesse calorão que tem feito. A tosse parou de vez.”

F1: “Então ótimo! O Sr. também tem vindo nas consultas médicas, observei aqui no seu prontuário, e já vou deixar registrado todas essas boas notícias que vimos aqui hoje. Te aguardo daqui a 2 meses novamente!”

P1: “Tá combinado! Eu não largo isso aqui mais não, tá me fazendo muito bem. E trouxe aqui o seu chocolate, conforme combinamos, hein.”

F1: “Muito obrigada! O Sr. tem mais alguma queixa? Alguma coisa que esteja incomodando? Algum hábito novo?”

P1: “Tudo em ordem. Até a próxima!”

#### *TERCEIRA ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO:*

O farmacêutico tem como objetivo refazer praticamente o mesmo diálogo da segunda entrevista, e reforçar a adesão ao tratamento e às medidas não-farmacológicas.

#### *Simulação:*

F1: “Olá, boa tarde. Como está se sentindo? Daqui a alguns meses vamos repetir os exames novamente, tá? Nesses dias não está fazendo tanto calor, mas o Sr. segue na hidrogenástica, né?”

P1: “Boa tarde! Sim, tenho a minha turma lá, e mesmo nesse tempo marco a minha presença. Tudo fluindo muito bem, acho que já até perdi peso, minha alimentação também tenho cumprido, minha filha marca junto e elogia muito, sempre falo de você.”

F1: “Fico muito feliz em saber! Estou aqui pra que o seu tratamento seja o melhor possível, estou sempre alinhando com os outros colegas de trabalho e propondo melhorias.”

P1: “O trabalho de vocês é muito importante! Obrigado mais uma vez e até a próxima.”

### 3.4 INDICADORES

Ao reunir uma série de dados sobre as condições de saúde e a farmacoterapia do paciente, alguns indicadores podem ser gerados. Donabedian (1984) conceitua que indicadores são parâmetros objetivos utilizados para avaliação da qualidade que a organização pretende alcançar. Tais dados devem possuir aspectos essenciais, como clareza, confiabilidade, utilidade, mensurabilidade, validade. Esses indicadores podem ser utilizados para monitorar e ajustar o tratamento farmacoterapêutico, garantindo uma abordagem centrada na segurança e eficácia do paciente no longo prazo.

Luiza (2003) ressalta que oferecer acesso não significa apenas ter o serviço disponível; é preciso conhecer a demanda real por esse serviço. No caso em questão, oferecer acesso ao medicamento no CEAF e no CBAF e propor o SF aponta para a necessidade desse medicamento chegar até o usuário e alcançar sucesso terapêutico. Assim, alguns indicadores podem ser propostos, como:

#### **1. Indicadores de Segurança**

**Eventos adversos relacionados aos medicamentos (RAMs):** Monitoração de possíveis reações adversas associadas ao uso de dapagliflozina (como infecções genitais ou hipoglicemia), atorvastatina (miopatia ou elevações de transaminases hepáticas) e sacubitril/valsartana (hipotensão, hipercalcemia, insuficiência renal).

**Interações medicamentosas:** Avaliação de interações entre os três medicamentos e outros que o paciente possa estar usando.

**Parâmetros laboratoriais:** Função renal (creatinina, ureia) para pacientes em uso de dapagliflozina e sacubitril valsartana; níveis de transaminases hepáticas para o uso da atorvastatina.

## **2. Indicadores de Eficácia**

**Controle glicêmico** (HbA1c, glicemia de jejum): Importante no uso de dapagliflozina.

**Perfil lipídico:** Monitoramento de colesterol total, LDL, HDL e triglicérides, uma vez que a atorvastatina é usada nesse contexto.

**Função cardíaca:** Fração de ejeção ventricular, para avaliar o efeito do sacubitril valsartana em pacientes com insuficiência cardíaca; pressão arterial e frequência cardíaca.

**Níveis de NT-proBNP:** Biomarcador utilizado para avaliar a insuficiência cardíaca e a eficácia do sacubitril valsartana.

## **3. Indicadores de Adesão ao Tratamento**

**Escalas de adesão ao tratamento:** Uso de questionários como Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ou Teste de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

**Monitoramento da utilização de medicamentos:** Avaliação das taxas de renovação de receitas, e adesão percebida pelo paciente.

## **4. Indicadores Clínicos Gerais**

**Pressão arterial sistólica e diastólica:** Acompanhamento constante, já que os três medicamentos têm impacto direto ou indireto no controle da pressão arterial.

**Peso corporal e IMC:** Dapagliflozina pode ajudar na perda de peso em pacientes com DM 2.

**Avaliação da função renal:** Avaliar a função renal ao longo do tempo, especialmente em pacientes em uso prolongado de dapagliflozina e sacubitril valsartana.

## **5. Indicadores de Desfechos Clínicos**

**Hospitalizações por eventos cardiovasculares:** Incidência de internações relacionadas a eventos cardíacos, como insuficiência cardíaca descompensada.

**Incidência de morte cardiovascular:** Monitoramento de óbitos relacionados a causas cardiovasculares, uma vez que esses medicamentos têm potencial para modificar esse desfecho.

Mediante todo o exposto, destaca-se a importância do SF com o método Dáder para pacientes com múltiplas comorbidades cardiovasculares, podendo ser explorada de forma a destacar os desafios e benefícios desse acompanhamento contínuo. Seguem alguns pontos para desenvolvimento da ideia:

- **Complexidade da Farmacoterapia em Comorbidades Cardiovasculares,** tais como a polifarmácia (a combinação de diferentes classes terapêuticas aumenta o risco de interações medicamentosas, o que pode comprometer a eficácia do tratamento ou levar a eventos adversos) e ajustes terapêuticos (cada medicamento pode necessitar de ajustes de dose em função da evolução da doença ou da presença de efeitos adversos).
- **Identificação de PRMs**
  - **Reações adversas e interações:** Pacientes com comorbidades cardiovasculares são mais propensos a desenvolver problemas relacionados ao uso de medicamentos. Por exemplo, o uso concomitante de dapagliflozina, atorvastatina e sacubitril valsartana pode apresentar desafios de segurança, como o aumento do risco de hipotensão ou alterações na função renal. O SF permite detectar precocemente essas reações e mitigar seus efeitos.
  - **Prevenção de internações:** Muitos PRMs, como falhas terapêuticas ou adesão inadequada, podem levar à piora da condição clínica e consequente hospitalização. O SF visa prevenir essas complicações ao garantir que o paciente esteja seguindo corretamente a farmacoterapia prescrita.
- **Melhoria da Adesão ao Tratamento:** A adesão baixa em comorbidades crônicas ocorre por conta da complexidade do regime terapêutico, do custo dos medicamentos ou dos efeitos adversos. O SF atua como uma ponte para educar o paciente, personalizando a terapia conforme suas necessidades e condições, aumentando a adesão ao tratamento.
- **Individualização e Personalização do Cuidado:** O cuidado centrado no paciente focado nas necessidades individuais do paciente é crucial em pacientes

com comorbidades cardiovasculares, pois permite uma avaliação contínua da resposta ao tratamento e ajustes personalizados, evitando o "tamanho único" das terapias convencionais. O diálogo constante permite que o paciente tenha confiança e participe ativamente no controle de suas condições de saúde.

- **Melhora dos Desfechos Clínicos:** A efetividade terapêutica aumentada mediante a escolha e o ajuste de medicamentos como a dapagliflozina (para controle glicêmico e proteção cardiovascular), atorvastatina (para redução de eventos ateroscleróticos) e sacubitril valsartana (para melhora da função cardíaca) são fundamentais. Com o monitoramento ativo, o tratamento se torna mais eficaz. A redução de complicações cardiovasculares devido a aderência ao SF e às recomendações do farmacêutico pode reduzir a mortalidade e morbidade associadas a eventos cardiovasculares.
- **Integração Multidisciplinar no Cuidado:** interação mais fluida entre os diferentes profissionais de saúde (médico, farmacêutico, nutricionista, profissional de educação física), promove uma visão integrada do cuidado ao paciente. Isso é especialmente valioso para ajustar a terapia de forma rápida e eficiente, respondendo às mudanças no estado de saúde do paciente.
- **Redução de Custos para o Sistema de Saúde:** identificação precoce de PRMs por meio do SF reduz a necessidade de intervenções de emergência e internações hospitalares, o que gera economia para o sistema de saúde e, ao mesmo tempo, melhora a qualidade de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e Pancreatite. **Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 17, de 18 de novembro de 2020. Aprova as Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica - **Brasília: Ministério da Saúde**, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 7, de 28 de fevereiro de 2024. Torna pública a decisão de atualizar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabetes Mellito Tipo 2. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2024.

DE CONSENSO, C. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Pharmaceutica (Internet)**, v. 48, n. 1, p. 5-17, 2007.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición e métodos de evaluación. **México: La Prensa Médica Mexicana**, 1984.

LUIZA, V.L et al. **Acesso a medicamentos essenciais no Rio de Janeiro**. 2003.

SABATER HERNÁNDEZ, D. et al. Método Dáder: Guía de seguimiento farmacoterapéutico. **Grupo de investigación en Atención Farmacéutica (GIAF)**, 2007.

## 4. Método Pharmacotherapy Workup

**Ana Clara Duarte dos Santos**

**Carolina Mattos Sant'anna de Andrade**

**Hildeneide Rocha Oliveira**

O método *Pharmacotherapy Workup* (PW) é uma abordagem analítica e estruturada para a avaliação e otimização da terapia medicamentosa, desenvolvido inicialmente na Universidade de Minnesota na década de 1960. Esta metodologia emergiu em um contexto em que a gestão de medicamentos começava a ser reconhecida como componente crucial para a segurança e eficácia do tratamento clínico. A criação do PW foi impulsionada pela necessidade de uma abordagem sistemática para lidar com a crescente complexidade dos regimes terapêuticos e a necessidade de garantir que os medicamentos sejam utilizados de maneira segura e eficaz (CIPOLLE et al, 2004; CIPOLLE et al, 2012).

O método é organizado em quatro etapas bem definidas que permitem a revisão detalhada do tratamento medicamentoso do paciente (BRASIL, 2020). A primeira etapa envolve a coleta de informações extensivas sobre o paciente, incluindo histórico médico completo, condições de saúde atuais e a lista de medicamentos utilizados. Essa fase é fundamental para garantir que todos os aspectos da saúde do paciente sejam considerados na avaliação da terapia medicamentosa.

A segunda etapa foca na análise da adequação dos medicamentos prescritos. Isso inclui a avaliação da eficácia dos medicamentos para os diagnósticos específicos do paciente, a revisão dos efeitos adversos potenciais, e a verificação de interações medicamentosas que possam comprometer a segurança do paciente identificando assim os problemas relacionados aos medicamentos (PRM) (Figura 1).

Figura 1. Classificação dos Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM); Cipolle et al. (2012).

<b>Indicação</b>	<b>1.</b> Farmacoterapia desnecessária <b>2.</b> Necessidade de farmacoterapia adicional
<b>Efetividade</b>	<b>3.</b> Fármaco inefetivo <b>4.</b> Dosagem baixa
<b>Segurança</b>	<b>5.</b> Reação adversa ao medicamento <b>6.</b> Dosagem alta
<b>Adesão</b>	<b>7.</b> Não adesão

Fonte: (BRASIL. 2020).

Após a identificação dos problemas e a análise das informações são feitas sugestões para melhorar a eficácia e a segurança do tratamento, que podem incluir alterações nas dosagens, substituição de medicamentos ou adição e/ou retirada de agentes terapêuticos.

A terceira etapa acompanha a evolução do paciente ao plano de cuidado proposto. Nesta fase, o plano de cuidado desenvolvido anteriormente é colocado em prática com o objetivo de otimizar os resultados da terapia medicamentosa e garantir a segurança do paciente. O farmacêutico deve estar atento à necessidade de ajustes no plano de cuidados com base na resposta do paciente e a novas informações que possam surgir. O monitoramento contínuo da eficácia do tratamento e da ocorrência de efeitos adversos é fundamental para garantir que o plano esteja funcionando conforme o esperado.

A quarta etapa estabelece um plano de monitoramento para alcançar os resultados terapêuticos desejados e avaliar se algum novo problema a farmacoterapia foi desenvolvido. Desse modo, o profissional pode desenvolver um cronograma para monitorar a evolução do paciente, observando se as metas estabelecidas foram alcançadas.

Uma característica distintiva do método é a sua capacidade de propor recomendações práticas e detalhadas para a otimização da terapia medicamentosa permitindo o ajuste preciso e personalizado, alinhado com as necessidades individuais do paciente, reduzindo problemas relacionados a medicamentos, como falhas na adesão, reações adversas inesperadas, ou a necessidade de ajustes na dosagem (MARACLE, et. al. 2012).

O método PW é amplamente utilizado em diversas configurações clínicas, incluindo hospitais, clínicas de atendimento primário e consultórios de farmácia. Sua aplicação prática permite que profissionais de saúde, especialmente farmacêuticos clínicos, desempenhem papel ativo na gestão do tratamento medicamentoso, promovendo o cuidado mais seguro e eficaz. Este método continua a ser modelo relevante e influente na gestão de medicamentos, evidenciando a importância da abordagem metódica e fundamentada para a terapia medicamentosa (DETONI, et. al, 2016; LOPES, et. al, 2017).

#### 4.1 CONDIÇÕES PARA APLICAÇÃO DO MÉTODO

Ambiente Adequado:

- Local: Consultório farmacêutico ou sala dedicada ao atendimento individualizado.
- Equipamentos: Computador com software de registro, ferramentas para acesso a informações sobre medicamentos e histórico médico do paciente.

Como Aplicar:

1. Coleta de Dados: Recolher informações detalhadas sobre o histórico médico, medicamentos atuais, e condições de saúde do paciente.
2. Análise: Avaliar a farmacoterapia atual, identificando possíveis problemas como interações medicamentosas ou efeitos adversos.
3. Planejamento: Desenvolver um plano de intervenção para otimizar a terapia medicamentosa.

Duração Estimada:

- Consulta Inicial: 30-60 minutos.
- Consultas de Seguimento: 20-30 minutos cada.

#### 4.2 SITUAÇÃO DE SAÚDE

**Caso Clínico:**

#### Dados do Paciente:

- Nome: Maria dos Santos
- Idade: 72 anos
- Sexo: Feminino
- Diagnósticos: Hipertensão arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia
- Histórico Médico: História de infarto agudo do miocárdio há 5 anos, insuficiência renal crônica grau 1.

#### Medicamentos Atuais:

1. Captopril 25 mg, 2 vezes ao dia
2. Metformina 850 mg, 2 vezes ao dia
3. Sinvastatina 40 mg, 1 vez ao dia
4. Aspirina 100 mg, 1 vez ao dia
5. Hidroclorotiazida 25 mg, 1 vez ao dia

#### **Consulta 1: Avaliação Inicial**

Objetivo: Avaliar a farmacoterapia atual, identificar possíveis problemas e desenvolver o plano de intervenção.

#### Simulação realística (consulta 1):

- Boa tarde senhora Maria, tudo bem? Sou a farmacêutica X. e vamos fazer uma consulta para revisar o seu histórico, sintomas e os medicamentos que a senhora utiliza. A senhora tem alguma doença?
- Boa tarde doutora. Eu tomo remédio para pressão e diabetes, acho que tem um do colesterol também que o médico passou. Eu trouxe a minha receita aqui e os exames que eu fiz mês passado.
- Certo, vou olhar sua prescrição. Aqui no seu prontuário tem um histórico de insuficiência renal crônica leve...

- Sim, quando eu infartei e fiquei internada um tempo tive um problema nos rins e fiz hemodiálise no hospital. Depois disso o médico disse que teria que acompanhar, mas nunca mais precisei de hemodiálise, não.
- Ótimo! Então a senhora usa Captopril 25 mg 2 vezes ao dia, Metformina 850 mg 2 vezes ao dia, Sinvastatina 20 mg 1 vez ao dia, Aspirina 100 mg 1 vez ao dia e Hidroclorotiazida 25 mg 1 vez ao dia, certo? A senhora toma todos os dias sem esquecer?
- Tomo direitinho. Captopril de manhã e de noite, metformina depois do almoço e jantar, sinvastatina, aspirina e hidroclorotiazida depois do almoço.
- Entendi. A senhora observou alguma alteração na pressão ou na glicemia nesses últimos meses? Se sentiu mal?
- Não sei, não medi a pressão em casa, mas a glicose estava normal no último exame. A única coisa que tenho sentido é dor muscular e fraqueza nas pernas...
- A senhora trouxe os exames? Vamos dar uma olhada.

#### Exames 1:

Creatinina: 1,3 mg/dL

Ureia: 65 mg/dL

Hemoglobina: 12,1 g/dL

Leucócitos: 4820 /mm<sup>3</sup>

Glicemia em jejum: 90 mg/dL

Hemoglobina glicada: 5,9 %

Triglicerídeos: 140 mg/dL

Colesterol: 170 mg/dL

HDL: 45 mg/dL

LDL: 90 mg/dL

Nessa primeira consulta a paciente relatou que é hipertensa e diabética, mostrou a prescrição de medicamentos e exames laboratoriais realizados há dois meses. Ela relata durante a consulta que tem tido episódios frequentes de fraqueza e dores musculares. Não sabe relatar se houve picos hipertensivos ou de hipo/hiperglicemia nos últimos meses.

Foi feita aferição da pressão arterial 130 x 90 mmHg e glicemia capilar 102 mg/dL.

Atividades:

1. Revisão dos Medicamentos: Verificação de dosagens, horários de administração e possíveis efeitos adversos.
2. Análise de Eficácia e Segurança: Avaliação da eficácia dos medicamentos no controle da hipertensão, diabetes e dislipidemia. Identificação de efeitos adversos relatados, como cansaço excessivo, dores musculares, ou episódios de hipoglicemia.
3. Coleta de Dados Adicionais: Medir pressão arterial, níveis de glicose no sangue e perfil lipídico. Avaliar função renal através de exames laboratoriais.
4. Identificação de Problemas: Considerar interações medicamentosas e problemas como possível insuficiência renal afetando a farmacocinética dos medicamentos.

Plano de Intervenção com encaminhamento médico:

- A metformina em casos de insuficiência renal pode causar acidose láctica. Devido ao histórico da paciente associado ao diabetes, o mais adequado seria substituir a metformina por outro hipoglicemiante oral, para evitar a acidose láctica devido ao uso da metformina neste perfil de paciente.
- A pressão arterial deve ser constantemente monitorada. No momento da consulta farmacêutica estava levemente elevada, o que pode ser um indício de controle inadequado da pressão. Deve-se sinalizar o médico para poder fazer o monitoramento da pressão arterial para avaliar se há necessidade de troca e/ou adição de anti-hipertensivos. Cabe ressaltar que não é possível identificar o mau controle da pressão arterial com apenas uma aferição.
- Orientar a paciente a fazer o uso da sinvastatina à noite após o jantar e não após almoço, devido ao pico máximo de síntese de colesterol ser noturno.
- Devido a dor muscular e o cansaço relatados pela paciente, deve-se avaliar se esses efeitos estão relacionados ao uso da sinvastatina, devido estas serem reações adversas comuns a este medicamento. As estatinas de última geração

têm menor probabilidade de ocasionar esta reação adversa, assim deve-se avaliar junto ao prescrito a possibilidade de troca.

### **Consulta 2: Seguimento**

Objetivo: Avaliar a resposta às intervenções iniciais e ajustar a terapia conforme necessário.

Atividades:

1. Monitoramento: Verificar mudanças na pressão arterial, níveis de glicose e perfil lipídico após ajustes no tratamento.
2. Revisão de Efeitos Adversos: Verificar a presença de novos efeitos adversos ou a redução dos problemas identificados anteriormente.
3. Educação do Paciente: Reforçar a adesão ao tratamento e discutir a importância de monitorar sinais de hipoglicemia e eventos adversos.

Simulação realística (consulta 2 após 6 meses):

- Bom dia senhora Maria, como vai? Hoje vamos ver como a senhora está após os ajustes que fizemos na primeira consulta. Como a senhora está se sentindo?
- Bom dia doutora. Estou tomando os remédios direitinho da receita nova do médico, acho que estou me sentindo melhor.
- As dores musculares melhoram? Tem sentido fraqueza?
- Não estou sentindo mais aquelas dores, elas melhoraram, mas às vezes tenho me sentido tonta e fraca, com dor de cabeça, aí quando eu como melhora.
- Vamos ver sua nova prescrição e seus exames do mês passado.

Prescrição 2:

1. Captopril 25 mg, 2 vezes ao dia
2. Metformina 850 mg, 2 vezes ao dia (após almoço e janta)
3. Atorvastatina 20 mg, 1 vez à noite
4. Aspirina 100 mg, 1 vez após almoço
5. Hidroclorotiazida 25 mg, 1 vez ao dia

## Exames 2:

Creatinina: 1,5 mg/dL  
Ureia: 70 mg/dL  
Hemoglobina: 11,7 g/dL  
Leucócitos: 5200 mm<sup>3</sup>  
Glicemia em jejum: 75 mg/dL  
Hemoglobina glicada: 6,3 %  
Triglicerídeos 138 mg/dL  
Colesterol 165 mg/dL  
HDL 62 mg/dL  
LDL 70 mg/dL

Foi aferida a glicemia capilar (72mg/dL) e a pressão arterial da paciente (120 x 80 mmHg). Ela estava há 3 horas sem comer, a última refeição tinha sido às 8 h da manhã (café com leite e 1 maçã).

## Plano de Intervenção:

- Orientar a paciente a não ficar muitas horas sem se alimentar, e principalmente ao sair de casa fazer uma refeição completa, pois sua glicemia está no limite de hipoglicemia. Após se alimentar com uma fruta, a glicemia da paciente aumenta para 80 mg/dL.
- Em função da alteração, apesar de pequena, da creatinina e da uréia, sugerir novamente a troca da metformina, de tal forma a prevenir a possibilidade de acidose láctica.
- Pressão arterial está controlada e houve melhora da miopatia após troca da sinvastatina por atorvastatina.
- Continuar monitorando pressão arterial e outros eventos adversos.

## **Consulta 3: Monitoramento Contínuo**

Objetivo: Manter a eficácia do plano de tratamento e garantir a continuidade da terapia segura e eficaz.

#### Atividades:

1. Reavaliação Completa: Repetir as medições de pressão arterial, glicose e perfil lipídico. Avaliar a função renal novamente.
2. Revisão do Plano de Tratamento: Ajustar medicamentos com base nas medições e resposta ao tratamento se necessário.
3. Planejamento de Longo Prazo: Definir um plano de acompanhamento regular para monitoramento contínuo e ajustes futuros.

#### Simulação realística (consulta 3 após 6 meses)

- Boa tarde senhora Maria, como está se sentindo?
- Estou bem, aquelas tonturas melhoraram e não estou me sentindo mais fraca.
- Ótimo! E está usando os medicamentos conforme a receita?
- Estou sim, trouxe os novos exames também.
- Seus exames estão bons e após a troca do hipoglicemiante seus sintomas melhoraram. Sua pressão e glicose também estão normais. Os ajustes que orientamos em relação aos seus medicamentos deram certo, agora a senhora vai manter esses mesmos remédios e horários e vamos acompanhar o seu caso anualmente. Te vejo então daqui a seis meses, continue se cuidando.

#### Prescrição 3:

1. Captopril 25 mg, 2 vezes ao dia
2. Dapaglifozina 10 mg, 1 vez ao dia
3. Atorvastatina 20 mg, 1 vez à noite
4. Aspirina 100 mg, 1 vez após almoço
5. Hidroclorotiazida 25 mg, 1 vez ao dia

#### Exames 3:

Creatinina: 1,3 mg/dL

Ureia: 72 mg/dL

Hemoglobina: 12 g/dL

Leucócitos: 5000 mm<sup>3</sup>

Glicemia em jejum: 85 mg/dL

Hemoglobina glicada: 6,2 %

Triglicerídeos 130 mg/dL

Colesterol 165 mg/dL

HDL 60 mg/dL

LDL 70 mg/dL

Foi aferida a glicemia capilar (95 mg/dL) e a pressão arterial da paciente (120 x 80 mmHg).

Plano de Intervenção:

- Estabelecer cronograma de acompanhamento regular para revisar a eficácia do tratamento e ajustes necessários.
- Considerar a revisão do tratamento para o caso de surgimento de novas condições de saúde ou mudanças significativas no estado do paciente.

#### 4.3 FATORES LIMITANTES OU DIFICULDADES DO MÉTODO

- **Tempo e Recursos:** Requer tempo significativo e recursos para realizar avaliações detalhadas e monitoramento contínuo.
- **Adesão do Paciente:** A falta de adesão ao tratamento pode dificultar a eficácia do método.
- **Informação Incompleta:** Dados incompletos ou imprecisos podem limitar a eficácia da análise.

#### 4.4 INDICADORES DE QUALIDADE PARA AVALIAR O DESEMPENHO DA ATIVIDADE

1. **Taxa de Resolução de Problemas Farmacoterapêuticos:** Percentual de problemas identificados que foram resolvidos com sucesso.

2. **Satisfação do Paciente:** Avaliação da satisfação dos pacientes com o acompanhamento farmacoterapêutico.
3. **Taxa de Adesão ao Tratamento:** Percentual de pacientes que seguem as recomendações de ajuste de medicamentos.
4. **Número de Interações Medicamentosas Identificadas e Geridas:** Total de interações medicamentosas identificadas e efetivamente geridas.
5. **Impacto nos Resultados de Saúde:** Melhorias nos parâmetros de saúde, como controle de pressão arterial e níveis de glicose, após a intervenção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECERRA, C. J. et al. Validation of a methodology for inpatient pharmacotherapy follow-up. **Vitae** [Internet]. 2012;19(3):261–9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica : aplicação do método clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – **Brasília : Ministério da Saúde, 2020.**

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, M.P. Pharmaceutical care practice: the clinician's guide. 2nd ed. New York: **McGraw-Hill**; 2004.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management services. 3rd ed. Minnesota: **McGraw Hill**; 2012.

DETONI, K. B et al. Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Int J Clin Pharm** [Internet]. 2016.

LOPES, A.R.V. et al. Evaluation of the impact of pharmaceutical care for tuberculosis patients in a Secondary Referral Outpatient Clinic , Minas Gerais , Brazil. **Ann Brazilian Acad Sci** [Internet]. 2017;89:2911–9.

MARACLE, H.L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; BRUMMEL, A. Primary Care Providers ' experiences with Pharmaceutical Care-based Medication Therapy Management Services. **Inov Pharm** [Internet]. 2012;3(1).

## 5. Método Therapeutic Outcomes Monitoring

**Juliana Martins Veríssimo**

**Leandro Cabral Pereira**

**Paula Maria Sampaio dos Santos Terra**

O seguimento farmacoterapêutico (SFT) é um serviço farmacêutico inovador que aproxima o farmacêutico ao processo de cuidado do paciente e as questões pertinentes ao seu tratamento medicamentoso. Dessa maneira, torna-se possível identificar problemas relacionados à farmacoterapia, onerosos do ponto de vista humano, social e financeiro, questões essas que não são identificadas em um modelo tradicional de assistência farmacêutica (CORRER et al., 2013).

Entre os principais modelos de seguimento farmacoterapêutico temos o TOM (*Therapeutic Outcomes Monitoring* ou Monitorização de Resultados Terapêuticos). Esse método foi desenvolvido nos Estados Unidos na Universidade da Flórida por Charles Hepler, com o objetivo de dar base às atividades do farmacêutico na prática em nível comunitário (WHO,1998). Foi formulado a partir de outro método de SFT, o PWDT (*Pharmacist's Workup of Drug Therapy* ou Estudo Farmacêutico da Terapia Farmacológica), desenvolvido por Strand e colaboradores também nos Estados Unidos na Universidade de Minnesota (CIPOLLE et al., 1988; GRAINGER-ROUSSEAU et al.,1997).

O TOM é um método sistemático, dinâmico e estruturado. Foi desenvolvido para utilização em farmácias comunitárias sendo aplicado a grupos de pacientes que possuem a mesma enfermidade. Dessa forma, é voltado para doenças específicas, e necessita de formulários próprios para cada tipo de atendimento (OMS, 1998). Leva em consideração os achados de Lawrence Weed, e compreende as etapas a seguir (GRAINGER-ROUSSEAU et al., 1997):

- Coleta, interpretação e registro das informações do paciente: Deve-se realizar a coleta minuciosa das informações sobre a história clínica do paciente, medicamentos em uso, alergias, condições de saúde, dados socioeconômicos entre outros dados relevantes, incluindo as expectativas do paciente em relação à sua doença e tratamento.

- Identificação dos objetivos explícitos de cada prescrição: São definidas metas claras e realistas para o tratamento, com a participação do paciente, garantindo que suas preferências e valores sejam considerados.
- Desenvolvimento do plano de monitorização para o paciente: Adaptado a protocolos padrões de tratamento, se possível para a doença específica e para o(s) medicamento(s) utilizado(s).
- Dispensação do medicamento, avaliando a compreensão do paciente sobre a forma correta de uso e instruindo-o para seu uso racional.
- Aplicação do plano de monitorização, com agendamento de retorno.
- Avaliação da evolução quanto ao uso do medicamento: Acompanham-se os resultados do tratamento, realizando avaliações periódicas para verificar se as metas estão sendo atingidas e se há necessidade de revisões na terapia.
- Resolução de problemas identificados: O farmacêutico pode sugerir ajustes ao prescritor na terapia, monitorando problemas relacionados ao medicamento (PRM) que podem incluir reações adversas, interações medicamentosas, e problemas de adesão ao tratamento. A identificação precoce desses problemas é crucial para a segurança e eficácia da terapia.
- Revisão ou atualização do plano de monitorização feita quando necessário: envolve o acompanhamento contínuo e documentado da farmacoterapia, permitindo ajustes conforme necessários para melhorar a eficácia do tratamento e minimizar efeitos adversos.

O objetivo do TOM é a melhoria contínua da qualidade do tratamento farmacoterapêutico do paciente, promovendo tratamento seguro e efetivo. É uma abordagem que enfatiza a interdisciplinaridade e o cuidado centrado no paciente, a coleta abrangente e registro ativo dos dados, a definição de objetivos terapêuticos, e avaliações regulares do plano farmacológico. Esse método desenvolve propostas adaptáveis de monitorização, orientação ao paciente, e revisões contínuas, favorecendo a aplicação do cuidado personalizado (CORRER et al.,2013).

## 5.1 SUGESTÃO DE CONSTRUÇÃO DE FORMULÁRIO UTILIZANDO O MÉTODO TOM

Situação Realística Proposta: Atendimento de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA)

O formulário foi construído, a partir de um modelo do método TOM, utilizado por uma instituição pública de referência em oncologia sobre trombose venosa profunda. Para adaptação às PVHA, foi utilizado o estudo de Santos et al., 2022.

São propostos dois formulários, um para primeira consulta e outro para as consultas subsequentes.

### **1. Primeira Consulta/Acolhimento**

São registrados dados do perfil sócio-econômico-culturais da pessoa, bem como seu nível de conhecimento sobre a doença e o tratamento. A maioria dos dados de identificação estão acessíveis em prontuário físico ou sistema informatizado, no caso específico, o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais (SICLOM). Desta forma, o agendamento prévio permite o registro destas informações antes da consulta e apenas a confirmação dos dados. Tal preparo evita que a consulta se torne enfadonha, com perguntas repetitivas.

Vale destacar que alguns dados podem ter variação ao longo do tempo e devem ser confirmados a cada consulta, como endereço, estado civil e se possui/local da atividade laboral, por exemplo.

Destaca-se também a presença de perguntas sobre rede familiar ou de apoio e o sigilo relacionado à doença mantido pela pessoa.

Ainda na primeira entrevista, registra-se exames de diagnóstico/monitoramento, comorbidades e doenças prévias, como infecções secundárias relacionadas ao HIV/Aids e sobre protocolo de prevenção de tuberculose.

Hábitos alimentares e sociais, como uso de drogas lícitas, também são registrados, especialmente sob o olhar de possíveis interações medicamentosas.

Registra-se também a Terapia Antiretroviral (TARV) prescrita, bem como todos os medicamentos em uso pela pessoa de forma a identificar PRM, como interações medicamentosas, medicamentos desnecessários ou condições de saúde não tratadas.

Por último, faz-se o rastreio de necessidade de orientação farmacêutica, entrega de material informativo e ficha de retorno para nova retirada de medicamentos e consulta farmacêutica.

## **2. Consultas de Seguimento**

Após o primeiro momento de acolhimento e confirmação da TARV e demais medicamentos, se for observado a existência de algum PRM, propõe-se intervenções junto ao prescritor ou ao usuário do medicamento. Registram-se também os resultados dos exames e se houve alteração significativa nos parâmetros (redução de carga viral e aumento de CD4).

Durante o processo da consulta, aplica-se questionário estruturado sobre adesão e uso correto de medicamentos. No campo da adesão, as perguntas se relacionam à omissão de tomada ou se outra pessoa precisa lembrar de utilizar o medicamento, por exemplo. Sobre uso correto, orienta-se sobre identificação e armazenamento dos medicamentos, assim como quantidade de água correta para ingestão dos medicamentos.

No caso específico de PVHA, são feitas perguntas sobre aceitação da doença, conhecimento dos familiares relacionado à condição, a preferência pela retirada do medicamento em outra cidade ou bairro por questão de sigilo, entre outros aspectos.

## **5.2 INDICADORES SUGERIDOS**

### **1. Indicadores de Segurança:**

Eventos adversos relacionados à terapia – Reações adversas, Intoxicações, Interações Medicamentosas, entre outros tipos:

- a) Número de suspeitas de evento adversos notificados/número de consultas farmacêuticas
- b) Número de eventos adversos confirmados/número de consultas farmacêuticas
- c) Relação de Causalidade dos Eventos Adversos/número de suspeitas de Eventos Adversos
- d) Gravidade dos Eventos Adversos/número dos Eventos Adversos confirmados

Todos os indicadores devem ser feitos de forma global e estratificada por tipo de Evento.

## 2. Indicadores de Adesão

- a) Escala de Adesão – por exemplo o Questionário de *Morisky-Green* de 4 Perguntas.
- b) Atraso de renovação de receita – Número de dias após o agendado na ficha de retorno.
- c) Razão de posse do medicamentos (*medication possession ratio* MPR) e Proporção de dias cobertos (*proportion of days covered* PDC) (LIMA-DELLAMORA et al., 2017)

## 3 Indicadores de Eficácia Clínica:

- a) Monitoramento da Carga Viral: Diferença absoluta entre os exames laboratoriais (desejável diminuição/Indetectável)
- b) Monitoramento da Contagem de CD4: Diferença absoluta entre os resultados laboratoriais (desejável aumento)

## 4 Indicadores de Desfecho Clínico:

- a) Mortes relacionadas à HIV/Aids/número de pessoas atendidas
- b) Número de internações relacionadas à HIV/Aids/número de pessoas atendidas
- c) Desenvolvimento dos sintomas de HIV/Aids/número de pessoas atendidas
- d) Desenvolvimento de infecções secundárias relacionadas à HIV/Aids/número de pessoas atendidas.

## 5.3 O ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

Quadro 1: Acompanhamento Farmacoterapêutico em três consultas.

<b>Acompanhamento Farmacoterapêutico – 3 consultas</b>	
<b>Paciente Vivendo com HIV/ Aids (PVHA)</b>	<b>Período das Consultas</b>
Início de Tratamento	Uma vez ao mês (Dispensação para 30 dias)
Falha virológica	Uma vez ao mês (Dispensação para 30 dias)
Troca de tratamento	Uma vez ao mês (Dispensação para 30 dias)
Carga viral detectável	Uma vez ao mês (Dispensação para 30 dias)
Retorno de abandono de tratamento	Uma vez ao mês (Dispensação para 30 dias)
Paciente com adesão regular e carga viral indetectável	De 3 em 3 meses ( Dispensação para 90 dias)

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Cuidado Contínuo das Pessoas Vivendo com HIV/Aids,

Observação: O período estipulado no quadro acima está de acordo com a data da retirada dos antirretrovirais, que pode ser 30, 60 ou 90 dias. Caso haja necessidade, o farmacêutico pode adiantar ou adiar a consulta, aproveitando o comparecimento do paciente na unidade para outro tipo de atendimento.

Situação Realística

### **1. Primeira Consulta Farmacêutica**

#### **a) Acolhimento (BRASIL, 2023a)**

Inicialmente, é essencial acolher a pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA), incluindo a escuta ativa para criação de vínculo e relação de confiança. Sem estigma, preconceito e discriminação. Esclarecer as dúvidas, informar sobre prevenção, diagnóstico e tratamento. E explicar a importância da adesão ao tratamento. Identificar a rotina diária, crença e trabalho são essenciais para inclusão do regime terapêutico na vida do paciente.

#### **b) Coleta dos dados sociodemográficos e culturais (BRASIL, 2024a)**

É essencial obter informações necessárias para identificação das barreiras sociodemográficas e o diagnóstico situacional do paciente. Alguns dados podem ser extraídos do SICLOM (sistema de controle logístico de medicamentos antirretrovirais), mas deve-se realizar a confirmação dos dados para atualização das informações no sistema.

Com objetivo de facilitar a retirada e a tomada dos antirretrovirais adequadamente, outras pessoas podem retirar os medicamentos dos pacientes vivendo com HIV. Registrar o nome dessas pessoas é crucial para evitar a dispensação equivocada. No SICLOM também permite esse registro, deve-se manter sempre atualizado.

Idade: 42 anos

Nome social: J.J

Sexo ao nascimento - masculino

Identidade de gênero: cis

Orientação sexual: homossexual

Religião: Não possui

Estado civil: solteiro

Raça/cor: branco

Idade: 42 anos

Emprego/ renda: vendedor de loja

Escolaridade: ensino médio completo

Outras pessoas podem retirar seu medicamento?

Mora em um bairro com presença de tráfico de drogas e saneamento básico precário, em outro município, distante da UDM.

**c) Avaliação clínica e física (BRASIL, 2024a)**

O médico realiza essa avaliação, mas a consulta médica, para paciente em TARV com adesão regular, geralmente é de seis em seis meses. É necessário que o farmacêutico realize essa avaliação, pois a consulta farmacêutica será realizada com mais frequência.

Não realiza atividade física

Último exame de carga viral realizado há mais de 6 meses.

Resultado = < 50 cópias /ml ou “inferior ao limite mínimo” - Conclusão: indetectável

Último exame de CD4 realizado há um mês.

Resultado = <350 células/ mm<sup>3</sup>

**d) Verificar hábitos sociais e alimentares (BRASIL, 2024a):**

Usa álcool socialmente e bebe sempre nos finais de semana.

Não realiza todas as refeições diárias.

**e) Avaliação farmacoterapêutica (BRASIL, 2024a):**

Paciente em Terapia antirretroviral (TARV)

TARV: 1 comprimido de Dolutegravir 50 mg + 2 comprimidos de lamivudina 150 mg, ou seja, 3 comprimidos ao dia.

Retira os medicamentos com atraso frequentemente, verificado no SICLOM.

Não teve tuberculose (TB) e nunca realizou o tratamento preventivo da tuberculose (TPT).

Verificar o uso de antiácidos e suplementos alimentares que possuem interação medicamentosa com os TARV.

**f) Condutas:**

- Solicitação de exame de carga viral, conforme Nota Técnica 181/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS. A PVHA com carga viral indetectável deverá realizar o exame de carga viral de 6 em 6 meses para monitoramento da terapia (Brasil, 2024a).
- Encaminhamento à equipe médica ou de enfermagem para tratamento da prevenção da tuberculose (TPT). Conforme Nota Informativa Nº 4/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS, todos os pacientes com CD4 menor que 350 devem realizar o TPT. OBS.: No dia 26/09/2024, o Conselho Federal de Farmácia autorizou a prescrição para TPT pelo farmacêutico. Mas até o momento não houve a normatização pelo Ministério da Saúde.
- Conforme Nota Técnica Nº 208/2024-CGHA/DATHI/SVSA/MS, os pacientes acima de 40 anos que apresentam outros critérios descritos na nota, podem realizar a troca para DFC (Dose Fixa Combinada): 1 cp Dolutegravir 50 mg + lamivudina 300 mg ao dia. Sendo assim, o farmacêutico poderá realizar a troca do esquema para 1 comprimido ao dia, sem a necessidade de consulta médica.
- Identificar o motivo do atraso da retirada dos antirretrovirais para uma abordagem direcionada, encaminhamento responsável e resolutividade dos problemas encontrados.

**g) Orientações Farmacêuticas**

- Orientar o paciente a escolher o melhor horário, o melhor dia para retirada da sua TARV e/ou outra unidade dispensadora de medicamentos mais perto da sua residência.
- Orientar sobre TPT, conforme a Nota Informativa N° 4/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS.
- Orientar sobre a realização do exame de carga viral de 6 em 6 meses, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.
- Orientar sobre a troca da TARV e a importância da adesão à TARV, conforme Nota Técnica N° 208/2024-CGHA/DATHI/SVSA/MS.
- Realizar a entrega de folhetos explicativos sobre a doença. Esses folhetos estão disponíveis nos sites:

Figura 1. Mandala de Prevenção Combinada a Exemplo HIV/Aids.



Fonte: (BRASIL,2024).

- Realizar a entrega da ficha de retorno, conforme exemplo abaixo:

Figura 2. Ficha de retorno a ser entregue ao paciente.

Nome do serviço:

Atendimento em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1 ≡ Dispensação     2 ≡ Dispensação     3 ≡ Dispensação

4 ≡ Dispensação     5 ≡ Dispensação     6 ≡ Dispensação

Dispensado para:

30 dias             60 dias             90 dias

APRESENTAR um novo Formulário de Solicitação de Medicamentos na próxima retirada.

Retorno a partir de:

Horário de Funcionamento:

Apresentar esse canhoto na próxima visita!

Fonte: Autores.

## 2. Segunda Consulta Farmacêutica

Após a primeira consulta com o farmacêutico, o paciente realizou todas as orientações e condutas informadas. Na segunda consulta, o paciente tinha realizado a troca da TARV, iniciou o TPT e realizou outro exame de carga viral.

### a) Avaliação dos medicamentos em uso

- Avaliar todos os medicamentos em uso para análise de interações medicamentosas.
- TARV: 1 comprimido Dolutegravir 50 mg + lamivudina 300 mg (DFC) ao dia (Brasil, 2024b).
- TPT: 1 comprimido de rifapentina 300 mg + isoniazida 300 mg disponível em comprimido de dose fixa combinada - 3 comprimidos juntos uma vez por semana, por 12 semanas seguidas –(BRASIL, 2024c).
- Não há interações medicamentosas.

- b) Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM)**
- Verificar se há PRM, de acordo com o formulário.
  - Nesse caso, há o problema de número 9, que é a não adesão. O paciente retira os antirretrovirais com atraso.
- c) Resultados dos exames laboratoriais**
- Avaliar o resultado do exame de carga viral.
  - Resultado = < 50 cópias /ml ou “inferior ao limite mínimo”
  - Conclusão: indetectável - Supressão Viral – sucesso na TARV
- d) Condutas / Intervenções**
- Solicitar novo exame de carga viral (6 meses)
  - Marcar a próxima consulta farmacêutica para avaliação da adesão.
- e) Condutas/ Orientação farmacêutica**
- Orientar o paciente sobre a importância da adesão ao tratamento e da data de retirada dos medicamentos.
  - Orientar sobre TPT.
  - Orientar sobre a realização do exame de carga viral de 6 em 6 meses.
  - Orientar sobre a troca da TARV e a importância da adesão ao tratamento
  - Realizar a entrega de folhetos explicativos sobre a doença e adesão ao tratamento.
  - Realizar a entrega da ficha de retorno.

### **3. Terceira Consulta Farmacêutica**

- a) Avaliação dos medicamentos em uso:**
- Avaliar todos os medicamentos em uso para análise de interações medicamentosas.
- b) Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM):**

Verificar se há PRM, de acordo com o formulário.

**c) Resultados dos exames laboratoriais**

Se o último exame de carga viral foi realizado a mais de 6 meses, solicitar novo exame. Verificar se há necessidade de solicitação de novo exame de CD4, conforme PCDT (Brasil, 2024a).

**d) Condutas**

Paciente relatou: “Fico sem tomar o remédio quando não busco no dia certo”.

- Realizar a escuta ativa com objetivo de identificar as dificuldades relatadas pelo paciente. Nesse caso, o paciente mora em um município distante, precário e trabalha todos os dias.
- Avaliar a adesão ao tratamento, de acordo com o Formulário.
- Identificar as dificuldades para o sucesso do tratamento.
- Realizar o encaminhamento responsável para a equipe multiprofissional:
- Assistente Social - para orientações relacionadas às dificuldades na retirada dos medicamentos.
- Psicólogo – para orientações relacionadas à aceitação do diagnóstico, por exemplo.
- Nutricionista – para orientações relacionadas à alimentação.
- Médico – para avaliação da troca da TARV e outras avaliações clínicas.
- Enfermagem – para avaliação do TPT e outras avaliações clínicas.

**e) Orientações**

- O farmacêutico informa que a retirada dos antirretrovirais pode ser realizada em qualquer UDM, não há necessidade de ser na mesma unidade de atendimento médico.
- Sendo assim, o paciente irá retirar os antirretrovirais em uma UDM no município de residência para facilitar o processo de adesão e evitar o atraso na retirada dos medicamentos.

- Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento para manter a carga viral indetectável e assim não transmitir o HIV, reduzir as infecções oportunistas e a morte.
- Realizar a entrega de folhetos explicativos sobre a doença e adesão ao tratamento.
- Realizar a entrega da ficha de retorno.
- Marcação da próxima consulta farmacêutica.

Para aplicação do método TOM é necessário uma consulta individual com o farmacêutico de 30 minutos em média, um computador, internet para acesso ao SICLOM e se possível impressora para impressão da ficha de retorno. Sabe-se que a realidade da maioria das unidades dispensadoras de medicamentos antirretrovirais do Estado do Rio de Janeiro não é essa, tornando a aplicação deste método um desafio. As limitações para execução do atendimento individualizado são várias, dentre elas: falta de infraestrutura, recursos humanos e espaço adequado (consultório farmacêutico). Mas sabe-se que alguns farmacêuticos realizam o atendimento individualizado, mesmo com todas as dificuldades, sendo possível a aplicação do método TOM para melhoria do acompanhamento farmacoterapêutico das PVHA.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério Da Saúde. Manual Do Cuidado Contínuo Das Pessoas Vivendo Com Hiv/Aids, 2023a.

\_\_\_\_\_. Nota Técnica Nº 181/2023-Cgahv/Dathi/Svsa/Ms. Recomendação Da Solicitação Dos Exames De Quantificação Da Carga Viral Do Hiv E Contagem De Linfócitos T Cd4+ Por Farmacêuticos Atuantes Nos Serviços Do Sistema Único De Saúde (Sus) Para O Monitoramento De Pessoas Vivendo Com Hiv/Aids (Pvha). 2023b.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde, Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Manejo Da Infecção Pelo Hiv Em Adultos. Módulo 1. Tratamento. 2024a.

\_\_\_\_\_. Nota Técnica Nº 208/2024-Cgha/Dathi/Svsa/Ms. Atualiza As Recomendações Para Migração Da Terapia Dupla Com A Associação De Monofármacos De Lamivudina 150mg (2 Comprimidos/Dia) E Dolutegravir 50mg (1 Comprimido/Dia) Para A

Apresentação Em Dose Fixa Combinada De Lamivudina E Dolutegravir 300mg/50mg (1 Comprimido/Dia) E Revoga A Nota Técnica N° 87/2024. 2024b.

\_\_\_\_\_. Nota Informativa N° 4/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Recomendações Técnicas Aos Enfermeiros Para Orientar A Indicação Do Tratamento Da Infecção Latente Da Tuberculose (Iltb), Os Algoritmos Para Identificação E Rastreo Da Iltb, Além De Recomendações Sobre O Tratamento Da Infecção Latente Pelo Mycobacterium Tuberculosis. 2024c.

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

CORRER, C. J.; NOBLAT, L. A. C. B.; DE CASTRO, M. S. Modelos De Seguimento Farmacoterapêutico. In: Universidade Federal De Santa Catarina (Brasil); **Universidade Aberta Do Sus (Brasil)**. Unasus: Gestão Da Assistência Farmacêutica: Especialização À Distância. Florianópolis: Editora Da Ufsc, 2013.

GRAINGER-ROUSSEAU, T. J. et al. Therapeutic Outcomes Monitoring: Application Of Pharmaceutical Care Guidelines To Community Pharmacy. **J Am Pharm Assoc**, V. 37, N. 6, P. 647-61, 1997.

LIMA-DELLAMORA, E.C. et al. Utilização de registros de dispensação de medicamentos na mensuração da adesão: revisão crítica da literatura. **Cad Saúde Pública** [Internet]. 2017;33(3):e00136216.

SANTOS, B. R.P. et al. Teste de Morisk- Green na adesão a terapia antirretroviral em pacientes vivendo com HIV/Aids. **Brazilian Journal oh Health Review**, Curitiba, v5 n3, p 9454-9467, mai-jun 2022.

WHO. World Health Organization. Pharmacy Based Asthma Services: Protocol And Guidelines. Copenhagen: **WHO**, 1998.

## 6. Método Fast Hug Maidens

**Fernanda Bugarin de Andrade Neumamm**

**Lívia Malof Cardoso**

**Marina Soares Gonçalves**

O mnemônico FAST HUG foi criado para ajudar médicos intensivistas a padronizar os cuidados essenciais com pacientes críticos. Proposto pelo intensivista belga Jean-Louis Vincent, esse recurso visa assegurar que os aspectos fundamentais dos pacientes sejam monitorados pela equipe médica. Sendo :F – Alimentação, A – Analgesia, S – Sedação, T - Profilaxia do tromboembolismo venoso, H - Delírio hiperativo ou hipoativo, U – Profilaxia da úlcera por estresse, G - Controle de Glicose e outros sinais vitais (MAIOLI et al.,2018). Para abordar aspectos voltados à farmacoterapia, foi acrescentado o mnemônico MAIDENS, proposto por farmacêuticos clínicos em 2011. Além dos aspectos mencionados, foi incorporado a monitorização dos seguintes itens: M– Conciliação medicamentosa, A – Antibioticoterapia, I – Indicação dos medicamentos, D – Dose dos medicamentos, E –Eletrólitos, hematologia e outros exames laboratoriais, N – Ausência de interações medicamentosas, Alergias, Duplicidades, Reações adversas; S – Datas de parada (MABASA et al., 2011).

Seu objetivo é sistematizar a avaliação e o cuidado dos pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva (UTI), na forma de um *checklist* diário, para auxiliar os farmacêuticos clínicos na identificação de problemas relacionados a medicamentos (PRM). A sua utilização também pode auxiliar no ponto de vista educacional, como ferramenta para residentes e profissionais com pouca experiência em UTI (MABASA, 2011). Cada letra do mnemônico representa um parâmetro a ser observado (Quadro 1).

Quadro 1: Mnemônico e os Parâmetros do FAST HUG MAIDENS.

Letra	Parâmetro
<p><b>F -FEEDING (ALIMENTAÇÃO)</b></p>	<p>Dieta parenteral e enteral, deve-se avaliar a adequada biodisponibilidade e segurança do medicamento nestas vias; Prevenir ocorrência de interações medicamentosas;</p> <p>Se atentar para a ocorrência de obstrução de sonda; Alteração das formas farmacêuticas quando cabível viável;</p>
<p><b>A - ANALGESIA</b></p>	<p>Verificação do nível de dor usando escalas de dor disponíveis, como a Escala Visual Analógica (EVA) e <i>Behavioral Pain Scale</i> (BPS);</p> <p>Otimização da terapia, buscando a melhor posologia, melhor forma farmacêutica;</p> <p>É necessário que se atente para que o paciente receba a dose certa para cessar sua dor, sem causar nenhum tipo de depressão respiratória;</p>
<p><b>S – SEDATION (SEDAÇÃO)</b></p>	<p>Garantir o uso dos sedativos apropriados;</p> <p>O farmacêutico deve avaliar se o paciente está com o sedativo correto de acordo com sua situação clínica, além de propor ajustes de doses;</p>
<p><b>T – THROMBOEMBOLIC PROPHYLAXIS (PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO)</b></p>	<p>Praticamente todos os pacientes recebem algum tipo de profilaxia de tromboembolismo, como enoxaparina, heparina ou uso de compressor pneumático; Deve-se atentar para coagulopatias, (plaquetopenia ou INR &gt; 1,5) e para a contagem plaquetária &lt; 100.000/mm<sup>3</sup>.</p>
<p><b>H – HYPERACTIVE  HYPOACTIVE DELIRIUM (DELIRIUM HIPER/HIPOATIVO)</b></p>	<p>Depois de muito tempo internado, o paciente crítico pode apresentar episódio de delirium, portanto, o farmacêutico pode ajudar na escolha do antipsicótico mais indicado para cada caso, acompanhar sua terapia se atentando para o surgimento de reações adversas;</p>

<p><b>U – STRESS ULCER PROPHYLAXIS (PROFILAXIA ÚLCERA DE ESTRESSE)</b></p>	<p>Pacientes em uso de ventilação mecânica têm maiores chances de desenvolver úlcera por estresse; Deve-se verificar se o paciente está recebendo a profilaxia de úlcera de estresse com os IBP;</p>
<p><b>G – GLUCOSE CONTROL (CONTROLE DE GLICEMIA)</b></p>	<p>Os níveis de glicose podem variar durante a estadia na UTI, o farmacêutico deve fazer o acompanhamento desse parâmetro; Sugerir o uso de insulina; Verificar se há algum medicamento causando esse desbalanceamento;</p>
<p><b>M – MEDICATION RECONCILIATION (CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA)</b></p>	<p>Verifica-se todos os medicamentos que o paciente usava antes de internar no setor, verificando aqueles que devem ser continuados e aqueles que serão descontinuados na sua estadia na UTI; Verificar as informações sobre os medicamentos no prontuário, com os familiares, verificar se o paciente chegou no setor com algum medicamento de uso próprio;</p>
<p><b>A – ANTIBIOTIC OU ANTI-INFECTIVE AGENTES (ANTIBIÓTICOS E ANTIINFECIOSOS)</b></p>	<p>Monitorar a antibioticoterapia: Verificar possíveis alergias; Fazer ajustes na dose; Verificar possíveis reações adversas; Monitorar o tempo de tratamento; Sugerir o descalonamento;</p>
<p><b>I – INDICATION OF MEDICATIONS (INDICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS)</b></p>	<p>Deve-se observar se o paciente apresenta alguma condição que não está sendo tratada e sugerir um medicamento para esse fim;</p>
<p><b>D – DRUG DOSING (DOSE DOS MEDICAMENTOS)</b></p>	<p>Deve-se atentar para parâmetros como função renal e hepática e sugerir ajuste de dose de determinados medicamentos;</p>

<p><b>E - ELECTROLYTES, HEMATOLOGY AND OTHER LABORATORY TESTS (ELETRÓLITOS, HEMATOLOGIA E OUTROS EXAMES LAB.)</b></p>	<p>Deve-se monitorar os aspectos bioquímicos do paciente, podendo indicar o início de suplementação ou sugerir mudanças na terapia;</p>
<p><b>N – NO DRUG INTERACTIONS, ALLERGIES, DUPLICATION OR SIDE EFFECTS (AUSÊNCIA DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS, ALERGIAS, DUPLICIDADE OU REAÇÕES ADVERSAS)</b></p>	<p>Deve-se identificar as interações medicamentosas, interações medicamento-alimento; se o paciente possui alergias; Sugerir mudanças na terapia para que esses efeitos sejam minimizados;</p>
<p><b>S – IS FOR STOP DATES (DATAS DE PARADA)</b></p>	<p>Deve-se garantir que medicamentos como antibióticos e corticosteróides, por exemplo não sejam administrados por tempo maior do que o necessário; Deve-se garantir que não haja descontinuidade prematura de medicamentos;</p>

## 6.1 CONDIÇÕES PARA APLICAÇÃO DO MÉTODO

Para pacientes críticos:

- Necessário ter acesso a informações de prontuário;
- Precisa-se de uma equipe multidisciplinar e capacitada;
- Necessita-se de protocolos padronizados e monitoramento contínuo;

## 6.2 FATORES LIMITANTES

- Nem todas as informações são de fonte primária, podendo haver problemas de comunicação entre profissionais e falta de registro;
- Os protocolos devem ser sempre atualizados;
- Há diferença entre as UTI, podendo não se enquadrar a todas as realidades ou precisar de adaptações;

## 6.3 PROPOSTA DE INDICADORES

Quadro 2: Proposta de indicadores em farmácia clínica.

<b>Tipos de Indicadores</b>			
<b>Segurança</b>	<b>Eficácia</b>	<b>Clínicos</b>	<b>Desfechos Clínicos</b>
Nº EAM suspeitos/Nº de pacientes com intervenção farmacêutica correspondentes realizadas e aceitas	Nº de intervenções farmacêuticas/Nº de pacientes internados	Nº de conciliações medicamentosas/pacientes admitido x100	Desfecho clínico desejável/Nº de pacientes assistidos
Quantidade de PRM/ nº de pacientes internados	nº de pacientes em conformidade no uso de antimicrobianos/nº de pacientes em uso de antimicrobianos x100	Nº de pacientes que receberam educação farmacêutica durante a alta/nº de pacientes elegíveis em alta no mesmo período x 100	----

Fonte: Adaptado do Conselho Regional de Farmácia de São Paulo, 2023.

Situação realística

### **Primeiro dia de internação**

Paciente masculino, 65 anos, com histórico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Internado na UTI com quadro de sepse urinária evoluindo para choque séptico.

**Queixa Principal:**

Febre alta (39,5°C), queda de pressão arterial e confusão mental.

**História Clínica:**

Paciente foi internado devido a infecção urinária diagnosticada há três dias, tratada inicialmente com Nitrofurantoína por 07 dias. Nas últimas 24 horas, o paciente apresentou hipotensão, taquicardia, febre, oligúria (diminuição na produção de urina) e confusão mental.

**Exames Complementares:** Hemograma| PCR| Gasometria| Cultura: Urocultura.

Tendo como parâmetro a situação clínica descrita acima, se aplica o método da seguinte maneira (quadro 3):

Quadro 3. Itens prescritos para o paciente.

Itens Prescritos				
Medicamentos	Dose	Via	Intervalo	Observação
Ringer Lactato	1000 mL	IV	Contínua	Nas 24 horas
Fresubin HP Energy (Fórmula modificada para uso enteral hipercalórica e hiperproteica, com ômega 3 proveniente da adição de óleo de peixe. Possui 1.500kcal e 75g de proteína em 1 litro de dieta.)	1000 mL	Sonda Nasoenteral	Contínua	Bomba de infusão Velocidade de infusão: 52 mL/h

Piperacilina+Tazobactam 4g+500mg FR/AMP	4,5g	IV	6/6h (D1/14)	Justificativa Clínica: Sepses  Aguardando Resultado da cultura
Dipirona 1g/2mL AMP	1g	IV	6/6h	Até 6/6h, em caso de temperaturas > 37,7°C ou dor BPS > 3.
Tramadol 100 mg/2 mL AMP	100 mg	IV	SOS	Até 8/8h, em caso de dor BPS > 6.
Pantoprazol 40 mg FR/AMP	40 mg	IV	24x24h	-----
Enoxaparina seringa 40 mg	40 mg	SC	24x24h	Observar contraindicações: Sangramento Ativo  Plaquetopenia
Haloperidol 5mg/1mL AMP	5 mg	IV	ACM	Em caso de agitação-Até de 6/6h, em caso de piora do delirium.
Hidrocortisona 100 mg FR/AMP	100 mg	IV	8/8h	-----

Midazolam 5mg/mL ampola 10mL	0,02 mg/kg/h	IV	Infusão Contínua	-----
Fentanil 50mcg/mL ampola 5mL	0,3 mcg/kg/h	IV	Infusão Contínua	-----
KCl 19,1% (10mL/100mL SF0,9%)	1 ampola	IV	Infusão -No mínimo:1 h	Acesso Venoso Central

Legenda: IV-Intravenoso; SC-Subcutânea.

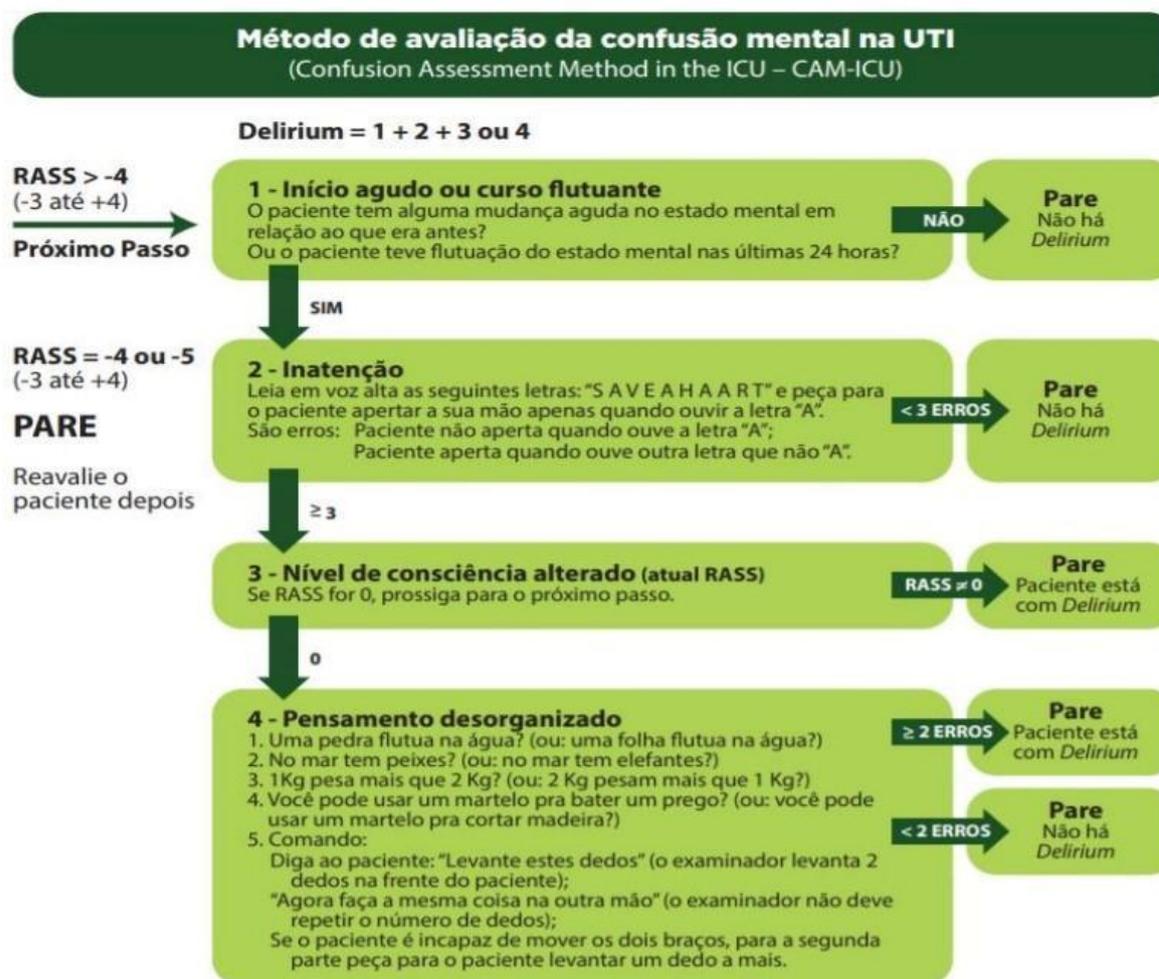
### Aplicação do mnemônico

- **F (Alimentação):** Tipo de dieta, uso de medicamentos por sonda, interações de medicamentos com alimentos e medicamentos incompatíveis com sonda. Avaliar a terapia nutricional deste paciente internado na UTI é fundamental para evitar que este paciente tenha deficiência nutricional e perda de massa muscular. Neste momento deve haver interação com o nutrólogo e com o nutricionista, para verificar o tipo de dieta, bem como sua composição. No caso deste paciente apresentado na situação clínica está com :**Nutrição Enteral Fresubin HP Energy 1000 mL.**
  
- **A (Analgésia):** O aspecto a ser avaliado no paciente é a monitorização da dor por meio das escalas: Escala comportamental de dor (BPS-Behavioral Pain Scale) e Escala Visual Analógica, e verificar se a analgesia prescrita atende a necessidade do paciente. A escolha da analgesia de acordo com a escala de dor. Como paciente internado com queixa de febre alta (39,5°C), foi optado como analgesia **Dipirona 1g/2mL AMP -1 ampola- Intravenosa 6x6h** (Até 6/6h, em caso de temperaturas > 37,7°C ou dor BPS>3).Se paciente começar a apresentar

dor moderada, foi prescrito um **Tramadol 100 mg/2 mL AMP -IV SOS** (Até 8/8h, em caso de dor EVA > 5).

- **S (Sedação):** Avaliar o nível de sedação através da escala RASS (Escala Richmond de Agitação-Sedação). Escala de monitoramento da sedoanalgesia: Escores da escala comportamental de dor e escores da escala de sedação. Este paciente apresentou RASS de -3, sendo necessária a realização da sedação moderada. A terapia farmacológica deste paciente vai ser **Midazolam 0,02 mg/kg/h + Fentanil 0,3 mcg/kg/h**. Monitorar estado neurológico e Fisioterapia respiratória/motora.
  
- **T (Profilaxia de tromboembolismo venoso):** Pacientes na UTI costumam ficar imobilizados por longos períodos, aumentando o risco de formação de coágulos e embolia pulmonar. Por isso, é fundamental medidas profiláticas, como o uso de anticoagulantes ou dispositivos mecânicos, como o uso de compressor pneumático de membros inferiores. É fundamental monitorar o tempo de coagulação do paciente e as plaquetas. Como este paciente não apresenta contraindicação para o uso de anticoagulante, foi prescrito como profilaxia : **Enoxaparina 40 mg Seringa - 1 Seringa- Subcutânea 24x24h**.
  
- **H (Delírio hipoativo ou hiperativo):** Escala CAM-ICU (figura 1): Identifica alterações na atenção e no nível de consciência. **Haloperidol 5mg/1mL AMP-** 1 ampola intravenosa caso seja constatado delirium. Até de 6/6h, em caso de piora do delirium.

Figura 1: Escala CAM-ICU para confusão mental na UTI.



Fonte: (CONITEC, 2021).

➤ **U (Profilaxia de Úlcera Gástrica):** Pacientes com choque séptico apresentam alto risco de desenvolver úlcera gástrica devido ao estresse fisiológico intenso. Por este motivo, o paciente está em uso de: **Pantoprazol 40 mg FR/AMP- Intravenoso- 24x24h.**

➤ **G (Glicemia e outros sinais vitais):** Monitorar os sinais vitais dos pacientes (glicemia deve-se manter entre 140 e 180 mg/dL. Monitorização da glicemia capilar 4/4h). Utilizar esquema de insulina regular, caso glicemia (mg/dL): 141 – 180 (4 UI)

|181 – 220 (6 UI) | 221 – 260 (8 UI)| 261 – 300 (10 UI)| 301 – 350 (12UI)| 351 – 400 (14 UI)| >400 (16UI).

➤ **M (Conciliação medicamentosa):** Histórico de medicamentos em uso domiciliar: medicamentos de uso contínuo. Verificar necessidade de continuação durante a internação. Paciente apresenta histórico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Os medicamentos de uso prévio do paciente foram suspensos. Paciente com monitorização contínua da pressão arterial e frequência cardíaca. Como interna com queixa de queda de pressão arterial e confusão mental, foi realizada reposição volêmica com Ringer Lactato IV, para aumentar o volume sanguíneo.

➤ **A (Antibioticoterapia):** Verificar cultura de microrganismos, teste de sensibilidade a antimicrobianos e avaliar efetividade da terapia. Como paciente apresenta choque séptico, foi necessário iniciar o antibiótico de amplo espectro. **Piperacilina+Tazobactam 4g+500mg FR/AMP** - 4,5g- Intravenosa- 6/6h (D1/14). Aguardar resultado da Urocultura.

➤ **I (Indicação dos medicamentos):** Monitorar a farmacoterapia prescrita quanto a necessidade, segurança e efetividade. Observar exames, monitoramento de sinais vitais e funções fisiológicas: glicemia, pressão arterial sistêmica, frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura, ausência/ presença de diurese e evacuação. Uso de cateteres, uso de sonda vesical de demora, suporte ventilatório. Revisar as indicações diariamente para que os tratamentos se adaptem às mudanças no quadro do paciente, evitando a continuidade de terapias que não são mais indicadas ou seguras.

➤ **D (Dose dos medicamentos):** Verificar a necessidade de ajustes de dose (função renal comprometida, função hepática comprometida). Este paciente apresenta TGF (Taxa de Filtração Glomerular): Normal ( $\geq 90$  e  $< 120$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>); Sendo

assim, não houve necessidade de ajustes para função renal. Deve-se acompanhar a creatinina e o *clearance* deste paciente.

➤ **E (Eletrólitos, hematologia e outros parâmetros laboratoriais):**

Monitoramento laboratorial: resultados de exames realizados, resultados de cultura, urocultura e teste de sensibilidade a antibióticos. Parâmetros laboratoriais para acompanhar neste paciente com choque séptico: clearance renal, hemograma completo, gasometria arterial, proteína C reativa, coagulograma (INR) e eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, magnésio). Reposição de eletrólito: Paciente com hipocalemia (Potássio 3,1 mmol/L). sendo prescrito: Cloreto de Potássio 19,1% – 191 mg/mL = 2,56 mEq/mL (ampola 10mL) IV;

➤ **N (Ausência de interações medicamentosas, alergias, duplicidades, reações adversas):**

Monitorar a farmacoterapia para identificação de possíveis de alergias, interações medicamentosas e reações adversas. Sendo a validação da prescrição fundamental para garantir ausência de interações medicamentosas de incompatibilidade e graves e ausência de duplicidades.

➤ **S (Data de parada de uso de medicamentos):**

Monitorar o tempo de terapia preestabelecido. Portanto, acompanhar a duração do tratamento do antibiótico- data de suspensão-, corticoides, sedativos, bloqueadores neuromusculares. Sempre acompanhar para verificar a necessidade de descontinuar determinada terapia, quando não se aplica mais para o paciente, evitando o uso prolongado.

### **Terceiro dia de internação**

Paciente com níveis de potássio normais após reposição com KCl 19,1%. Resultado da urocultura positiva para *Proteus mirabilis*. Iniciado **ceftriaxona 1g** a cada 24 h. Paciente com nível de consciência alterado, sendo necessário manter o uso de **Haloperidol 5mg/1mL AMP 6/6h** (quadro 4).

Quadro 4. Itens prescritos para o paciente.

Itens Prescritos				
Medicamentos	Dose	Via	Intervalo	Observação
Ringer Lactato	1000 mL	IV	Contínua	Nas 24 horas
Fresubin HP Energy (Fórmula modificada para uso enteral hipercalórica e hiperproteica, com ômega 3 proveniente da adição de óleo de peixe. Possui 1.500kcal e 75g de proteína em 1 litro de dieta.)	1000 mL	Sonda Nasoenteral	Contínua	Bomba de infusão Velocidade de infusão: 52 mL/h
Ceftriaxona	1g	IV	12/12h (D1/7)	Resultado da cultura: <i>Proteus mirabilis</i>
Dipirona 1g/2mL AMP	1g	IV	6/6h	Até 6/6h, uso regular
Tramadol 100 mg/2 mL AMP	100 mg	IV	SOS	Até 8/8h, em caso de dor BPS > 6.

Pantoprazol 40 mg FR/AMP	40 mg	IV	24x24h	----
Enoxaparina seringa 40 mg	40 mg	SC	24x24h	Observar contraindicações: Sangramento Ativo  Plaquetopenia
Haloperidol 5mg/1mL AMP	5 mg	IV	6/6h	Delirium
Hidrocortisona 100 mg FR/AMP	100 mg	IV	8/8h	----
Midazolam 5mg/mL ampola 10mL	0,02 mg/kg/h	IV	Infusão Contínua	----
Fentanil 50mcg/mL ampola 5mL	0,3 mcg/kg/h	IV	Infusão Contínua	----

IV-Intravenoso

SC-Subcutânea

### Aplicação do mnemônico

- **A (Analgesia):** Mudança da **dipirona AMP** de SOS para regular devido episódios recorrentes de dor (BPS>3) e mantido tramadol 100mg/2mL para dor mais intensa (BPS>6).
- **H (Delírio hipoativo ou hiperativo):** Agitação de forma recorrente.  
**Haloperidol 5mg/1mL AMP-** 1 ampola intravenosa 6/6h.
- **A (Antibioticoterapia):** Urocultura com resultado positivo para *Proteus mirabilis*. Portanto foi iniciado o uso de **ceftriaxona 1g** a cada 12h.
- **D (Dose dos medicamentos):** Não é necessário ajuste renal.
- **E (Eletrólitos, hematologia e outros parâmetros laboratoriais):** Suspensa a reposição de potássio, após melhora desse parâmetro.

### **Sexto dia de internação**

Paciente apresenta sinais de melhora clínica, com ausência de febre e melhora no quadro de delirium. Iniciada diminuição do nível de sedação. A antibioticoterapia seguirá até o D7 (quadro 5).

Quadro 5. Itens prescritos para o paciente.

Itens Prescritos				
Medicamentos	Dose	Via	Intervalo	Observação
Ringer Lactato	1000 mL	IV	Contínua	Nas 24 horas
Fresubin HP Energy (Fórmula modificada para uso enteral hipercalórica e hiperproteica, com ômega 3 proveniente da adição de óleo de peixe. Possui 1.500kcal e 75g de proteína em 1 litro de dieta.)	1000 mL	Sonda Nasoenteral	Contínua	Bomba de infusão Velocidade de infusão: 52 mL/h
Ceftriaxona	1g	IV	12/12h (D4/7)	Resultado da cultura: <i>Proteus mirabilis</i>
Dipirona 1g/2mL AMP	1g	IV	6/6h	Até 6/6h, em caso de temperaturas > 37,7°C ou dor BPS > 3.
Tramadol 100 mg/2 mL AMP	100 mg	IV	SOS	Até 8/8h, em caso de dor BPS > 6.

Pantoprazol 40 mg FR/AMP	40 mg	IV	24x24h	---
Enoxaparina seringa 40 mg	40 mg	SC	24x24h	Observar contraindicações: Sangramento Ativo  Plaquetopenia
Hidrocortisona 100 mg FR/AMP	100 mg	IV	8x8h	---

Legenda: IV-Intravenoso; SC-Subcutânea.

### Aplicação do mnemônico

- **A (Analgesia):** Escala de dor BPS <6, utilizada dipirona regular 6/6h.
- **S (Sedação):** Iniciada extubação, após teste de respiração espontânea (TRE) e RASS -1.
- **E (Eletrólitos, hematologia e outros parâmetros laboratoriais):** Resultado da última gasometria- pH = 7,40| pCO<sub>2</sub> = 36 mm| HgHCO<sub>3</sub> = 25 mEq/L. Potássio: 3,8 mEq/L.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONITEC. Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com COVID-19. Capítulo 3: Manejo da Dor, Sedação e Delirium em Pacientes sob Ventilação Mecânica Invasiva. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA. Informe técnico: Indicadores de desempenho em Farmácia Clínica. São Paulo, 2023. Disponível

em:<[http://www.crfsp.org.br/images/datep/REVISAO\\_-OFICINA\\_DE\\_INDICADOR ES\\_300323.pdf](http://www.crfsp.org.br/images/datep/REVISAO_-OFICINA_DE_INDICADOR ES_300323.pdf)>. Acesso em: 21 set 2024.

MABASA, V. H. et al. A Standardized, Structured Approach to Identifying Drug-Related Problems in the Intensive Care Unit: FASTHUG-MAIDENS. **The Canadian Journal of Hospital Pharmacy**, v. 64, n. 5, 28 out. 2011.

MAIOLI, N.A et al. FAST HUG: UMA FERRAMENTA PARA FARMÁCIA CLÍNICA NA ATENÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE CRÍTICO. **Colloquium Vitae**. ISSN: 1984-6436, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 59–64, 2018.

## 7. Considerações Finais

O cuidado farmacêutico, no modo de acompanhamento do uso de medicamentos, aqui exposto faz-se jus a um dos tantos serviços clínicos diretos e indiretos possíveis de serem desenvolvidos por farmacêuticos junto a pacientes em serviços de saúde.

Assim, não se esgotam as possibilidades de arranjos e adaptações, incluindo associações entre os métodos aqui descritos para que o cuidado seja realizado da forma mais pertinente. Importante destacar que não fazemos nenhum juízo de valor dos métodos aqui expostos. Ou seja, não há nenhum melhor ou pior. Há método que seja possível ou não para o ambiente em que você está planejando desenvolvê-lo. E igualmente importante, o planejamento de serviço deve ter claro para os farmacêuticos que desenvolverão as atividades os objetivos aos quais desejam alcançar com aquela atividade.

Espera-se que este seja a primeira edição de uma coleção que faça a reflexão dos serviços de cuidados farmacêuticos que se planeja, executa-se e avalia-se dentro dos serviços de saúde. Sobretudo, é preciso também que possa ser expandido a cultura do registro e reflexão científica dos dados trabalhados em serviços de saúde. A expansão da ciência para cuidados farmacêuticos passa por relatos exitosos e suas dificuldades de execução em serviços diversos. Assim, o fortalecimento da ciência é esperado ao ponto que avencemos no desenvolvimento teórico e prático desses métodos propostos e a criação de muitos outros.