

Método clínico:

avaliação e indicação dos problemas relacionados à farmacologia

COLEÇÃO

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica:
aplicação do método clínico

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde

Método clínico: avaliação e indicação dos problemas relacionados à farmacologia

VOLUME 4

COLEÇÃO

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica:
aplicação do método clínico

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e
integração das práticas de cuidado na equipe de saúde



BRASILIA - DF
2020



Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Esplanada dos Ministérios,
bloco G, 7º andar
CEP: 70058-900 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-6101
Site: www.aps.saude.gov.br
E-mail: cgctab@saude.gov.br

HOSPITAL ALEMÃO
OSWALDO CRUZ (HAOC)
R. João Julião, 331, Bela Vista
CEP: 01327-001 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3549-1000
Site: www.hospitaloswaldocruz.org.br

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE
Esplanada dos Ministérios, bloco G, anexo
B, sala 144
Zona Cívico-Administrativo
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3022-8900
Site: www.conasems.org.br

Grupo executivo:

Hospital Alemão Oswaldo Cruz:
Aline Fajardo
Karen Sarmento Costa
Samara Kielmann
CONASEMS:
Elton da Silva Chaves
Hisham Mohamad Hamida
Ministério da Saúde:
Olivia Lucena de Medeiros
Hannah Carolina Tavares Domingos
Izabella Barbosa de Brito

Coordenação geral do projeto:
Ana Paula N. Marques de Pinho
Samara Kielmann

Coordenação técnica do curso:
Leonardo Régis Leira Pereira

Gestão do projeto:
Aline Fajardo
Camila Tavares de Sousa
Flávia Landucci Landgraf
Mariana Castagna Dall'Acqua

Innovativ (HAOC):
Gestão dos processos de EaD:

Débora Schuskel
Modelagem Instrucional e Pedagógica:
Débora Schuskel
Gestão dos Processos do Curso:
Gicelma Rosa dos Santos
Adrielly Saron Alves Silva Lopes
Gestão do ambiente virtual
de aprendizagem:
Aline Tibério
Produção audiovisual:
Anders Rinaldi Angelin
Designer Instrucional:
Daniel Tschisar

Elaboração do conteúdo e texto:
André de Oliveira Baldoni
Bárbara Cristina Barreiros
Camilo Molino Guidoni
Dayde Lane Mendonça da Silva
Fabiana Rossi Varallo
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Fernanda Plessmann de Carvalho
Leonardo Régis Leira Pereira
Mauro Silveira de Castro
Patrícia Sampaio Chueiri
Paulo Roque Obreli Neto

Rangel Ray Godoy
Samuel Amano Maximo
Simone Barbosa da Silva Bier
Thais Teles de Souza
Tiago Marques dos Reis

Revisão técnica:
Alice Aparecida de Olim Bricola
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Karen Sarmento Costa
Leonardo Régis Leira Pereira
Orlando Mário Soeiro

Colaboração técnica:
Dayde Lane Mendonça da Silva
Mauro Silveira de Castro

Coordenação editorial:
Júlio César de Carvalho e Silva

Revisão de texto:
Julia Nader Dietrich – Educomunicação e
Jornalismo

Projeto gráfico e capa:
Laura Camilo – L7 Design

Normalização:
Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

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.
5 v. : il.

Conteúdo: v. 1. O Cuidado farmacêutico no contexto do sistema de saúde. v. 2. Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico. v. 3. Método clínico: acolhimento e coleta de dados. v. 4. Método clínico: avaliação e identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia. v. 5. Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas.

ISBN 978-85-334-2850-8 (coleção)
ISBN 978-85-334-2854-6 (volume 4)

1. Prática farmacêutica baseada em evidências. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Procedimentos clínicos. I. Título.

CDU 615.12

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0317

Título para indexação:

V. 4. Clinical method: evaluation and identification of pharmacotherapeutic problems

Sumário

Prefácio	05
Abertura	06
Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde: uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS	
Método clínico: avaliação dos dados socioeconômicos, demográficos e influência dos determinantes sociais	11
Introdução	13
Aspectos históricos e conceituais dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS)	15
O impacto dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) sobre a saúde das pessoas	17
O papel do farmacêutico no contexto dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) durante a avaliação dos dados coletados	18
Síntese da Aula	24
Referências	24

Método clínico: avaliação dos sinais e sintomas, dos resultados antropométricos e dos exames laboratoriais e complementares	27
Introdução	29
Sinais vitais	31
Sinais e sintomas	38
Dados antropométricos	43
Exames laboratoriais e complementares	46
Síntese da Aula	51
Referências	51
Apêndice	52

Método clínico: identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia	54
Introdução	56
Problemas relacionados ao uso de medicamentos: construção histórica e conceito	56
Classificação dos Problemas Relacionados à Farmacoterapia	60
Identificação, resolução e prevenção dos PRF (reais e/ou potenciais)	64
Síntese da Aula	73
Referências	73

Prefácio

Este livro é fruto de uma parceria estratégica e fundamental entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), para o fortalecimento da Atenção Básica/Primária (AB/APS) em Saúde no Brasil.

O projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços farmacêuticos e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde* é um convite à reflexão sobre os serviços farmacêuticos na AB/APS visando maior integração destes na rede de saúde e qualificação de sua oferta aos usuários. É com essa perspectiva e considerando as necessidades de saúde da população e do próprio Sistema de Saúde do nosso país que desenvolvemos um conjunto diversificado de iniciativas ao longo do projeto.

Dentre elas, destacamos a construção e a oferta aos municípios brasileiros de forma inédita do curso *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico*, direcionado aos profissionais farmacêuticos, que visa contribuir para o desenvolvimento do raciocínio clínico do farmacêutico, por meio de um método clínico utilizado no cuidado farmacêutico, voltado ao enfrentamento de problemas relacionados à farmacoterapia.

Foram também desenvolvidos três outros cursos voltados a profissionais – nível médio e/ou técnico, nível superior, e gestores - que atuam junto aos serviços farmacêuticos municipais, cujo material é apresentado, respectivamente, nas coleções *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível médio e/ou técnico nos serviços de saúde*, *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e no livro *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*.

Nesta publicação, estruturada a partir do curso para farmacêuticos, o leitor poderá acompanhar os conteúdos e reflexões propostos como uma ação de formação continuada adequada à rotina desses profissionais. A mesma tem como objetivo fornecer os fundamentos teóricos e práticos para que os farmacêuticos possam ampliar a sua atuação clínica na AB a partir da compreensão das dimensões do cuidado em saúde, do cuidado centrado na pessoa, do cuidado farmacêutico no contexto do Sistema de Saúde, assim como as competências do farmacêutico no desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico e os aspectos da aplicação do método clínico.

A fim de apoiar o leitor na compreensão da proposta original do curso, foram mantidas as estruturas das aulas, congregando a cada volume, um conjunto de unidades de aprendizagem sempre enriquecidas por exemplos práticos do cotidiano do profissional nos serviços de saúde e por ilustrações que facilitam a compreensão das discussões enunciadas. A cada unidade são compartilhadas, ainda, referências e materiais complementares para aprofundamento.

O HAOC espera que, em consonância com a sua missão, este projeto e esta publicação possam contribuir para fortalecer a Atenção Básica no SUS por meio da atuação integrada de profissionais qualificados, da promoção de mudanças no processo de trabalho do farmacêutico e na sua integração na equipe de saúde, proporcionando melhoria da qualidade da assistência e do cuidado ao usuário do sistema.

Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Abertura



Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde: uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS

Samara Kielmann, Aline Fajardo, Camila Tavares de Sousa, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Karen Sarmento Costa, Leonardo Régis Leira Pereira, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde: uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS

Samara Kielmann, Aline Fajardo, Camila Tavares de Sousa, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Karen Sarmento Costa, Leonardo Régis Leira Pereira, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida

Um dos recursos de maior custo-efetividade empregado na área da saúde é o medicamento quando utilizado de forma racional. Nos casos de uso de forma inadequada, este se torna um significativo problema de saúde pública¹. Assim, para que se tenha uma utilização efetiva e segura dos medicamentos é necessário que eles estejam no foco da atuação dos diferentes profissionais de saúde, de forma a propiciar melhores resultados advindos com a utilização da farmacoterapia e evitar as graves consequências relacionadas ao seu uso inadequado².

Embora essa discussão esteja bastante consensuada no âmbito da saúde, de forma concreta as ações da Assistência Farmacêutica restritas à provisão do acesso aos medicamentos não dão conta de responder às reais necessidades da atenção integral à saúde e minimizar os riscos causados pelo uso inadequado destes. É necessário que as pessoas sejam orientadas sobre a utilização apropriada dos medicamentos e a importância do tratamento terapêutico farmacológico para o controle das doenças³.

Nesse sentido, faz-se necessário que os serviços farmacêuticos estejam organizados, estruturados e integrados aos demais serviços de saúde, tendo como foco garantir a disponibilidade de medicamentos, assim como a qualidade e conservação (gestão do medicamento). Ainda no contexto dos serviços farmacêuticos é importante prestar serviços assistenciais, com foco na efetividade e na segurança da terapêutica: avaliar, obter e difundir informações sobre medicamentos e sobre saúde na perspectiva da educação em saúde e da educação permanente das equipes (gestão do cuidado em saúde)^{4,5}.

A Política Nacional de Atenção Básica inova ao explicitar as diretrizes da assistência farmacêutica na atenção básica, propondo

desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado⁶.

Para tanto, a atuação do profissional farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na Atenção Básica/Primária em Saúde, deve ser também orientada para além das ações relacionadas ao planejamento e à gestão do medicamento e envolver as ações voltadas ao cuidado das pessoas, com o desenvolvimento das competências (conhecimento + habilidade + atitude) voltadas à clínica.

É fundamental preparar o farmacêutico para desempenhar suas “novas funções” atendendo às expectativas do sistema de saúde, inserido em uma equipe de saúde, trabalhando de forma integrada, em qualquer nível do SUS. Dessa forma, para exercer essa “nova atribuição” mais voltada à clínica, exige-se que o farmacêutico tenha acesso a uma formação de qualidade desde a graduação e continuando com a capacitação em serviço.

Assim, em vista da demanda de formação adequada dos farmacêuticos para atender as necessidades da população brasileira e do próprio sistema de saúde do país, a equipe do Projeto da Atenção Básica formulou, desenvolveu e ofereceu aos farmacêuticos dos municípios brasileiros o *Curso Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico*, com o objetivo de fornecer os fundamentos teóricos e práticos para que os profissionais farmacêuticos na Atenção Básica/Primária em Saúde possam desenvolver o raciocínio clínico por meio de um método clínico utilizado no cuidado farmacêutico, voltado ao enfrentamento de problemas relacionados à farmacoterapia.

A elaboração do curso foi fundamentada no construtivismo com ênfase na participação ativa do estudante na qual ele é instigado a experimentar e (re) construir o conhecimento. A abordagem pedagógica construída contribui para o desenvolvimento de estruturas conceituais e para a construção reflexiva e crítica do conhecimento dos farmacêuticos - elementos principais na aprendizagem significativa proposta pela formação. Esse tipo de abordagem requer desses farmacêuticos uma postura proativa no processo ensino-aprendizagem para estudarem com autonomia e com comprometimento com o curso, planejando o tempo de dedicação e criando uma rotina de estudos adequada à sua vida pessoal e profissional, como esquematizado na Figura 1, a seguir.

Adotamos no curso o conceito de Cuidado Farmacêutico como:

um conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico, levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação, incluindo não só a dimensão clínico-assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde^{5:115}.

Os conteúdos abordados percorrem desde a compreensão das dimensões do cuidado em saúde, do cuidado centrado na pessoa e do cuidado

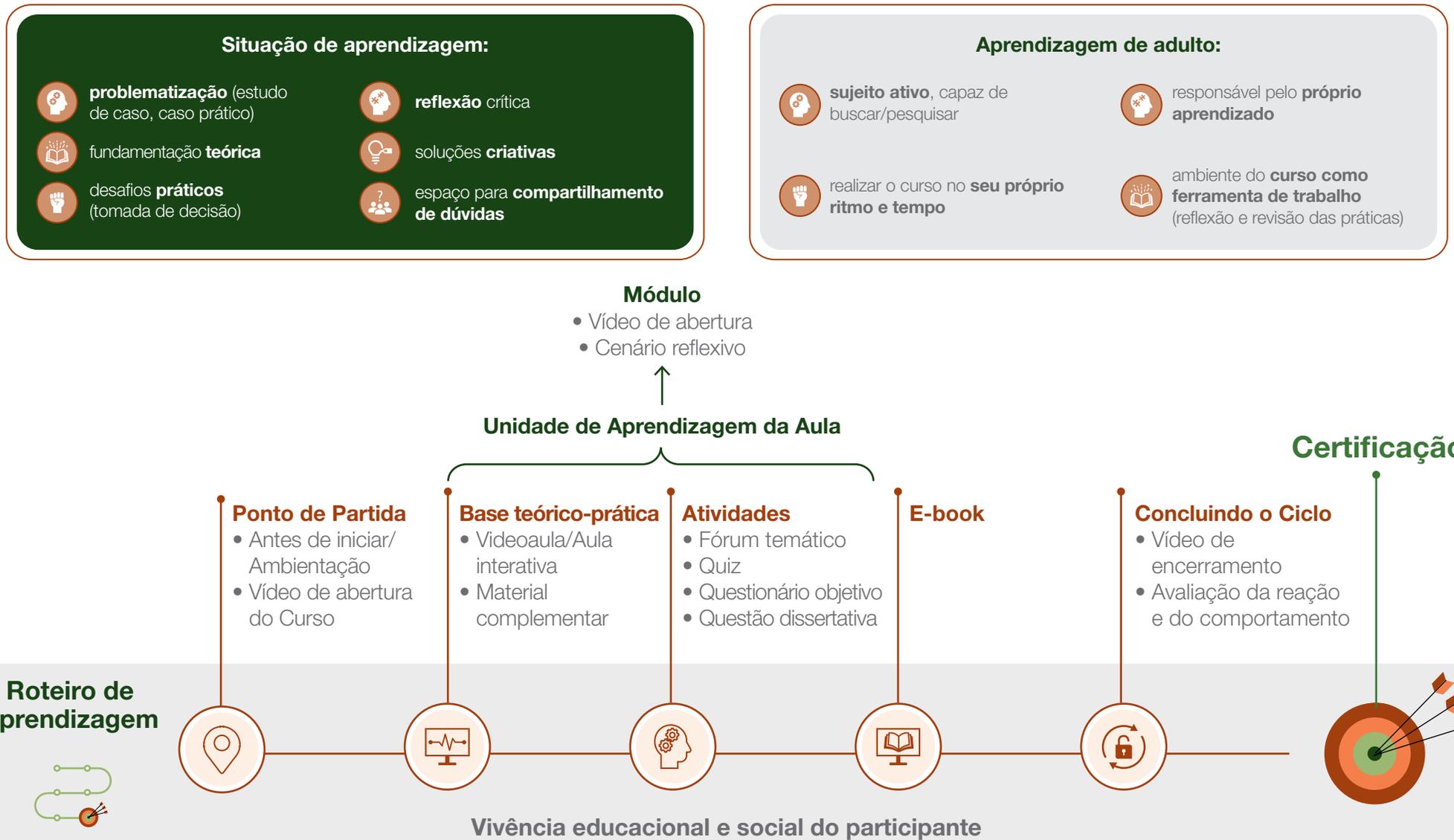
farmacêutico no contexto do Sistema de Saúde, além das competências necessárias do profissional farmacêutico no desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico e os aspectos relacionados à aplicação do método clínico.

Considerando o ineditismo e a importância desse material para a formação de farmacêuticos no SUS e levando em conta a situação imposta pela pandemia do novo Coronavírus, que exige a busca de novas alternativas dentro da realidade da Atenção Básica/Primária em Saúde para orientar os usuários na utilização adequada dos medicamentos, principalmente aquelas pessoas que são consideradas grupo de risco para a COVID-19, o Grupo Executivo do Projeto, constituído pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde (MS/SAPS), propôs a organização dessa coleção, a partir do material didático elaborado no curso, com a expectativa de ampliar o conhecimento e as oportunidades dos profissionais farmacêuticos na implantação e/ou ampliação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.

O conteúdo dos módulos, aqui apresentados em formato de volumes, foi pensado de forma encadeada para que o farmacêutico passe por todas as unidades de aprendizagem de forma fluída e organizada como um ciclo. Por essa razão, cada volume desta coleção é composto por um conjunto de unidades de aprendizagem. São, ao todo, cinco volumes:

- » Vol. 1 - O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde
- » Vol. 2 - Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico
- » Vol. 3 - Método clínico: acolhimento e coleta de dados
- » Vol. 4 - Método clínico: avaliação e identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia
- » Vol. 5 - Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas

Figura 1. Desenho pedagógico do curso



Fonte: Elaboração própria.

Para apoiar a compreensão dos leitores, seguindo a própria organização dos cursos, cada volume e suas respectivas unidades de aprendizagem são ilustradas com quadros e figuras que facilitam a apresentação das informações, bem como referências e indicações de leituras complementares. A cada aula, também são apresentados os objetivos de aprendizagem e um breve resumo do conteúdo apresentado.

Esperamos que o farmacêutico no contexto da Atenção Básica/Primária em Saúde possa se tornar um profissional de saúde protagonista no processo de cuidado das pessoas, utilizando a sua formação clínica para diminuir a morbimortalidade relacionada aos medicamentos, contribuindo com os resultados alcançados nos tratamentos medicamentosos, além de melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida das pessoas atendidas no SUS. Para isso é estratégica a implementação de um novo processo de trabalho do profissional farmacêutico junto às equipes de saúde no contexto da Atenção Básica.

Desejamos que essa publicação democratize o conhecimento voltado à formação clínica entre os farmacêuticos e sirva como um incentivo a esses profissionais para implantarem o Cuidado Farmacêutico em seus municípios e modificarem a realidade da atuação profissional, também voltada às atividades clínicas, mas sem negligenciar e retroceder os avanços já conquistados na gestão do medicamento.

Boa Leitura!

Referências

1. Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2006; 42(1):137-46.
2. Santos FTC. Aula 5, Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 1. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 07 maio 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf.
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Competencias del farmacéutico para desarrollar los servicios farmacéuticos basados em la atención primaria de salud y las buenas prácticas em farmacia. Washington, DC: OPAS; 2013. 20 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 384 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, 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). [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 17 ago 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

17

Aula



Método clínico: avaliação dos dados socioeconômicos, demográficos e influência dos determinantes sociais

Autor: André de Oliveira Baldoni



Ementa da aula



Esta aula aborda a importância da avaliação dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) que influenciam o estado de saúde das pessoas.

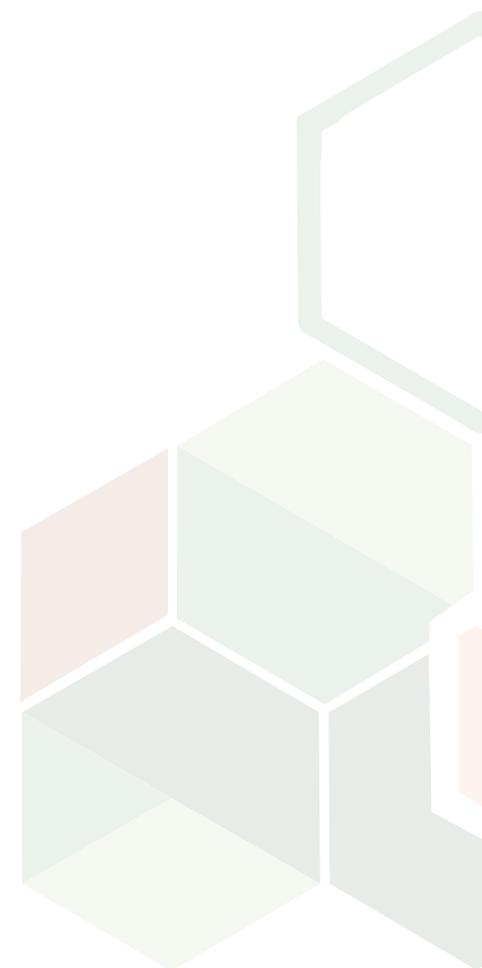
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



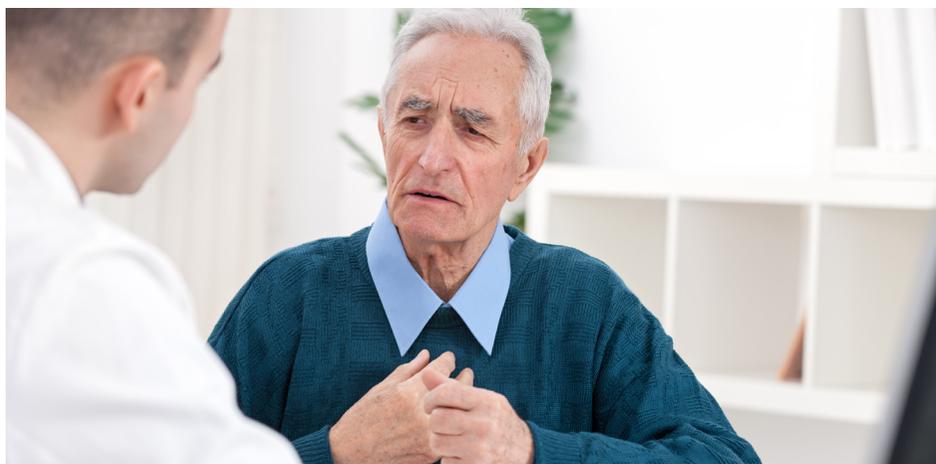
Compreender a importância e a necessidade de avaliação dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) no impacto na saúde e no estado clínico das pessoas.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

Considerando o conteúdo já abordado, já discutimos bastante sobre a coleta de dados, sobretudo nas Aulas 12, 14 e 15 que compõem o Módulo 3* deste curso. Agora chegou o momento de você fazer uma reflexão sobre a importância dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) na avaliação dos dados coletados e seus impactos na saúde do usuário do sistema de saúde. Na seção “Identificação do usuário de medicamento e perfil” da Aula 12 você entendeu a necessidade de se coletar informações acerca da escolaridade e profissão do paciente. Na Aula 14 você viu que a **condição socioeconômica** do indivíduo pode influenciar sobre a forma como ele armazena seus medicamentos em sua residência¹ e que a **profissão** pode influenciar na escolha da farmacoterapia e nos horários de uso dos medicamentos.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Convidamos você para então fazer uma reflexão sobre a importância de se coletar informações sobre a **condição e local da residência do paciente**, conteúdo também visto na Aula 12.

Mas, o meio em que o paciente vive, a topografia e a infraestrutura podem influenciar no processo de utilização racional dos medicamentos?

Sim! Tudo isso pode influenciar a condição geral de saúde do paciente, o processo de uso e os resultados do medicamento. Para refletir sobre essa questão analise o diálogo a seguir que ocorreu entre um farmacêutico e um paciente idoso.



Farmacêutico: Me fale como o Senhor usa a furosemida, por favor.



Paciente Idoso: Eu uso logo cedo, quando eu me levanto.



Farmacêutico: E o senhor já utilizou hoje?



Paciente Idoso: Hoje não, ... sabe... quando eu venho no centro da cidade ou quando tenho que ir ao banco receber minha aposentadoria eu não tomo esse remédio porque não tem banheiro para a gente usar.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

*Nota do editor: Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o Módulo 4 de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do Módulo 3 podem ser acessadas no vol. 3 desta mesma coleção, *Método clínico: acolhimento e coleta de dados*.

Esse exemplo mostra como **o meio em que o paciente vive pode influenciar o uso dos medicamentos** e é por isso que o farmacêutico precisa conhecer os aspectos farmacoterapêuticos do medicamento e o manejo clínico da doença para que possa pactuar com o paciente estratégias que não comprometam a qualidade do tratamento, bem como a sua qualidade de vida e bem-estar social. Nessa situação, em que o paciente não usa o medicamento quando sai de casa, ele deve ser orientado a tomar o comprimido de furosemida assim que chegar em sua residência, preferencialmente antes das 16h para evitar a diurese noturna.

É importante chamar a atenção ainda para que o farmacêutico respeite a percepção e o autorrelato do paciente, pois não seria clinicamente efetivo e não seria cuidado centrado na pessoa se o farmacêutico insistisse no uso do medicamento diante do problema relatado pelo paciente. Isso seria ignorar todo o contexto social em que ele está inserido e ignorar o cuidado centrado na pessoa.

Lembre-se!

Para se implementar o cuidado centrado na pessoa, não basta que o farmacêutico tenha conhecimento técnico relacionado à farmacoterapia, é preciso contar com habilidades clínicas, visão humanística, **social** e holística sobre o meio em que ele vive para obtenção de resultados clínicos efetivos e duradouros.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Conforme vimos na *Aula 12*, uma das melhores maneiras para se aprofundar a compreensão da influência das **questões sociais e familiares** sobre o processo de cuidado do paciente é por **meio de realização de visitas domiciliares**. Esse processo pode ser aliado à análise dos dados socioeconômicos registrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), antes do acolhimento na unidade ou da visita domiciliar.

E para que o atendimento domiciliar seja realizado de forma estruturada e sistematizada sugere-se que o farmacêutico utilize o referencial teórico proposto no volume 1 do *Caderno de Atenção Domiciliar* do Ministério da Saúde², sobretudo o capítulo intitulado “Organização dos serviços de atenção domiciliar na atenção básica”, disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. 📄



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Aspectos históricos e conceituais dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS)

Para compreender a relação entre os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) e o processo de cuidado ofertado pelo farmacêutico, é importante resgatarmos o conceito de saúde preposto em 1946 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é o “Estado completo de bem-estar físico, mental e **social**”³.

Observe que a partir desse conceito, a “saúde” passa a não ser apenas a ausência de doença, passa a ser um conceito complexo, multi-dimensional e dinâmico⁴. Com isso a doença deixa de ser algo micro, apenas biológico, e um novo desafio surge no processo de trabalho dos profissionais de saúde e de cuidado com o paciente, visto que, com base nisso, o paciente precisa ser considerado um indivíduo não apenas sob o ponto de vista biológico, agora ele deve ser considerado dentro de um ambiente complexo em que as “coisas” ao seu redor influenciam de forma direta o seu estado de saúde e de doença.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A partir desse conceito, entende-se que a saúde é determinada por diversos fatores, chamados de determinantes em saúde, os quais podem ser divididos em categorias. Há diversas classificações na literatura, dividiremos aqui os determinantes em saúde em três categorias: os determinantes ambientais, os determinantes econômicos e os determinantes sociais. O foco desta aula é nos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), que são **cultura, estilos de vida, gênero, etnia, grau de inclusão social, idade, comportamentos relacionados com a saúde, condições de vida e condições de trabalho e educação**⁴.

A partir dos anos 1980, a equidade em saúde se tornou pauta mundial na área da saúde e, nesse contexto, a intervenção junto aos DSS tornou-se uma das estratégias necessárias e efetivas⁵. Então, a partir dos anos 1990 houve uma crescente preocupação global em relação ao papel dos DSS sobre o processo de adoecimento humano⁶.

Nesse contexto, o Brasil, seguindo a tendência mundial, preconizou no Artigo 3º da Lei nº 8.080/1990, no qual afirma que:

“ A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, **a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais;** os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País⁷. ”



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Observe que, isso posto, o processo saúde/doença não depende mais apenas de questões biológicas e genéticas, pois a saúde passa a depender do contexto socioeconômico em que o indivíduo está inserido.

Dessa forma, identificar os **fatores condicionantes e determinantes da saúde passou a ser um dos objetivos** do Sistema Único de Saúde (SUS), Artigo 5º da Lei nº 8.080/1990⁷. Por isso e por diversos outros fatores que discutiremos, ao longo desta aula, que o farmacêutico inserido na Atenção Básica deve atuar em todas as etapas do processo de cuidado centrado na pessoa considerando os DSS.

Para que isso fosse considerado na prática do Cuidado e da Assistência, fez-se necessária a elaboração de documentos e estratégias para se implementar políticas e ações no mundo e no Brasil. Nesse contexto, no ano de 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health – CSDH) e o Brasil criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), cujas definições sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são:

- » de acordo com a OMS “as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham”⁸;
- » segundo a CNDSS:

“ [...] características socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade que influenciam as condições de vida e trabalho de todos os seus integrantes. Habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e de educação, e também a trama de redes sociais e comunitárias são exemplos de determinantes sociais. Os estilos de vida individuais, como hábito de fumar, praticar exercícios e adotar dieta saudável, estão, em parte, também condicionados por DSS como renda, padrões culturais e mensagens publicitárias, entre outros⁹. ”

Representar a complexa relação entre os fatores que influenciam a saúde é uma tarefa desafiadora e complexa. Um dos modelos mais utilizados para representar essa questão foi proposto em 1991 por Dahlgren e Whitehead (Figura 2).

Figura 2. Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991) apud Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)⁹ e Imagem - Flaticon ©.

O impacto dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) sobre a saúde das pessoas

Neste momento da aula convidamos você para “pensar um pouco fora da caixa” e relembrar a figura do *iceberg* vista na *Aula 14*. Para compreendermos a influência dos determinantes sociais sobre a saúde de um indivíduo ou comunidade devemos investigar e considerar as questões submersas (que representam as questões sociais), pois se o farmacêutico fizer intervenções considerando apenas os problemas farmacoterapêuticos evidentes (a ponta do *iceberg*), sem considerar que eles estão inseridos em uma imensidão de questões econômicas e sociais, provavelmente ele não terá sucesso em seu plano de intervenção.

Então, vamos tentar compreender tudo isso!

Mas, quais são esses componentes constitutivos dos DSS que interferem na saúde e no processo de cuidado dos pacientes?

Lembre-se!

Alguns desses componentes você já estudou na *Aula 14*, que são os dados referentes à **escolaridade, profissão, renda familiar mensal, número de residentes na mesma casa e posse de veículo automotor**, por exemplo.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Para facilitar a compreensão e visualização dos DSS e sua influência sobre a saúde das pessoas, o Quadro 1 apresenta alguns exemplos práticos sobre essa influência.

Quadro 1. Exemplos de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e sua influência sobre a saúde das pessoas

Determinante Social de Saúde	Exemplo da influência sobre a saúde
Condição socioeconômica	Adolescentes de menor renda possuem maior chance de serem obesos e desnutridos ¹⁰
	Crianças de famílias com menor renda possuem maior chance de possuírem déficit ponderal ¹¹
Educação	A escolaridade influencia o processo de aquisição do conhecimento e a prontidão para o autocuidado em Diabetes ¹²
Habitação	A prevalência de asma está associada ao menor número de cômodos da moradia ¹³
Ambiente de trabalho	Quanto mais desfavoráveis as condições de trabalho, mais deteriorada será a saúde psíquica e os afetos com relação ao trabalho ¹⁴
Desemprego	O desemprego aumenta o risco de desenvolver doenças mentais, sobretudo depressão e ansiedade ¹⁵
Sexo, idade e condição socioeconômica	Homens, jovens e pessoas com menor nível de instrução consomem com mais frequência alimentos não saudáveis, como carnes em excesso, leite integral, refrigerantes e doces ¹⁶
Redes sociais e comunitárias	O capital social* dos pacientes influencia no controle metabólico do Diabetes Mellitus ¹⁷
Água e esgoto	A diarreia e as doenças infecciosas são mais frequentes em localidades com menor cobertura populacional por redes de abastecimento de água e por sistemas de esgotamento sanitário ¹⁸

*Ver box marcado como "Importante" a seguir.

Fonte: Elaboração própria.

Importante!



Capital social são: “práticas sociais, normas e relações de confiança que existem entre cidadãos numa determinada sociedade, bem como sistemas de participação e de associação que estimulam a cooperação”¹⁹. Dessa forma, quanto maior a capacidade de os cidadãos confiarem uns nos outros e de aumentarem o número de possibilidades associativas numa sociedade, maior será o volume de “capital social”¹⁹.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Viu como os DSS interferem diretamente no processo saúde-doença? Agora com os horizontes mais ampliados, é importante enfatizar que o farmacêutico precisa atuar junto com a equipe de saúde, de forma individual e coletiva, considerando os DSS e utilizando estratégias que permitam minimizar as desigualdades no processo de cuidado e que promovam **equidade em saúde**, conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 2017²⁰.

O papel do farmacêutico no contexto dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) durante a avaliação dos dados coletados

Agora que você já compreendeu a importância e a necessidade de avaliação dos DSS no contexto da saúde, é importante que refletir sobre a

sua influência a nível individual, durante a avaliação dos dados subjetivos e objetivos que foram coletados, pois isso interferirá de forma direta sobre a avaliação do problema farmacoterapêutico e sobre a elaboração do plano de cuidado que será pactuado com o paciente. Para isso pedimos que você faça a seguinte reflexão:

Como o farmacêutico deve atuar considerando os DSS para reduzir a inequidade do cuidado ofertado?

Pois bem, a PNAB (2017) explicita e caracteriza a relação de serviços que devem ser ofertados na Atenção Básica, no sentido de **promover a equidade em saúde**, da seguinte forma:

“[...] ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde²⁰.”

Atenção!

Observe que o farmacêutico e os demais profissionais devem atuar no sentido de reduzir inequidade em saúde, reconhecendo as diferenças de cada paciente e prestando o cuidado de forma individualizada. Mas antes de prosseguirmos é importante relembrarmos o conceito de **equidade em saúde**.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

A equidade refere-se a um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), e a promoção da **equidade em saúde** está relacionada a ações capazes de **reduzir as diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas⁵**. Para a pesquisadora Barbara Starfield a equidade em saúde é “a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente”(p. 546)²¹.

Diante de tais reflexões e definições, convidamos você para refletir sobre mais uma questão:

Na sua unidade de saúde há muita inequidade em saúde? Há desde pacientes com baixo letramento em saúde que não compreendem a forma de uso dos seus medicamentos até aqueles pacientes que sabem fazer todo o manejo e uso de forma racional dos seus medicamentos?

Provável que sim, não é mesmo? Então, vamos pensar juntos em estratégias para redução dessa inequidade durante o cuidado farmacêutico?

Para isso, convidamos você a voltar à Figura 2 e fazer uma reflexão sobre como cada um dos DSS pode interferir no cuidado individualizado do paciente.

Agora vamos fazer esta reflexão juntos por meio das situações clínicas a seguir.

Após a leitura de cada situação reflita sobre a seguinte pergunta: *O que o farmacêutico pode fazer para reduzir a inequidade no uso dos medicamentos para obtenção de resultados clínicos, sociais, econômicos e humanísticos?*



Situação 1 (escolaridade):

No momento da coleta de dados o paciente relata ser analfabeto e não conseguir identificar os nomes e horários de uso dos seus medicamentos. Nessa situação, o farmacêutico pode analisar, junto com o paciente, a possibilidade de:

- a) uso de pictogramas (símbolo ou desenho figurativo que representa a ideia a ser transmitida) para serem usados nas embalagens dos medicamentos (Figura 3);
- b) uso de dispositivos adquiridos em drogarias que separam os medicamentos por dia e horários de uso (Figura 4);
- c) uso de dispositivos artesanais confeccionados pelo farmacêutico com ajuda do cuidador ou do próprio paciente (que também separam os medicamentos por dia e horários de uso).

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Figura 3. Pictogramas padronizados



Fonte: Federação Internacional de Farmacêuticos²².

Figura 4. Dispositivos adquiridos em drogarias que separam os medicamentos por dia e horário de uso



Fonte: Acervo próprio.

Nessas situações, é importante lembrar que farmacêutico deve manter os medicamentos dentro da embalagem primária mantendo a identificação, validade e lote do medicamento, de modo que seja possível a identificação, o rastreamento e a manutenção das propriedades físico-químicas do medicamento.



Situação 2 (moradia e situação ocupacional):

No momento da coleta de dados e análise dos problemas farmacoterapêuticos, o profissional identifica que o paciente tem asma, utiliza os medicamentos conforme preconiza os protocolos clínicos e faz uso correto dos dispositivos inalatórios. Então, o que está acontecendo?

É preciso investigar a exposição aos fatores desencadeados ou agravantes desse problema de saúde, pois as medidas não farmacológicas de tratamento são essenciais nessa condição clínica.

Em sua prática clínica você identifica como são as condições de moradia de seus pacientes? Você investiga o local e as condições ocupacionais dos pacientes? São exemplos de profissões de risco para pacientes com asma: veterinários, tratadores de animais, padeiros, estoquistas, marceneiros, soldadores, profissionais da indústria de produtos químicos e farmacêuticos, pintores, cabeleireiros, pedreiros e profissionais que ficam expostos a poeiras. Então fique atento!

O que fazer então? O “Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde sobre Doenças Respiratórias” preconiza que o tratamento não farmacológico da asma deve incluir a redução da exposição a fatores desencadeantes de forma individualizada levando em consideração a história do paciente, tais como:

- Evitar exposição a ácaros ou alérgenos relacionados;
- Evitar exposição a mofo;
- Evitar tabagismo ativo e passivo;
- Retirar animais domésticos se comprovada sensibilização;
- Evitar odores fortes e exposição ocupacional;
- Evitar locais de poluição atmosférica²³.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.



Situação 3 (condição socioeconômica):

No momento da coleta de dados e análise dos problemas farmacoterapêuticos o farmacêutico identifica que o paciente possui hipercolesterolemia familiar com prescrição de atorvastatina, devido à falta de sucesso terapêutico com uso da sinvastatina, que está disponível na Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais (Remume). Além disso, o paciente não faz uso do medicamento devido à baixa renda, que o impossibilita de adquirir o medicamento na rede privada de assistência à saúde. Veja que a condição socioeconômica está afetando a adesão ao tratamento! Então, no momento da consulta, considerando as políticas de acesso aos medicamentos no SUS, o que o farmacêutico deve fazer para que o DSS não prejudique a condição de saúde do paciente?

Considerando que uma das atribuições do farmacêutico clínico é ofertar informações sobre as possibilidades de acesso aos medicamentos, para pacientes e equipe de saúde, nessa situação, é importante que o farmacêutico: a) saiba que a atorvastatina está disponível no componente especializado da Assistência Farmacêutica; b) procure saber se o paciente atende os critérios de inclusão para se ter acesso ao medicamento, e c) entre em contato com o médico da equipe para preenchimento dos documentos necessários e solicitação dos exames exigidos.

O farmacêutico deve ser um guardião efetivo na minimização dos interferentes sociais sobre o processo de utilização dos medicamentos.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Situação 4 (Capital social e rede de apoio comunitário):

No momento da coleta de dados e análise dos problemas farmacoterapêuticos da Dona Maria, que é viúva e mora sozinha, o profissional identifica que a paciente não faz a autoaplicação da insulina prescrita, dessa forma o uso ocorre apenas de segunda a sexta-feira, que é quando a unidade de saúde está em funcionamento. Então, o que deve ser feito?

Nessa situação é importante que o farmacêutico: a) analise se a paciente tem interesse em fazer a autoaplicação da insulina; b) analise a rede de apoio familiar e comunitário da paciente, por meio do genograma e ecomapa, vistos na *Aula 14*. Se ela quiser ser empoderada em relação à autoaplicação da insulina, o farmacêutico deve fazer todas as orientações, de forma verbal e escrita por meio de cartilha educativa e em seguida acompanhá-la nas aplicações iniciais²⁴. Caso ela não queira, é importante que o farmacêutico identifique um corresponsável por esse cuidado em sua rede de apoio familiar ou comunitário para o procedimento necessário.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Atenção!

As situações apresentadas explicitaram que, ao analisar os dados coletados, durante a anamnese farmacêutica, é necessário que sejam considerados os DSS, para que você possa traçar um plano de cuidado individualizado e factível de ser implementado para obtenção dos resultados desejados.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Estamos chegando ao fim desta aula e até aqui vimos o uso dos DSS no cuidado individualizado dos pacientes, no entanto, é importante destacar que além do combate à inequidade em atendimentos individualizados, o farmacêutico deve atuar, também, com ações mais amplas e coletivas e assumir o protagonismo no combate às inequidades em saúde, tais como:

- 1)** atuar junto à equipe de saúde da atenção básica no sentido de definir, implementar e avaliar as políticas e programas que possuem como finalidade reduzir a inequidade em saúde;
- 2)** sensibilizar a população e gestores sobre o grave problema da inequidade em saúde para implementação de intervenções efetivas⁶.

Com este conteúdo apresentando, esperamos que você considere os DSS em todas as suas ações no contexto do cuidado farmacêutico individualizado e no contexto da saúde coletiva e trabalho interdisciplinar.



Síntese da Aula

Nesta aula foram apresentados os aspectos históricos e conceituais dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), bem como o seu impacto sobre a saúde das pessoas e a importância de sua utilização no contexto do cuidado farmacêutico e da saúde coletiva. A partir deste conteúdo fica evidente que o cuidado centrado na pessoa precisa considerar os aspectos socioeconômicos e o meio em que o paciente está inserido. O conteúdo desta aula, aliado ao que será visto nas *Aulas 18 e 19* (avaliação dos sinais, sintomas, resultados antropométricos e laboratoriais e revisão da farmacoterapia), busca fornecer subsídios para a identificação dos problemas farmacoterapêuticos de forma contextualizada de um indivíduo inserido em um sistema de saúde e em um contexto com diferenças sociais complexas (assunto que será tratado na *Aula 20*). Por fim, esse arcabouço de informações será utilizado para proposição do plano de cuidado centrado na pessoa, que será visto na *Aula 21*. Veja o conteúdo das *Aulas 20 e 21* na publicação que apresenta os conteúdos do *Módulo 5** deste curso.

Referências

1. Santos DFS, Silveira MPT, Camargo AL, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD, Bertoldi AD. Unsafe storage of household medicines: results from a cross-sectional study of four-year-olds from the 2004 Pelotas birth cohort (Brazil). *BMC Pediatrics* [Internet]. 2019 [acesso 3 out 2019];19(235). Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1597-1>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 2 vol. ISBN 978-85-334-1966-7.
3. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 07 outubro 2019.
4. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde soc.* [Internet] set. 2017 [acesso 2 out. 2019]; 26(3): 676-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170304>
5. Viana ALA, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. *São Paulo Perspec.* [Internet] 2003 [acesso em 2 out. 2019];17(1):58-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392003000100007&script=sci_abstract&lng=pt

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 5* podem ser acessadas no *vol. 5* desta mesma coleção, *Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas*.

6. Fonseca, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
7. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990 [acesso 2 out 2019]. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
8. Organização Mundial da Saúde – OMS. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/. Acesso em 07 de Outubro de 2019.
9. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Iniquidade. [Folder]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz [acesso 3 out. 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>
10. Tourinho, R. Estudo indica que adolescentes pobres estão obesos e desnutridos. Agência Fiocruz de Notícias, Salvador, 9 jul. 2019 [acesso 31 jul. 2019]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/estudo-indica-que-adolescentes-pobres-estao-obesos-e-desnutridos>
11. Assis AMO, Barreto ML, Santos NS, Oliveira LPM, Santos SMC, Pinheiro SMC. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública, out. 2007;23(10):2337-50.
12. Rodrigues FFLFFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. Acta paul. enferm. 2012;25(2):284-290.
13. Sousa CA, César CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum, M, Pereira JCR. Prevalência de asma e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, SP, 2008-2009. Rev Saúde Pública. 2012 [acesso 3 out. 2019];46(5):825-33.
14. Costa MTP, Borges LO, Barros SC. Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários. Rev. Psicol., Organ. Trab. Mar. 2015;15(1): 43-58.
15. Zhang S, Bhavsar V, 2013. Unemployment as a Risk Factor for Mental Illness: Combining Social and Psychiatric Literature. Advances in Applied Sociology 2013; 3(2), 131-136.
16. Claro RM, Santos MAS, Oliveira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. Jun 2015;24(2):257-65.
17. Flôr CR, Baldoni NR, Aquino JA, Baldoni AO, Fabbro ALD, Figueiredo RC, Oliveira CDL. What is the association between social capital and diabetes mellitus? A systematic review. Diabetes Metab Syndr. Jul 2018;12(4):601-605.
18. Teixeira JC, Guilhermino RL. Análise da associação entre saneamento e saúde nos estados brasileiros, empregando dados secundários do banco de dados indicadores e dados básicos para a saúde 2003 – IDB 2003. Eng. Sanit. Ambient. [Internet] 2006 [acesso 3 out. 2019];11(3):277-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-41522006000300011&script=sci_abstract&lng=pt
19. Putnam R. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: FGV; 2005.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2019 [acesso 2 out 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
21. Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*. 2001;13(3):545-66.
22. International Pharmaceutical Federation (FIP). Foundation for Education and Research. Pictograms Download. [2019] [acesso 1º set. 2019]. Disponível em: <https://www.fipfoundation.org/pictograms-download/>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25). ISBN 978-85-334-1699-4.
24. Aquino JA, Baldoni AO, Oliveira CL, Figueiredo RC, Cardoso CS, Pereira ML, Sanches-Giraud C. Cartilha educativa sobre diabetes: elaboração e validação de conteúdo. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. Jan./jun. 2016 [acesso 3 out. 2019];37(1):77-82. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/24053>
25. Peixoto JM; Santos SME; Faria RMD. Processos de Desenvolvimento do Raciocínio Clínico em Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 73, 42(1):73-81; 2018.

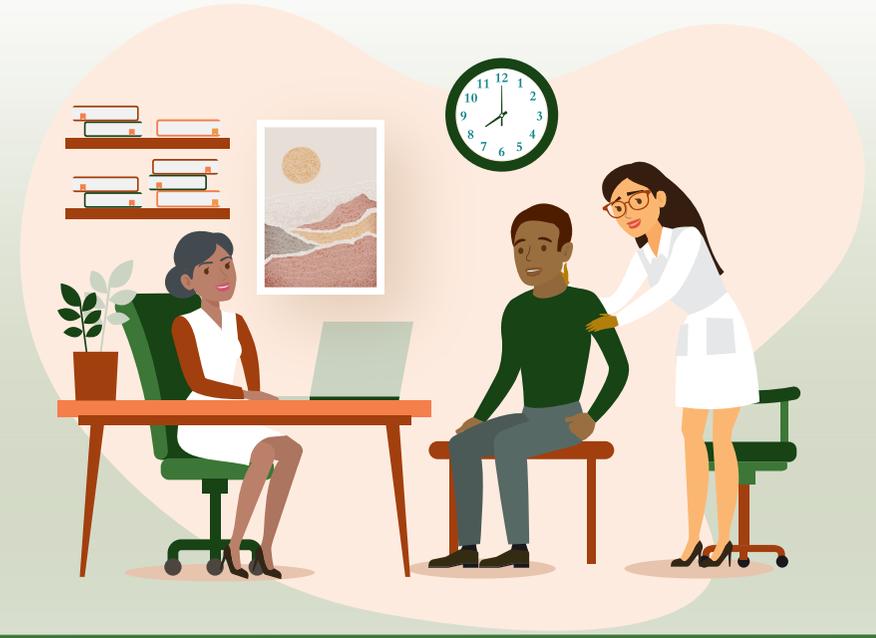
Autor

André de Oliveira Baldoni

Professor Adjunto da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), campus Divinópolis-MG. Graduado em Farmácia, modalidade Análises Clínicas, pela Universidade Federal de Alfenas-MG (UNIFAL-MG) em 2006. Mestrado (2010) e Doutorado (2013) em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FCFRP-USP) (2010), na área de Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica. Organizador das duas edições do livro *Farmacoterapia: Guia terapêutico de doenças mais prevalentes* (2013 e 2018). Orientador de mestrado e doutorado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFSJ. Atualmente é coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFSJ (2019-2021), membro da Sociedade Brasileira de Ciências Farmacêuticas (ABCF) e do "Brazil Chapter - International Society for Pharmacoepidemiology (ISPE)". Atua na área de Farmacoterapia, Assistência Farmacêutica, Farmácia Clínica, Cuidado Farmacêutico e Farmacoepidemiologia.

18

Aula



Método clínico: avaliação dos sinais e sintomas, dos resultados antropométricos e dos exames laboratoriais e complementares

Autor: Camilo Molino Guidoni

Ementa da aula



Esta aula aborda a avaliação dos sinais e sintomas, dos resultados antropométricos e dos exames laboratoriais e complementares para a avaliação do estado de saúde dos pacientes.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Entender a necessidade de avaliar os sinais e sintomas, os dados antropométricos, e dos exames laboratoriais e complementares na investigação do estado de saúde dos pacientes.

Na presente aula, abordaremos os problemas de saúde frente aos resultados antropométricos e aos exames laboratoriais e complementares na avaliação da saúde do paciente.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

O farmacêutico deve organizar as informações dos dados subjetivos (*Aula 14, do Módulo 3**) e objetivos (*Aula 15, do Módulo 3**) para conhecer o **‘estado de situação’** de seu paciente, ou seja, traçar a relação entre os problemas de saúde e os medicamentos numa determinada data, identificando os problemas relacionados à farmacoterapia do paciente. Trata-se de uma ferramenta que permite analisar a “fotografia do paciente” em um determinado período¹. Essa é uma importante etapa do raciocínio clínico, uma vez que o farmacêutico se prepara para delinear o plano de cuidado (intervenção).



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Glossário!

Conforme estudado na *Aula 11, do Módulo 3**, o **‘estado de situação’** seria a “obtenção de um panorama do estado de saúde e do tratamento do paciente em determinado momento, a fim de identificar, resolver e prevenir os problemas relacionados aos medicamentos”.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Refleta!

Mas qual seria a importância de o farmacêutico avaliar os sinais/sintomas, os dados antropométricos e os exames laboratoriais e complementares?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 3* podem ser acessadas no *vol. 3* desta mesma coleção, *Método clínico: acolhimento e coleta de dados*.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Você deve ter pensado que seria importante conhecer as condições de saúde de seu paciente e avaliar se existe algum problema de saúde. Isso mesmo, parabéns! Tecnicamente, poderíamos pensar que essas informações nos auxiliariam para:

- » Identificar possíveis problemas relacionados com a farmacoterapia referente à necessidade, ou seja, o paciente pode apresentar um problema de saúde ou uma condição não tratada. Exemplo: paciente com índice de massa corporal (IMC) de 32 kg/m², identificando-o com obesidade grau I.
- » Identificar possíveis problemas com a farmacoterapia referente à efetividade, ou seja, o paciente pode ter dificuldade de controlar a doença. Exemplo: paciente em uso de anti-hipertensivo, porém com medidas diárias consecutivas de pressão com valores de 160/90 mmHg, 162/94 mmHg, 160/88 mmHg, 162/92 mmHg, acima da meta terapêutica estabelecida para ele.
- » Identificar possíveis problemas relacionados com a farmacoterapia referente à segurança, ou seja, o paciente pode apresentar um efeito adverso ao tratamento. Exemplo: paciente que inicia o uso de Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) e relata tosse seca e persistente.
- » Identificar possíveis problemas relacionados com a farmacoterapia referente à adesão, ou seja, o paciente pode apresentar alterações orgânicas devido à falta de adesão. Exemplo: paciente em uso de antidiabético oral por 3 meses prescrito em dose máxima (prescrição de 3 comprimidos ao dia de 8 em 8 horas), com piora nos valores glicêmicos, acima da meta terapêutica estabelecida. Ao realizar a consulta farmacêutica, o paciente relata que faz o uso de um comprimido de 12 em 12 horas, logo após as principais refeições.

Perceba com quantas situações você se depara ao realizar as avaliações desses dados. A compreensão do raciocínio clínico lhe auxiliará na avaliação de seu paciente.

Reflita!

Mas como eu faço para analisar esses dados? Por onde eu começo? Onde eu consulto informações?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Vamos às respostas dessas perguntas? Para realizar a análise desses dados é importante que o farmacêutico conheça as metas terapêuticas para o tratamento de doenças, pois essas informações deverão ser correlacionadas com os dados coletados do paciente. Para isso, vamos trabalhar a sequência da aula com a seguinte divisão:

1

Sinais vitais

2

Sinais e sintomas

3

Dados antropométricos

4

Exames laboratoriais e complementares

Atenção!

Abordaremos os assuntos separadamente com finalidade didática. Mas lembre-se de que os processos de saúde e doença são dinâmicos, tendo interface com vários sinais e sintomas, dados antropométricos e exames laboratoriais e complementares.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Sinais vitais

O farmacêutico verifica essas informações no processo de semiologia farmacêutica. A verificação desses parâmetros pode ser o motivo que levou o paciente ao serviço farmacêutico ou pode fazer parte de uma avaliação global do paciente durante as consultas farmacêuticas de acompanhamento².



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Atenção!

Resgate os conceitos de metas terapêuticas e fontes de informação sobre medicamentos e problemas de saúde estudados nas *Aulas 7 e 8*, que compõem o *Módulo 2** deste curso.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Refleta!

Paciente LRP, 62 anos, sexo feminino, sem histórico familiar de doença cardiovascular, nega tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Sem doenças cardiovascular e renal estabelecidas, assim como não apresenta lesão em órgão-alvo. Possui diagnóstico de diabetes mellitus há seis anos. Atualmente faz uso de metformina, 1700 mg/dia (0/1/1). Na consulta farmacêutica são aferidos os sinais vitais e a glicemia capilar casual pós-prandial com os respectivos resultados:

- Glicemia capilar casual pós-prandial = 128 mg/dL;
- Pressão arterial³ = medida 1: 166/98 mmHg; medida 2: 170/96 mmHg;
- Frequência cardíaca: 65 bpm;
- Frequência respiratória: 15 rpm;
- Temperatura: 36,5 °C.

Observando os sinais vitais, a glicemia capilar e o estado de saúde da paciente, que hipóteses o farmacêutico pode formular?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no *vol. 2* desta mesma coleção, *Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico*.

Você deve ter pensado que o diabetes mellitus (DM) está controlado analisando a glicemia capilar casual (é claro que, para confirmar essa informação, seria importante ter acesso aos valores de glicemia de jejum e de hemoglobina glicada, além de estudar o protocolo terapêutico sobre diabetes mellitus) e que de forma geral a paciente encontra-se bem, exceto pelos níveis elevados da pressão arterial (PA), acima da meta terapêutica estabelecida pelo protocolo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica. Mas como reconhecer se os valores de PA estão elevados? É importante conhecer as diretrizes que estabelecem esses valores.

Como apresenta a Tabela 1, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)² considera alterados valores pressóricos maiores que 140 e 90 mmHg para sistólica e diastólica, respectivamente. Após essa reflexão, é possível confirmar que a paciente tem hipertensão arterial (HA)? Lembre-se de que o farmacêutico realiza rastreamento em saúde, e não diagnóstico. Além disso, lembre-se de que alteração de PA pode ser um sinal de outras condições clínicas (por exemplo: estresse) ou de reação adversa a medicamentos (por exemplo: eritropoietina, corticoides). Com a suspeita de alteração pressórica, o farmacêutico deve encaminhar o paciente ao médico para avaliação (vide exemplo no [Apêndice](#)).  Destaca-se que o aprofundamento da identificação e a classificação dos Problemas Relacionados a Farmacoterapia (PRF) serão realizados na *Aula 20* e o plano de cuidado na *Aula 21*, ambas as aulas compõem o *Módulo 5** deste curso.

Além da avaliação da PA, para chegar a conclusões sobre os sinais vitais da paciente, pedimos que você compare os resultados da paciente com os valores de referência descritos nos documentos científicos (Tabela 1).



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 5* podem ser acessadas no *vol. 5* desta mesma coleção, *Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas*.

Tabela 1. Valores de referência dos sinais vitais em adultos (> 18 anos)

Sinal vital*	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Classificação
Pressão arterial^{a,b}	≤ 120	≤ 80	Normal
	121-139	81-89	Pré-hipertensão
	140-159	90-99	Hipertensão Estágio 1
	160-179	100-109	Hipertensão Estágio 2
	≥ 180	≥ 110	Hipertensão Estágio 3
Frequência cardíaca	Pulso (bpm)		Classificação
	< 60		Bradycardia
	60 a 100		Normocardia
	> 100		Taquicardia
Temperatura	Temperatura axilar (°C)		Classificação
	37,2 a 37,5		Febre leve ou febrícula
	37,6 a 38,5		Febre moderada
	Maior que 38,6		Febre alta ou elevada
Frequência respiratória	Frequência respiratória (rpm)		Classificação
	<12		Bradipneico
	12 a 20		Eupneico
	> 20		Taquipneico
Dor	Escala de dor		Classificação
	Individual	Leve, moderada ou intensa	

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

^a Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

^b Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, devendo ser classificada em estágio 1, 2 e 3.

* Crianças apresentam valores diferentes. Consultar as informações técnicas nos documentos para essa faixa etária.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia³; Porto⁴.

Agora observe a continuação do histórico clínico da paciente após o diagnóstico de DM e HA e a prescrição dos medicamentos pelo médico da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Refleta!



Paciente LRP, 62 anos, sexo feminino, sem histórico familiar de doença cardiovascular, nega tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Sem doenças cardiovascular e renal estabelecidas, assim como não apresenta lesão em órgão-alvo. Altura de 1,54 m e peso de 50 kg. Apresenta hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 há dez e seis anos, respectivamente. Atualmente faz uso de captopril 100 mg/dia (2/1/1), hidroclorotiazida 25 mg/dia (1/0/0), metformina 1700 mg/dia (0/1/1). Na consulta farmacêutica são aferidos os sinais vitais e a glicemia capilar casual com os respectivos resultados:

- Glicemia capilar casual = 128 mg/dL;
- Pressão arterial³ = medida 1: 166/98 mmHg; medida 2: 170/96 mmHg;
- Frequência cardíaca: 65 bpm;
- Frequência respiratória: 15 rpm;
- Temperatura: 36,5 °C.

Observando os sinais vitais, a glicemia capilar casual e o estado de saúde da paciente, que hipóteses o farmacêutico pode formular?

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Novamente, você pode concluir que o DM está controlado analisando a glicemia capilar casual (é claro que para confirmar essa informação, seria importante ter acesso aos valores de glicemia de jejum e de hemoglobina glicada) e que de forma geral a paciente encontra-se bem, exceto pelos níveis elevados da pressão arterial. Mas como reconhecer se os valores de PA estão alterados? No exemplo anterior, você consultou os valores de referência para diagnóstico da HA da SBC³. Porém, agora a paciente tem o diagnóstico de HA. Logo, precisamos comparar a PA aferida da paciente com as metas terapêuticas descritas no documento da SBC³. Observe que a paciente tem valores de PA que classificam a HA em Estágio 2. Além disso, conforme os dados fornecidos no exemplo, a paciente não possui os fatores de risco cardiovascular na avaliação de risco adicional no hipertenso descritos pela SBC³, porém, há a presença de DM tipo 2.

Sendo assim, trata-se de uma paciente com HA Estágio 2 associado ao DM. Segundo a avaliação global para a estratificação de risco no paciente hipertenso, o qual leva em consideração os fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal, a paciente é classificada como de RISCO ALTO. Logo, ao identificar essa situação, observa-se que a meta pressórica será de PA < 130/80 mmHg (Tabela 2). Lembre-se de que as metas terapêuticas do tratamento da HA envolvem a redução dos valores de PA de acordo com os objetivos terapêuticos, redução da morbimortalidade cardiovascular e melhoria da qualidade de vida do paciente³.

Com relação à meta terapêutica, como trata-se de uma paciente com HA Estágio 2, recomenda-se o uso de dois anti-hipertensivos de classes terapêuticas diferentes, conforme indicado no protocolo. Porém, como também há o diagnóstico de DM, recomenda-se o uso de fármacos anti-hipertensivos que têm ação adicional de nefroproteção, uma vez que HA e DM são fatores de risco de lesão renal. Para isso, recomenda-se o uso, sempre que possível, de um iECA (por exemplo: captopril, enalapril) ou de um bloqueador dos receptores de angiotensina (BRA) (por exemplo: losartana), pois são fármacos nefroprotetores³. Observe que a paciente faz uso de um iECA (captopril) associado a um diurético

(hidroclorotiazida). Porém, a PA parece não estar controlada. Logo, o farmacêutico suspeitará de possíveis causas para este PRF, como não adesão, efetividade (dose inadequada), entre outras. Na *Aula 20*, o tema da identificação dos PRF será aprofundado.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Destaca-se que a decisão terapêutica para o tratamento da HA deve basear-se não apenas no nível da PA, mas considerar também fatores de risco (sexo, idade, histórico de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau, tabagismo, dislipidemia, resistência à insulina e obesidade), lesão em órgão-alvo (por exemplo: hipertrofia ventricular esquerda, doença renal crônica), doença cardiovascular estabelecida (por exemplo: doença cerebrovascular) e/ou DM. Sendo assim, as medidas não farmacológicas e farmacológicas serão estabelecidas ao analisar o valor da PA e os fatores de risco. Exemplos: (i) para pacientes com HA Estágio 1 e risco cardiovascular moderado ou baixo, recomenda-se inicialmente intervir na modificação do estilo de vida (MEV) e iniciar o uso de anti-hipertensivo caso os valores de PA não se normalizem após 3 a 6 meses de MEV; (ii) pacientes com HA Estágio 1 e alto risco cardiovascular devem iniciar o uso de dois fármacos anti-hipertensivos ao diagnóstico³.

Tabela 2. Objetivos terapêuticos da hipertensão arterial em adultos (> 18 anos)

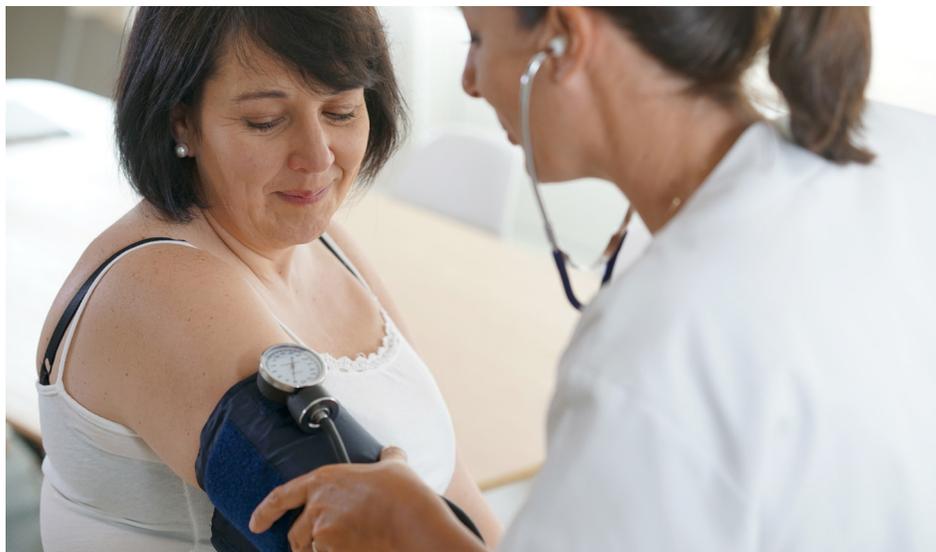
Sinal vital*	Categoria de HA	Objetivo terapêutico
Pressão arterial	Hipertensos estágios 1 e 2, com risco CV baixo e moderado e HA Estágio 3	PA < 140/90 mmHg
	Hipertensos estágios 1 e 2 com risco CV alto	PA < 130/80 mmHg**

HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; CV: cardiovascular.

*Crianças apresentam valores diferentes. Consultar as informações técnicas nos documentos para essa faixa etária.

**Para pacientes com doenças coronarianas, a pressão arterial não deve ficar < 120/70 mmHg, particularmente com a pressão diastólica abaixo de 60 mmHg pelo risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdia e eventos cardiovasculares.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Atenção!



Normalmente, os valores utilizados para o diagnóstico de uma doença são diferentes dos valores a serem atingidos nos objetivos terapêuticos.

Valores de referência: utilizados para diagnosticar um problema de saúde. Exemplo: International Normalised Ratio (INR) = 1,0.
 Objetivo terapêutico: valor considerado adequado para o controle de um determinado problema de saúde. Levam-se em consideração para definição desse valor as informações da gravidade da doença, idade e risco cardiovascular, por exemplo. Exemplo: Profilaxia e tratamento do tromboembolismo venoso, fibrilação atrial = INR-alvo entre 2,0 – 3,0; Próteses valvares metálicas em posição mitral ou tipo Star-Edwards, qualquer prótese metálica associada à fibrilação atrial e qualquer prótese metálica associada a evento tromboembólico na vigência de anticoagulação adequada = INR-alvo.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

É pertinente observar como a avaliação dos sinais vitais pode fornecer inúmeras informações ao farmacêutico. Por conseguinte, na Quadro 2 consta uma lista de aplicabilidade da avaliação dos sinais vitais no método de raciocínio clínico do farmacêutico.

Quadro 2. Aplicabilidade da avaliação dos sinais vitais no método de raciocínio clínico

Sinal vital	Aplicabilidade
Pressão arterial	<ul style="list-style-type: none"> avaliação da terapêutica da hipertensão arterial rastrear possíveis pacientes com hipertensão arterial hipotensão e pressão elevada podem ser efeitos adversos de medicamentos (eritropoietina e corticoides aumentam valores de PA) pressão arterial elevada pode indicar falha na efetividade dos anti-hipertensivos hipotensão pode indicar dose elevada do fármaco anti-hipertensivo hipotensão pode indicar associação desnecessária de anti-hipertensivo hipotensão pode indicar não adesão ao tratamento medicamentoso (paciente utiliza doses superiores às prescritas)
Frequência cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> avaliação da terapêutica da hipertensão e da insuficiência cardíaca bradicardia e taquicardia podem ser efeitos adversos de medicamento (exemplo: beta-bloqueadores causam bradicardia) taquicardia pode indicar um quadro infeccioso, sendo necessário o encaminhamento ao médico
Frequência respiratória	<ul style="list-style-type: none"> avaliação da terapêutica da asma, doença pulmonar obstrutiva crônica rastreamento de possíveis pacientes com problemas pulmonares (quadros asmáticos, infecciosos ou metabólicos) taquipneia pode indicar falha na efetividade dos medicamentos para o tratamento da asma alerta para encaminhamento ao médico
Temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"> avaliação da terapêutica do uso de antitérmicos avaliação da efetividade do uso de antibióticos alerta para encaminhamento ao médico hipertemia pode ser um efeito adverso a medicamentos
Dor	<ul style="list-style-type: none"> avaliação da terapêutica ao uso de analgésicos alerta para encaminhamento ao médico

Fonte: Adaptado de Correr e Otuki².



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Sinais e sintomas

Assim como os sinais vitais, os sinais e sintomas investigados nas consultas farmacêuticas são informações importantes para avaliação do estado de saúde do paciente, pois podem indicar um possível problema de saúde. Lembre-se de que na *Aula 14* você estudou técnicas para a coleta desses dados. Agora, é necessário interpretá-las, e nada melhor do que situações clínicas para ilustrar e nos fazer refletir sobre essas técnicas. Vamos lá!

Refleta!

Paciente VS, 22 anos, sexo feminino, universitária, inicia o uso de fluoxetina 20 mg (0/0/1) para tratamento da depressão em 08/09/2019. Informa que não tem outros problemas de saúde e que não faz uso de outros medicamentos. Tem uma alimentação saudável e faz atividade física regularmente. No atendimento farmacêutico, queixa-se de insônia desde 10/09/2019 e solicita ajuda para resolver o problema.

Considerando essas informações, que hipóteses o farmacêutico pode formular sobre o estado de saúde da paciente?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Você deve ter pensado na temporalidade do surgimento da insônia. É bem provável (causalidade) que esse sintoma esteja associado ao uso da fluoxetina. É isso mesmo, parabéns! É possível que este seja um problema de segurança quanto ao uso do medicamento. Consultando as fontes de informação sobre medicamentos, você verificará que a insônia é um efeito que acomete até 33% dos pacientes que fazem uso do medicamento.

Refleta!



Paciente JPA, 57 anos, sexo masculino, motorista de ônibus, casado, dois filhos, tem hipertensão arterial há 4 anos, a qual trata desde o início do diagnóstico com captopril - atualmente a dose utilizada é 75 mg/dia (1/1/1). Morador da região Sul do Brasil, o paciente retornou para a sua quarta consulta em 17/07/2019 tendo como queixa a tosse, a qual descreveu da seguinte maneira: “Tusso várias vezes ao dia. Começou meio seca, mas agora tenho cuspido uma secreção. Ela tem me incomodado muito, atrapalhando a realização do meu trabalho”.

- Pressão arterial³ = medida 1: 130/80 mmHg; medida 2: 132/80 mmHg;
- Frequência cardíaca: 70 bpm;
- Frequência respiratória: 18 rpm;
- Temperatura: 36,9 °C.

Considerando essas informações, que hipóteses o farmacêutico pode formular sobre o estado de saúde do paciente?

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Alguns devem ter associado a tosse ao uso do captopril. Outros associaram a tosse a um novo problema de saúde do paciente. Mas como saber qual hipótese é mais plausível? Considerando o contexto da queixa, como o tempo de uso do captopril (> 4 anos), a característica da tosse (produtiva) e o período do ano (inverno), passa a ser mais adequada a hipótese de um novo problema de saúde, originado no sistema respiratório (por exemplo: resfriado comum). Para chegar a essa suspeita, é importante que o farmacêutico conheça as fontes de informação para consulta sobre medicamentos e problemas de saúde (Quadro 3) e saiba correlacionar os dados subjetivos e objetivos coletados com a literatura científica. Esses temas foram estudados nas Aulas 7 e 8 que compõem o *Módulo 2** deste curso, portanto, caso seja necessário, resgate os conteúdos dessas aulas.

Sendo assim, livros de **patologia clínica, fisiopatologia e clínica médica** contêm conhecimentos básicos sobre os problemas de saúde. Os *guidelines* proporcionam informações insubstituíveis para aplicar conhecimentos clínicos à prática assistencial, no que se refere ao controle do problema de saúde. Os **manuals de terapêutica e livros de farmacoterapia** disponibilizam informações gerais sobre o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento do problema de saúde¹. Exemplos de fontes de informação online sobre medicamentos e problemas de saúde de estão listados no Quadro 3.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no vol. 2 desta mesma coleção, *Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico*.

Quadro 3. Fontes de informações online sobre medicamentos e problemas de saúde*

Identificação	Descrição	Acesso
Access medicine	Disponibiliza livros online, vídeos, calculadoras médicas e outros conteúdos	http://www.psbe.ufrn.br/
Dynamed	Ferramenta de referência clínica com respostas rápidas	http://www.psbe.ufrn.br/
Micromedex Drugs.com Medscape RxList	Ferramentas de referência clínica, cálculo de medicamento e interação medicamentosa	http://www.psbe.ufrn.br/ https://www.drugs.com/ https://www.medscape.com/ https://www.rxlist.com/script/main/hp.asp
PCDT	Os PCDT são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico do problema de saúde e o tratamento preconizado	http://www.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes
Guidelines e consensos**	Contém informações sobre os problemas de saúde, objetivo terapêutico e terapêutica	Diabetes: https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf Hipertensão: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.asp Insuficiência cardíaca: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2018/04_diretriz_ic_cronica_e_aguda.asp Dislipidemia: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.asp Asma: http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_suplemento.asp?id=88 Hipertireoidismo: http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n3/v57n3a06.pdf
Cadernos de Atenção Básica	Informações sobre o problema de saúde, tratamento e abordagem multiprofissional na atenção primária em saúde	https://saude.to.gov.br/atencao-primaria--/cadernos-da-atencao-basica/

PCDT: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

*Este quadro não esgota todas as fontes de informações. Existem inúmeras outras não listadas.

**Exemplos de doenças que possuem Consensos Brasileiros. Lembre-se de que existem os *guidelines* internacionais.

Fonte: Elaboração própria.

Agora é necessário compreender os sinais/sintomas apresentados, investigando a possibilidade de sua relação com um problema de saúde ou com o uso de um medicamento. No Quadro 4 estão descritos os sinais/sintomas comuns e sua possível relação com problemas de saúde ou com o uso de medicamentos, de acordo com cada órgão/sistema do corpo.

Quadro 4. Revisão de sinais/sintomas por sistemas e suas principais relações com problemas de saúde ou medicamentos

Órgão/Sistema	Sinais/Sintomas mais comuns	Relação com possíveis:	
		Problemas de saúde	Medicamentos
Sistema hepático	Abdome saliente, olhos ou pele amarelados, enzimas hepáticas alteradas	Hepatite, icterícia	Dano hepático por medicamento (ex: estatinas e valproato) Função hepática alterada pode exigir ajuste de dose ou contraindicar o uso de alguns medicamentos
Sistema renal	Alteração no hábito urinário, incontinência, urgência urinária à noite, ureia e creatinina alteradas, microalbuminúria	Diabetes mellitus, injúria renal	Função renal alterada pode exigir ajuste de dose ou substituição de alguns medicamentos (ex: antimicrobianos)
Sistema vascular periférico e equilíbrio eletrolítico	Edema, câimbra, dor nas pernas ao andar, alterações sanguíneas de eletrólitos	Arteriosclerose	Alguns medicamentos podem causar perda de eletrólitos (por exemplo: diuréticos) ou risco de trombose (por exemplo: contraceptivos) Edema (ex: bloqueadores de canais de cálcio) e desidratação podem afetar a farmacocinética, requerendo o ajuste de dose de alguns medicamentos
Sistema cardiovascular	Dor no peito, taquicardia, bradicardia, pressão alta e alterações lipídicas	Hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, dislipidemia	RAM: beta-agonista Falha terapêutica: anti-hipertensivos, antilipêmicos RAM: beta-bloqueadores podem causar bradicardia
Sistema respiratório	Dispneia, tosse, chiado no peito, respiração ofegante	Asma, doença do refluxo gastroesofágico, resfriado comum, infecção bacteriana	RAM: tosse por inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) Contraindicar o uso de beta-bloqueador não seletivo (por exemplo: propranolol)

(continua)

(continuação)

Órgão/Sistema	Sinais/Sintomas mais comuns	Relação com possíveis:	
		Problemas de saúde	Medicamentos
Sistema hematológico	Apatia, cansaço, sangramentos, discrasias sanguíneas	Anemia, trombose venosa	RAM ou dose excessiva de anticoagulante (ex: varfarina)
Sistema endócrino	Alteração glicêmica, alteração da tireoide	Diabetes mellitus, hipo ou hipertireoidismo	RAM: corticoide, diurético, amiodarona Falha terapêutica: antidiabéticos, levotiroxina
Sistema gastrointestinal	Náusea, vômito, dor abdominal, pirose, perda de apetite, obstipação, diarreia, mudança na cor das fezes	Doença do refluxo gastroesofágico, doença da úlcera péptica, gastrite, doença de Crohn, síndrome do intestino irritável	Podem afetar a absorção de medicamentos ou apresentar reação adversa a vários medicamentos (por exemplo: metformina)
Sistema neurológico	Tremores, vertigens, desequilíbrio, convulsões, esquecimento, paralisias	Epilepsia	RAM: metoclopramida, vasodilatadores
Sistema dermatológico e anexo	Mudanças de cor, lesões, secura, queda de cabelo, unhas quebradiças	Infecção fúngica, dermatite	RAM ou reações alérgicas (ex. bloqueadores de canais de cálcio causam hiperemia no terço distal das pernas)
Estado mental	Ansiedade, desorientação, mudanças na memória, alucinações, mudanças de humor	Ansiedade, depressão, Alzheimer, epilepsia	Pode ser afetado por antiepiléticos, antipsicóticos, antidepressivos

RAM: reação adversa a medicamento.

Fonte: Adaptado de Correr e Otuki²; Porto⁴.

Dados antropométricos

A avaliação dos dados antropométricos auxilia o profissional da saúde a estimar o grau de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares, DM tipo 2 e mortalidade por todas as causas. Entre essas medidas, o índice de massa corporal (IMC) e a circunferência abdominal são as medidas mais utilizadas no dia-a-dia. Vamos analisar o caso da paciente AAF descrita no box seguinte?

Refleta!

Paciente AAF, 45 anos, sexo feminino, brasileira, casada, primeiro grau incompleto, doméstica, reside em casa alugada de alvenaria em área urbana e tem renda mensal de meio salário mínimo. Faz uso de fluoxetina (20 mg/dia (0-0-1) para depressão) e alopurinol (100 mg/dia (1-0-0) para gota). Em consulta, relatou o ganho de 14 kg no último ano.

Dados antropométricos – peso corporal usual: 80 kg; peso corporal atual: 94 kg; estatura: 1,60 m; circunferência abdominal (CA): 109 cm.

Considerando essas informações, que hipóteses o farmacêutico pode formular ao analisar sobre o estado de saúde da paciente?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Você deve ter encontrado um IMC atual de 36,7 kg/m². Alguns também devem ter suspeitado que a circunferência abdominal (CA) está elevada. De acordo com as recomendações da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO)⁵, os valores de IMC e CA estão acima dos valores de referência. Ao analisar esses dados, o farmacêutico identifica que a paciente pode ser classificada com obesidade grau II, com o risco muito elevado de apresentar comorbidades como DM, doença cardiovascular e síndrome metabólica (Tabela 3). É possível também combinar o valor de IMC e CA, chegando à conclusão que a paciente (IMC ≥ 30,0 kg/m² e CA > 88 cm) está com o risco muito alto de complicações metabólicas (Tabela 4). Esse quadro poderia ser ainda mais grave se a paciente apresentasse como doenças de base HA e/ou DM, por exemplo. Sendo assim, a definição da terapêutica inicial e os ajustes necessários durante o tratamento devem levar em consideração a classificação de risco identificada para a paciente.

Um ponto a ser destacado é o ganho de peso inexplicado da paciente. Nas consultas farmacêuticas, o farmacêutico consegue correlacionar o uso de alguns medicamentos (por exemplo: glibenclâmida) ou problemas de saúde (por exemplo: hipotireoidismo, pós-menopausa, DM) ao ganho de peso. Em outros casos, por exemplo, a perda de peso inexplicada pode estar associada ao uso de alguns medicamentos (por exemplo: uso irracional de laxantes, orlistate, metformina) ou problemas de saúde (por exemplo: hipertireoidismo, depressão, insônia). Convém destacar que esse raciocínio clínico será útil para auxiliar o farmacêutico a identificar possíveis problemas e compreender as queixas do paciente, buscando alternativas para solucionar os problemas e definir as necessidades dos encaminhamentos a outros profissionais de saúde.

Tabela 3. Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC* para avaliar obesidade e risco para diabetes tipo 2 e doença cardiovascular

Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de comorbidades
Magro ou baixo peso	< 18,5	Normal ou elevado
Peso normal ou eutrófico	18,5 a 24,9	Normal
Sobrepeso ou pré-obeso	25,0 a 29,9	Pouco elevado
Obesidade I	30,0 a 34,9	Elevado
Obesidade II	35,0 a 39,9	Muito elevado
Obesidade III	≥ 40	Muitíssimo elevado

IMC: índice de massa corporal.

*Em idosos, o ponto de corte é diferente: IMC < 22 kg/m² (baixo peso), IMC > 22,0 e < 27,0 kg/m² (eutrófico) e > 27,0 kg/m² (sobrepeso).

Fonte: ABESO⁵; BRASIL⁶.

A associação da medida da CA com o IMC pode oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas (Tabela 4). Para o rastreamento com o objetivo de prevenção primária, o IMC é uma medida adequada. Deve-se aferir o peso e a estatura do paciente e calcular o IMC na primeira consulta e periodicamente⁵, com o objetivo de identificar possíveis alterações.

Tabela 4. Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC* para avaliar obesidade e risco para diabetes tipo 2 e doença cardiovascular

IMC (kg/m ²)	Circunferência abdominal (cm)				Risco de complicações metabólicas
	Homem		Mulher		
	94 a 102	> 102	80 a 88	> 88	
Baixo peso	< 18,5	-	-	-	-
Peso saudável	18,5 a 24,9	-	Aumentado	-	Aumentado
Sobrepeso	25,0 a 29,9	Aumentado	Alto	Aumentado	Alto
Obesidade	≥ 30,0	Alto	Muito Alto	Alto	Muito Alto

IMC: índice de massa corporal.

Fonte: ABESO⁷.

Perceba que a análise dos dados antropométricos auxilia o farmacêutico na prevenção primária para obesidade, na estimativa do risco de doenças cardiovasculares e DM, na identificação de efeitos adversos ao uso de fármacos, no rastreamento de possíveis problemas de saúde associados às alterações de peso e circunferência abdominal, assim como na análise da percepção corporal de alguns pacientes.

Como abordado até aqui, muitas são as variáveis utilizadas para se medir os resultados clínicos e, conseqüentemente, o estado de saúde do paciente. Estudamos sinais vitais, sinais/sintomas e dados antropométricos. Por fim, abordaremos os exames laboratoriais e complementares.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Exames laboratoriais e complementares

Vários são os exames laboratoriais e complementares utilizados na prática clínica. Para trabalharmos a aplicação prática dessa variável, abordaremos duas doenças crônicas não transmissíveis, altamente prevalentes e de grande importância para o cuidado na atenção básica em saúde. Para iniciar, vamos analisar o caso da senhora AOB?

Refleta!

Paciente AOB, 49 anos, sexo feminino, brasileira, nega tabagismo. Frequenta a UBS há três meses com queixas de poliúria e polidipsia. Relata que os sintomas começaram há mais de seis meses. Recentemente, também começou a apresentar sudorese noturna e ondas de calor durante o dia. Como queixa principal relata: “Estou indo ao banheiro muitas vezes ao dia, e isso está me incomodando muito. Nunca tive isso e comecei a apresentar esses sintomas há pouco tempo”.

Histórico de doenças: sem diagnóstico médico de doenças. Sem histórico familiar de doenças cardiovasculares. Fez uso de contraceptivos orais, mas interrompeu o uso há bastante tempo. Sem histórico de alergias.

Dados clínicos – pressão arterial: 130/80 mmHg; peso corporal: 68 kg; estatura: 1,58 m.

Dados de exames recentes: ureia sanguínea: 25 mg/dL; creatinina sérica: 1,1 mg/dL; glicemia de jejum: 180 mg/dL; hemoglobina glicada: 7,4%; HDL-C: 50 mg/dL; LDL-C: 96 mg/dL; triglicérides: 145 mg/dL; colesterol total: 179 mg/dL.

Considerando essas informações, que hipóteses o farmacêutico pode formular sobre o estado de saúde da paciente?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Você deve ter investigado e observado que a paciente apresenta um IMC elevado (27,2 kg/m² – sobrepeso), sintomas característicos de mulheres na menopausa (sudorese noturna e ondas de calor, associado à idade de 49 anos) e sintomas e alterações laboratoriais sugestivos de DM (poliúria e polidipsia, associado a alteração de glicemia de jejum e hemoglobina glicada). Parabéns, é isso mesmo! Além disso, a paciente apresenta PA, exames de função renal e lipidograma dentro dos valores de referência. Em relação ao DM, ao comparar o quadro clínico da paciente com os valores de referência para o DM, identifica-se que há alteração nos valores glicêmicos, sugestiva de DM tipo 2 (Tabela 5). Lembre-se de que o farmacêutico realiza rastreamento em saúde, e não diagnóstico, portanto, é necessário o encaminhamento do paciente ao médico para avaliação.

Tabela 5. Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e diabetes mellitus

Classificação	Jejum*	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose	Casual**	Hemoglobina glicada
Glicemia normal	< 100 mg/dL	< 140 mg/dL	-	< 5,7%
Pré-diabetes mellitus ou risco aumentado de diabetes mellitus	> 100 e < 126 mg/dL	≥ 140 e < 200 mg/dL	-	≥ 5,7 e < 6,5
Diabetes mellitus	≥ 126 mg/dL	≥ 200 mg/dL	> 200 mg/dL (com sintomas clássicos)***	≥ 6,5

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas.

**Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos são poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso.

Nota: O diagnóstico de diabetes mellitus deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de diabetes mellitus.

Fonte: SBD⁸; ADA⁹.

A paciente foi diagnosticada com DM tipo 2 pelo médico e este pretende iniciar o tratamento, o que poderíamos sugerir? Segundo a SBD⁸, para pacientes com manifestações leves + hemoglobina glicada < 7,5% (glicemia < 200 mg/dL + sintomas leves ou ausentes + ausência de outras doenças agudas concomitantes), recomenda-se iniciar a MEV associada ao uso em monoterapia de metformina. O primeiro retorno deve acontecer após 1 a 3 meses, dependendo das condições clínicas e laboratoriais do paciente, ou seja, o tratamento deve ser traçado de maneira individual. Após esse período, deve-se ajustar o tratamento caso os objetivos terapêuticos não sejam alcançados: glicemia de jejum e pré-prandial < 100 mg/dL + glicemia pós-prandial de 2 horas < 160-180 mg/dL + redução parcial e proporcional do nível de hemoglobina glicada⁸ (Tabela 6). Caso o paciente não atinja a meta terapêutica, o farmacêutico deve analisar os horários de administração do medicamento, a adesão ao tratamento medicamentoso, assim como a dose utilizada, antes de sugerir a adição de um segundo fármaco. Essa temática será abordada mais profundamente na *Aula 21* (plano de cuidado).

Tabela 6. Objetivos terapêuticos para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2

Parâmetro	Objetivo terapêutico	Níveis toleráveis
Hemoglobina glicada	< 7% em adultos. Entre 7,5% e 8,5% em idosos, dependendo do estado de saúde.	As metas devem ser individualizadas de acordo com: duração do diabetes; idade/expectativa de vida; comorbidades; doença cardiovascular; complicações microvasculares; hipoglicemia não percebida
Glicemia de jejum	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL
Glicemia pré-prandial	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL
Glicemia pós-prandial	< 160 mg/dL	< 180 mg/dL

Fonte: SBD⁸; ADA⁹.

Depois de um ano de acompanhamento da paciente AOB, tem-se a situação descrita a seguir:

Refleta!



Paciente AOB, 50 anos. Histórico de doenças: diabetes mellitus tipo 2 em tratamento com metformina 1700 mg/dia (0-1-1).

Dados clínicos – pressão arterial: 132/76 mmHg; peso corporal: 68 kg; estatura: 1,58 m.

Dados de exames recentes: Ureia sanguínea: 22 mg/dL; creatinina sérica: 1,0 mg/dL; glicemia de jejum: 126 mg/dL; hemoglobina glicada: 6,9%; HDL-C: 50 mg/dL; LDL-C: 162 mg/dL; triglicerídeos: 140 mg/dL; colesterol total: 240 mg/dL.

Considerando essas informações, que hipóteses o farmacêutico pode formular ao analisar o estado de saúde da paciente?

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Você deve ter investigado e observado que a paciente manteve o valor de IMC. Além disso, foram mantidos os valores pressóricos normais e houve controle dos parâmetros glicêmicos com MEV e uso de metformina. Porém, os parâmetros lipêmicos se alteraram em comparação aos valores anteriores. Será que a paciente tem dislipidemia? Novamente, lembre-se de que farmacêutico não realiza diagnóstico, porém pode contribuir no rastreamento de doenças. Para formular uma hipótese sobre o estado de saúde da paciente, lancemos mão da comparação dos resultados da paciente com os valores de referência (Tabela 7).

Tabela 7. Valores referenciais e de alvo terapêutico, conforme avaliação de risco cardiovascular estimado pelo médico solicitante do perfil lipídico para adultos com mais de 20 anos

Lípídeos	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Categorial referencial
Colesterol total	< 190	< 190	Desejável
HDL-c	> 40	> 40	Desejável
Triglicerídeos	< 150	< 175	Desejável
Categoria de risco			
LDL-c	< 130	< 130	Baixo
	< 100	< 100	Intermediário
	< 70	< 70	Alto
	< 50	< 50	Muito alto
Não HDL-c	< 160	< 160	Baixo
	< 130	< 130	Intermediário
	< 100	< 100	Alto
	< 80	< 80	Muito alto

LDL-c: lipoproteína de baixa densidade; Não HDL-c: lipoproteína de alta densidade.

Fonte: SBC¹⁰.

Observe que a paciente tem nível elevado de colesterol total e LDL-c. Logo, suspeita-se que AOB apresente um aumento isolado do LDL-c (LDL-c \geq 160 mg/dL), o que sugere hipercolesterolemia isolada. Caso confirmado o diagnóstico por um médico, como poderia ser o tratamento? Antes de pensarmos no medicamento, é necessário estimar o risco cardiovascular da paciente, pois assim será possível definir a terapêutica e o objetivo terapêutico. Segundo a SBC10, esta paciente encontra-se classificada no RISCO INTERMEDIÁRIO, pois apresenta DM tipo 2, porém sem a presença de Estratificadores de Risco (ER) ou de Doença Aterosclerótica Subclínica (DASC).

Atenção!

Essa classificação do risco cardiovascular também pode ser realizada no site [Calculadora para estratificação de risco cardiovascular](#). 



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Após conhecer o risco no qual a paciente está inserida, passamos a definir o objetivo terapêutico e o tratamento. Como esta paciente não faz uso de estatina, iniciará o tratamento medicamentoso mais a MEV. Recomenda-se uma redução de 30 a 50% no LDC-c. Porém, caso a paciente estivesse utilizando uma estatina e estivéssemos em reavaliação da paciente, o objetivo terapêutico seria LDL-c < 100 mg/dL e Não-HDL-c < 130 mg/dL (Tabela 8).

Tabela 8. Objetivos terapêuticos absolutos e redução percentual do colesterol LDL-c e do colesterol Não HDL-c para pacientes com ou sem uso de estatinas

Risco	Sem uso de estatinas		Com o uso de estatinas
	Redução (%)	Objetivo terapêutico LDL-c (mg/dL)	Objetivo terapêutico não HDL-c (mg/dL)
Muito alto	> 50	< 50	< 80
Alto	> 50	< 70	< 100
Intermediário	30-50	< 100	< 130
Baixo	> 30	< 130	< 160

LDL-c: lipoproteína de baixa densidade; Não HDL-c: lipoproteína de alta densidade.

Fonte: SBC¹⁰.

Considerando os objetivos terapêuticos da paciente AOB, precisamos contribuir na definição do tratamento. Lembre-se de que na hipercolesterolemia isolada, o tratamento envolve a MEV associada ao uso de uma estatina. Na escolha do medicamento deve-se levar em consideração a questão socioeconômica da paciente (*Aula 17*), a disponibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS), a capacidade de redução do LDL-c, o risco de reação adversa, a facilidade posológica (facilitando a adesão) e a preferência do paciente. Levando em consideração estes fatores, a Tabela 9 resume a intensidade hipolipemiante das estatinas.

Para a paciente AOB, observando a intensidade hipolipemiante, a escolha terapêutica poderia ser lovastatina 40 mg/dia, sinvastatina 20-40 mg/dia, pravastatina 40-80 mg/dia, fluvastatina 80 mg/dia, pitavastatina 2-4 mg/dia, atorvastatina 10-20 mg/dia ou rosuvastatina 5-10 mg/dia. Para indivíduos de risco cardiovascular intermediário, sempre que possível e tolerado, deve-se dar preferência para o uso de estatina de intensidade pelo menos moderada¹⁰.

Tabela 9. Intensidade do tratamento hipolipemiante

	Baixa	Moderada	Alta
Redução de LDL-c esperada com dose diária (%)	< 30	30-50	≥ 50
Exemplos: doses diárias (mg)	Lovastatina 20 Sinvastatina 10 Pravastatina 10-20 Fluvastatina 20-40 Pitavastatina 1	Lovastatina 40 Sinvastatina 20-40 Pravastatina 40-80 Fluvastatina 80 Pitavastatina 2-4 Atorvastatina 10-20 Rosuvastatina 5-10	Atorvastatina 40-80 Rosuvastatina 20-40 Sinvastatina 40/ezetimiba 10

LDL-c: lipoproteína de baixa densidade.

Fonte: SBC¹⁰.

Com estas duas doenças, nota-se a importância do conhecimento do farmacêutico quanto aos valores de referência e de objetivos terapêuticos, sendo necessária a aplicação dessas informações ao analisar os valores dos exames laboratoriais e complementares no raciocínio clínico.

Estamos chegando ao final desta aula. Esperamos que tenham entendido a necessidade de avaliar os sinais/sintomas, os dados antropométricos e os exames laboratoriais e complementares na investigação do estado de saúde dos pacientes, assim como visualizado a aplicação desta análise no raciocínio clínico.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Síntese da Aula

O conteúdo desta aula, que aborda a avaliação dos sinais e sintomas, dos resultados antropométricos e dos exames laboratoriais e complementares para a avaliação do estado de saúde dos pacientes, subsidia o farmacêutico a realizar o raciocínio clínico no atendimento dos pacientes.

Por meio da análise dessas informações, é possível identificar possíveis problemas com a farmacoterapia, referentes à necessidade, à efetividade, à segurança e à adesão, tema que será aprofundado na *Aula 20 (Módulo 5)* e que contribuirá para a definição do plano de cuidado (tema que será aprofundado na *Aula 21 do Módulo 5*). Para realizar a análise dos sinais e sintomas, dos resultados antropométricos, dos exames laboratoriais e complementares para a avaliação do estado de saúde dos usuários, o farmacêutico deve conhecer as fontes de informações em saúde, correlacionando as características clínicas do paciente (idade, sexo, doenças, medicamentos, risco cardiovascular e outras) com os valores de referência ou de objetivo terapêutico.

Referências

1. Hernández DS, Castro MMS, Dáder MJF. Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. 3ª ed. Versão em português. Alfenas: Editora Universidade Federal de Alfenas; 2014.
2. Correr CJ, Otuki MF. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2016 [acesso 10 set. 2019];107(3):1-103. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.
4. Porto CC. Semiologia médica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
5. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4ª ed. São Paulo: ABESO; 2016 [acesso 02 nov. 2020]. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
7. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade. Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso. Posicionamento Oficial da ABESO/SBEM – 2010 [acesso 02 nov. 2020]. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Atualizacao-das-Diretrizes.pdf>.

8. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Posicionamento Oficial SBD nº 01/2019. Conduta Terapêutica no Diabetes tipo 2: algoritmo SBD 2019, 2019. [acesso 10 set. 2019]. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/sbd_dm2_2019_2.pdf.
9. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes – 2019. Diabetes Care. 2019 [acesso 10 set. 2019];42(1):S1-193. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1.
10. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2017 [acesso 15 set. 2019];109(1):1-90. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf.

Apêndice

Exemplo de formulário de encaminhamento de paciente em acompanhamento em um serviço de cuidado farmacêutico clínico.

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
Rua, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone, CNPJ	
ENCAMINHAMENTO	
Ao Dr. Brasil de Portugal	
Prezado:	
Encaminho a paciente LRP, 62 anos, diagnosticada com diabetes mellitus há 6 anos em uso de metformina 1700 mg (0/1/1). Em acompanhamento no serviço de cuidados farmacêuticos, a paciente apresentou valores pressóricos alterados [medida 1: 166/98 mmHg; medida 2: 170/96 mmHg na data de 12/09/2019]. Medidas anteriores também estavam alteradas:	
10/09 = 164/98 mmHg	
11/09 = 166/96 mmHg	
Dessa forma, encaminho-a para avaliação destes valores pressóricos alterados.	
À disposição para qualquer esclarecimento.	
Atenciosamente,	
Londrina, 12 de setembro de 2019.	
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Assinatura CRF e carimbo do profissional	

Fonte: Elaboração própria.

Autor

Camilo Molino Guidoni

Farmacêutico-Bioquímico pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Mestre e Doutor em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP/USP). Professor adjunto D da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Coordenador do CIATox-Londrina. Orientador do programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, e em Saúde Coletiva da UEL. Orientador do curso de mestrado profissionalizante em Assistência Farmacêutica da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Organizador do Livro Farmacoterapia: guia terapêutico de doenças mais prevalente. Experiência na área de farmacoterapia baseada em evidências, serviços farmacêuticos clínicos, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e toxicologia clínica.

109

Aula



Método clínico: identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia

Autor: Leonardo Régis Leira Pereira



Ementa da aula



Esta aula aborda a identificação de problemas relacionados ao uso de medicamentos e suas causas, com base numa avaliação sistemática da indicação, efetividade, segurança e adesão.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Identificar os problemas reais e potenciais relacionados ao uso de medicamentos.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

Esperamos que você esteja aproveitando bastante as aulas apresentadas. Esta é a última aula do *Módulo 4*. Nesse módulo, abordamos a importância da avaliação no contexto do método clínico. Após o acolhimento e a coleta dos dados subjetivos e objetivos, é fundamental realizar uma avaliação adequada, buscando identificar os problemas, reais ou potenciais, relacionados à farmacoterapia. Isso possibilita ao farmacêutico desenvolver uma consulta farmacêutica completa e que seja resolutiva, pois, além de identificar os problemas, o profissional poderá encaminhar tanto a resolução quanto a prevenção dessas doenças na elaboração do plano de cuidado, ao final do atendimento.

Nesta aula discutiremos, especificamente, sobre como identificar, solucionar e prevenir os problemas relacionados à farmacoterapia, bem como a importância da identificação desses problemas para a elaboração de uma estratégia para propor uma solução eficaz no plano de cuidado, com o objetivo de favorecer o controle do problema de saúde do paciente. Convém destacar que nesta aula utilizaremos vários conceitos que foram discutidos em aulas anteriores do curso, sendo assim, haverá momentos que será necessário rever algum conteúdo para compreender o que está sendo discutido, portanto, será indicado ao longo do texto qual aula você precisará retomar para acessar tal informação. Bons estudos!



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Problemas relacionados ao uso de medicamentos: construção histórica e conceito

Na *Aula 4*, do *Módulo 1**, discutimos sobre como o processo de medicalização da sociedade promoveu o surgimento da Farmácia Clínica, em meados do século XX. Na oportunidade, observamos que o surgimento da indústria farmacêutica, que estimulou a produção em larga escala dos medicamentos, favoreceu a maior oferta desses insumos e a consequente redução dos preços. Esses fatores, aliados aos sistemas de regulação sanitária, ainda imaturos à época, à permissividade da propaganda maciça das indústrias farmacêuticas e à ampliação da comercialização e do acesso aos medicamentos, estimulou a medicalização da sociedade, que por sua vez favoreceu o surgimento da morbimortalidade relacionada a medicamentos (MRM). Em adição, ainda pode-se destacar a sensação coletiva de que os medicamentos seriam as “pílulas mágicas” que resolveriam todos os problemas.



É hora de resgatar alguns conhecimentos...

Releia o conteúdo da *Aula 4*, do *Módulo 1**, e relembre a importância da Morbimortalidade Relacionada a Medicamentos no surgimento da Farmácia Clínica.
Boa leitura!

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no *vol. 1* desta mesma coleção, *O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde*.

Essa situação mostrou aos profissionais de saúde que, apesar dos medicamentos serem considerados uma ferramenta importante e bastante custo-efetiva para o controle dos principais problemas de saúde, quando utilizados de forma inadequada, podem causar sérios problemas à saúde das pessoas e, conseqüentemente, impondo novas intervenções e elevação dos custos econômicos aos sistemas de saúde. Dessa forma, o farmacêutico conquistou espaço dentro da equipe de saúde, mostrando que esse profissional poderia assumir responsabilidades e auxiliar de forma definitiva na utilização racional dos medicamentos, principalmente identificando, prevenindo e solucionando os problemas relacionados à farmacoterapia.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Ao resgatar os conhecimentos da *Aula 4*, certamente você recordou que as transformações que ocorreram nos sistemas de saúde estimularam a formação de um sistema sanitário baseado na Atenção Básica, em detrimento de um modelo hospitalocêntrico. Esse fato trouxe novos desafios aos farmacêuticos clínicos, estimulando esses profissionais a ocuparem novos locais de trabalho nesses novos níveis de atenção. Nesse contexto, surge o Cuidado Farmacêutico, que neste curso definimos como:

“Um conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde, com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação, incluindo não só a dimensão clínico-assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde”*.

Observando a definição citada anteriormente, percebe-se que os farmacêuticos assumem as responsabilidades voltadas ao atendimento individualizado ou coletivo das pessoas que utilizam os medicamentos, desde a dispensação até o acompanhamento farmacoterapêutico, realizando a Gestão do Cuidado desses usuários. Para isso, torna-se fundamental dominar o método clínico para aplicá-lo de forma adequada durante a consulta farmacêutica e, conseqüentemente, compreender os problemas relacionados à farmacoterapia, para identificá-los, classificá-los e resolvê-los de forma adequada, reduzindo o risco de MRM, favorecendo o controle dos problemas de saúde das pessoas atendidas.

Com o intuito de sistematizar o Cuidado Farmacêutico, desde as últimas décadas do século XX, pesquisadores da área de Farmácia iniciaram discussões para definirem conceitos e uma classificação em torno dos Problemas Relacionados à Farmacoterapia. Ao estudar a *Aula 11*, do *Módulo 3***, você deve ter percebido que há vários métodos de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, sendo o *Pharmacotherapy Workup* (PW)¹ e o Método Dáder os dois mais conhecidos aqui no Brasil. Entretanto, neste curso, abordamos o método clínico de forma mais simples estimulando-o a desenvolver o raciocínio clínico de maneira didática, sem prender-se a modelos que foram criados em outros países.

***Nota do editor:** Conceitos definidos na 1ª Oficina de Alinhamento Conceitual do projeto Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde, realizada em outubro de 2018, em Brasília/DF. Reuniram-se especialistas, equipe do projeto e Grupo Executivo - composto por representantes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, CONASEMS e Ministério da Saúde - com o objetivo de discutir temas importantes e controversos que envolvem a Assistência Farmacêutica e a Atenção Básica e definir a abordagem conceitual a ser utilizada nos cursos do projeto.

****Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 3* podem ser acessadas no *vol. 3* desta mesma coleção, *Método clínico: acolhimento e coleta de dados*.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Diante dessa realidade, diversos grupos de pesquisa se formaram com o intuito de estudar o Cuidado Farmacêutico no Brasil e no mundo, o que, por outro lado, torna muito difícil termos uma uniformidade de conceitos sobre o tema. Em relação aos Problemas Relacionados à Farmacoterapia, também ocorre a mesma situação, existem nomenclaturas distintas, que com certeza você já deve ter ouvido ou lido em algum momento da sua vida profissional, tais como: Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), Problemas Farmacoterapêuticos, Resultados Negativos a Medicamentos (RNM), entre outros. Assim, neste curso optamos por utilizar o termo Problemas Relacionados à Farmacoterapia, ou PRF em sua forma abreviada.

A escolha pelo referido termo pode ser justificada pelo fato de ter uma característica mais ampla, pois, conforme o **Apêndice** disponível na *Aula 12, do Módulo 3**, observa-se que existem vários domínios que podem originar problemas em relação à utilização inadequada de medicamentos, desde a indicação ou necessidade até a adesão, passando pela efetividade e segurança. Sendo assim, caberá aos farmacêuticos, durante a aplicação do método clínico na consulta farmacêutica, aplicar as estratégias propostas neste curso para identificar, solucionar e prevenir esses problemas, ou ao menos minimizar a possibilidade dessas causas interferirem nos desfechos em saúde.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 3* podem ser acessadas no *vol. 3* desta mesma coleção, *Método clínico: acolhimento e coleta de dados*.



Que tal rever as *Aulas 11 e 12, do Módulo 3?*

Nelas você poderá relembrar alguns conceitos importantes sobre os métodos de acompanhamento farmacoterapêutico e problemas relacionados à farmacoterapia, que serão úteis para a compreensão desta aula.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Segundo Cipolle et al., PRF pode ser definido como “qualquer evento indesejável apresentado pelo paciente que envolve ou suspeita-se que tenha sido causado pelo medicamento e que realmente ou possivelmente interfere em uma evolução desejada do paciente” (p. 85)². Com base nessa definição, podem ser considerados PRF: utilização de medicamentos sem indicação, interações medicamentosas, dosagem subterapêutica ou acima da terapêutica, reações adversas aos medicamentos, não adesão ao tratamento, falha terapêutica devido à utilização inadequada, erros de prescrição, dificuldades de acesso ao medicamento prescrito, uso de medicamentos não recomendados (para diferente faixa etária, por exemplo), respostas terapêuticas inadequadas devido à alterações fisiológicas dos pacientes, uso excessivo de medicamentos (como polifarmácia, uso de cinco ou mais medicamentos concomitantes), restrições de uso devido à atividade laboral, entre outros³. Para facilitar o entendimento sobre esse tema, discutiremos a seguir a classificação dos PRF.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Classificação dos Problemas Relacionados à Farmacoterapia

Além das divergências relacionadas ao termo Problema Relacionado à Farmacoterapia, também encontramos na literatura várias classificações de PRF. Como vimos na *Aula 11*, o método PW e o método Dáder apresentam classificações distintas. O método PW recomenda que seja utilizado o termo Problemas Relacionados à Farmacoterapia e os classifica em necessidade, efetividade, segurança e adesão; ao passo que o método Dáder sugere os termos Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) e Resultados Negativos aos Medicamentos (RNM), classificando este último em necessidade, efetividade e segurança⁴.

A classificação dos PRF é importante para auxiliar na organização do processo cognitivo e conseqüentemente na identificação do PRF. Dessa forma, neste curso propomos a normatização e classificação dos PRF em quatro categorias, a saber: **necessidade, efetividade, segurança e adesão**. Para facilitar o entendimento, a avaliação dos PRF deve sempre manter essa ordem de investigação, e a adesão ao tratamento pode ser considerada transversal à efetividade e à segurança, mas sempre subordinada à necessidade/indicação terapêutica. Na seção *Identificação, resolução e prevenção dos PRF (reais e/ou potenciais)* retomaremos essa questão de forma mais detalhada.



Os Problemas Relacionados à Farmacoterapia são classificados em:

1. Necessidade;
2. Efetividade;
3. Segurança;
4. Adesão.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Descrevemos a seguir cada uma dessas categorias para que se torne mais fácil a compreensão na identificação desses problemas no contexto do Cuidado Farmacêutico.

1

Necessidade/Indicação: nessa categoria, cabe ao farmacêutico avaliar se o medicamento que foi prescrito ao paciente é realmente necessário/indicado para o tratamento do problema de saúde, ou ainda se o paciente necessita de um medicamento para tratar um problema de saúde e que ainda não foi prescrito ou indicado até o momento (condição não tratada).

Apresentamos dois exemplos que podem ilustrar tais situações:

Exemplo 1:

Durante a consulta farmacêutica, o profissional percebe que o paciente está utilizando medicamentos que foram prescritos por dois médicos distintos: o médico de família da Unidade Básica de Saúde e o cardiologista, que atende o paciente na atenção especializada. Ao confrontar as prescrições para realizar a Revisão da Farmacoterapia o farmacêutico identifica que o paciente possui a prescrição de captopril em uma das receitas e de enalapril na outra receita, o que reflete a duplicidade terapêutica.

Exemplo 2:

Durante a consulta farmacêutica, o profissional identifica que o paciente possui diagnóstico de dislipidemia confirmado há dois anos. Além disso, observa que os exames laboratoriais recentes mostram que o perfil lipídico do paciente está alterado, incluindo colesterol total e frações bem acima da meta terapêutica estabelecida pelo protocolo. No entanto, o farmacêutico não identifica nenhuma prescrição contendo fármacos para tratar esse problema de saúde, o que se configura numa condição não tratada.



Efetividade: nessa categoria, cabe ao farmacêutico avaliar se o paciente está conseguindo controlar o problema de saúde que apresenta. Assim, é necessário buscar respostas na literatura científica (sugeridas nas *Aulas 7 e 8, do Módulo 2**), bem como em protocolos terapêuticos (*Aula 18*) para afirmar com segurança se a resposta terapêutica apresentada pelo paciente está ou não adequada, e conseqüentemente definir se o problema de saúde está sendo controlado ou não. Antes de afirmar que se trata de um problema de efetividade, o farmacêutico precisa excluir a possibilidade de não adesão ao tratamento, intencional ou não intencional (*Aula 16, do Módulo 3*). Voltaremos a discutir o tema relacionado à não adesão ao tratamento proposto mais adiante, ainda nesta aula.

Observe os exemplos a seguir que ilustram dois PRF que podem ser classificados como efetividade.

Exemplo 1:

Durante a consulta, o farmacêutico observa que os valores da Razão de Normatização Internacional (RNI) de um paciente que utiliza varfarina, diariamente, há cerca de dois meses, para a prevenção primária de tromboembolismo venoso, estão acima do recomendado no protocolo terapêutico de anticoagulação. Durante a coleta dos dados subjetivos o paciente relata que nas últimas semanas iniciou o consumo diário de chá preto, conforme sugestão de um vizinho. Diante desse relato, o farmacêutico identifica um problema de efetividade causado pela interação entre medicamento e alimento.

Exemplo 2:

Durante a aplicação do método clínico, o farmacêutico observa, pelos dados coletados durante a consulta e pela avaliação dos exames laboratoriais recentes no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que o valor de TSH do paciente está acima da meta terapêutica sugerida pelo protocolo terapêutico de hipotireoidismo, enquanto o valor de T4 está abaixo da meta terapêutica. Após afastar um possível problema de adesão ao tratamento e/ou utilização inadequada da levotiroxina, o farmacêutico identifica um problema de efetividade, pois estava prescrito ao paciente uma dose inferior à recomendada no protocolo, que deve ser entre 1,6 e 1,8 mcg/kg/dia.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no *vol. 2* desta mesma coleção, *Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico*.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

3

Segurança: nessa categoria, cabe ao farmacêutico avaliar a presença de reações adversas aos medicamentos (RAM) junto aos pacientes, sejam elas reais, sejam potenciais. A identificação de problemas de segurança é importante, pois as RAM são bastante comuns na prática clínica, e sua presença interfere de forma negativa na adesão ao tratamento e conseqüentemente no controle dos problemas de saúde, além de potencializar o surgimento de MRM.

Observe os dois exemplos a seguir que ilustram os PRF classificados como segurança.

Exemplo 1:

Durante a consulta farmacêutica na Atenção Básica, a cuidadora (mãe) de uma criança relata ao farmacêutico que na última consulta com o neurologista, há uma semana, o médico, além de manter a carbamazepina, que a mãe retira todos os meses na farmácia da UBS, adicionou ao tratamento o medicamento lamotrigina, conforme a prescrição medicamentosa apresentada pela mãe da criança, pois seu filho apresentava aumento no número das crises epilêpticas. Ao realizar a avaliação da prescrição o farmacêutico observa que a prescrição da lamotrigina não estava respeitando o escalonamento da dose conforme preconizado pelo protocolo terapêutico, e que essa situação poderia ocasionar uma reação adversa dermatológica na criança. Assim, o farmacêutico classifica o não escalonamento da dose da lamotrigina como um potencial problema de segurança.

Exemplo 2:

Durante o atendimento, o paciente relata à farmacêutica que aceitou participar do serviço de Cuidado Farmacêutico porque era uma oportunidade de entender melhor sobre o medicamento que utilizava para tratar o diabetes. Na anamnese a farmacêutica evidencia que o paciente utilizava metformina, três vezes ao dia, há uma semana, conforme prescrição médica recente. Entretanto, o paciente relata a ocorrência de diarreia nos últimos cinco dias. Diante do relato, a farmacêutica exclui as demais possibilidades que poderiam estar causando a diarreia e classificou o PRF como segurança.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

4

Adesão: nessa categoria, cabe ao farmacêutico investigar se o paciente atendido está sendo aderente ao tratamento prescrito. Como a adesão representa um comportamento e pode ser considerada multifatorial, esse problema relacionado à farmacoterapia tende a ser o mais difícil de ser identificado, principalmente porque depende da combinação de informações subjetivas e objetivas para sua confirmação e, muitas vezes, dos relatos dos pacientes. Geralmente, a não adesão é a causa de um problema de efetividade, por isso é importante investigar a não adesão quando o farmacêutico se depara com um problema de efetividade. Diante da complexidade desse tema, sugerimos que você reveja os conhecimentos apresentados na *Aula 16*, lembrando que naquela aula são apresentados conceitos e instrumentos que podem auxiliar na identificação dos PRF classificados como não adesão ao tratamento farmacológico proposto.

Observe o exemplo a seguir que ilustra essa situação.

Exemplo 1:

Na consulta farmacêutica, quando o farmacêutico aplica um instrumento para avaliar o conhecimento e a adesão ao tratamento de um paciente, que tem diagnóstico de asma há nove anos, ele evidencia que o paciente apresenta dificuldades para utilizar de forma adequada o dispositivo inalatório. Além disso, ainda durante a anamnese, o paciente deixa claro que não utiliza o medicamento da forma que foi prescrita pelo médico da UBS. Na avaliação, o farmacêutico observa ainda que o paciente apresentou vários episódios de agudização, principalmente nos últimos três meses, que coincidiram com o inverno, e o paciente relata que durante os episódios precisava se dirigir à Unidade de Pronto Atendimento para controlar os sintomas. Diante desse contexto, o farmacêutico evidenciou o problema de adesão ao tratamento.

Agora que você conhece as quatro categorias dos Problemas Relacionados à Farmacoterapia, note que classificar esses problemas não é complicado, ao contrário, é algo intuitivo e que se torna mais fácil quando o farmacêutico está preparado, ou seja, quando consegue aplicar o método clínico de forma completa e adequada, obtendo todos os dados subjetivos e objetivos na anamnese.

Contudo, em alguns momentos dentro do contexto do Cuidado Farmacêutico, pode ser que você se depare com algumas situações em que não será possível avaliar se o paciente atendido apresenta o problema de saúde controlado ou não, devido à ausência de informações atuais e confiáveis, tais como frequência de consultas médicas e/ou exames laboratoriais recentes. Nesses casos, não se desespere, pois o farmacêutico pode encaminhar a solução desse problema dentro da sua autonomia. Trataremos desse assunto de forma mais aprofundada no *Módulo 5**, quando discutiremos a elaboração do plano terapêutico.

*Nota do editor: Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 4* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 5* podem ser acessadas no vol. 5 desta mesma coleção, *Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas*.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

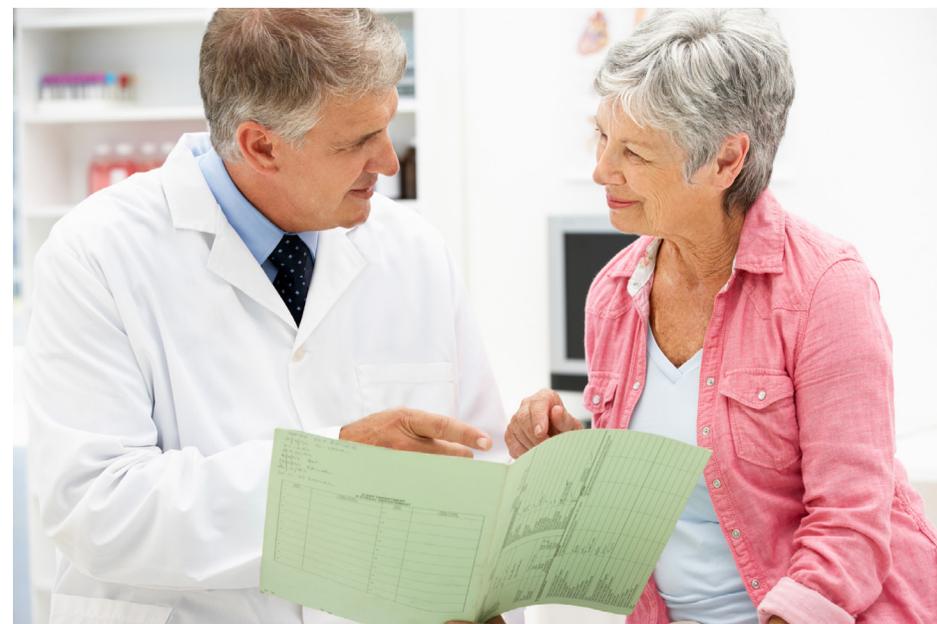
Identificação, resolução e prevenção dos PRF (reais e/ou potenciais)

Que tal a partir desse momento avaliar um caso clínico? Vamos aproveitar para discutir e pensar um pouco na classificação dos PRF? Então vamos para a prática!

Acompanhe o caso do exemplo a seguir:

A paciente Maria José da Silva estava retirando seus medicamentos na Farmácia da UBS, quando Carlos, auxiliar de farmacêutico, observou que a paciente se negava a receber o medicamento captopril, alegando que ainda tinha comprimidos em sua casa. Nesse momento, Carlos informou Dona Maria José que a farmacêutica Ana estava desenvolvendo um novo trabalho, chamado Cuidado Farmacêutico, e que Dona Maria José poderia se beneficiar muito se aceitasse participar. A paciente aceitou o convite e então Carlos chamou Ana para conversar com ela.

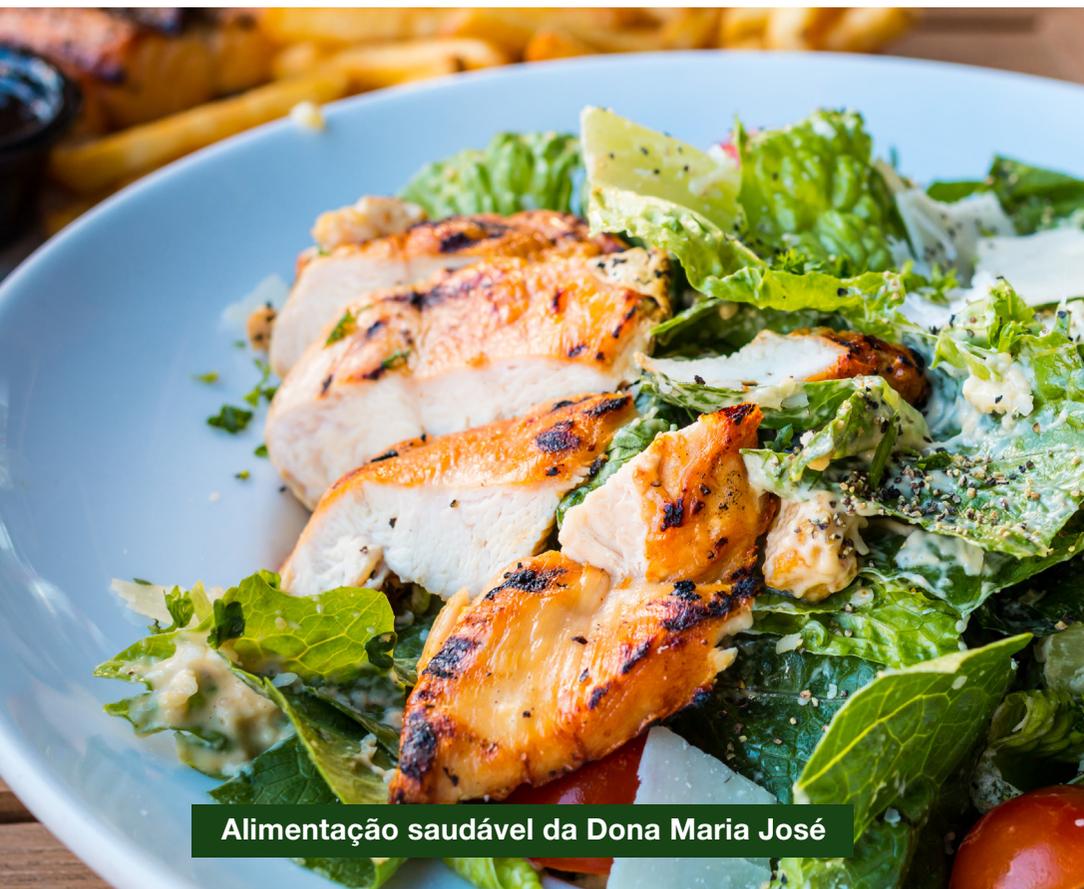
A farmacêutica convidou Dona Maria José a acompanhá-la até um consultório. Chegando lá, a acolheu e pediu para que ficasse à vontade e bem acomodada. Ana explicou de forma detalhada o que é e quais são os objetivos do serviço de Cuidado Farmacêutico. Além disso, também destacou que, como esta seria a primeira consulta farmacêutica, teria uma duração de aproximadamente 40 minutos, então perguntou a Dona Maria José se elas poderiam conversar nesse momento, caso tivesse disponibilidade, ou se ela preferia agendar a consulta para uma outra data que fosse mais conveniente.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Dona Maria José autorizou Ana a iniciar a consulta farmacêutica, disse que não tinha nenhum compromisso naquele momento e que estava de folga do serviço naquela tarde, e também precisava tirar algumas dúvidas sobre os medicamentos que estava utilizando.

No início da anamnese Ana confirmou alguns dados que estavam no PEC, e aproveitou para conversar um pouco sobre os hábitos de vida da paciente. Entre os dados obtidos durante a consulta farmacêutica, destaca-se que Dona Maria José tem 50 anos, ensino superior completo, branca, bancária, casada, tem dois filhos que moram com ela e o esposo, e a renda familiar mensal é de R\$ 5.000,00.



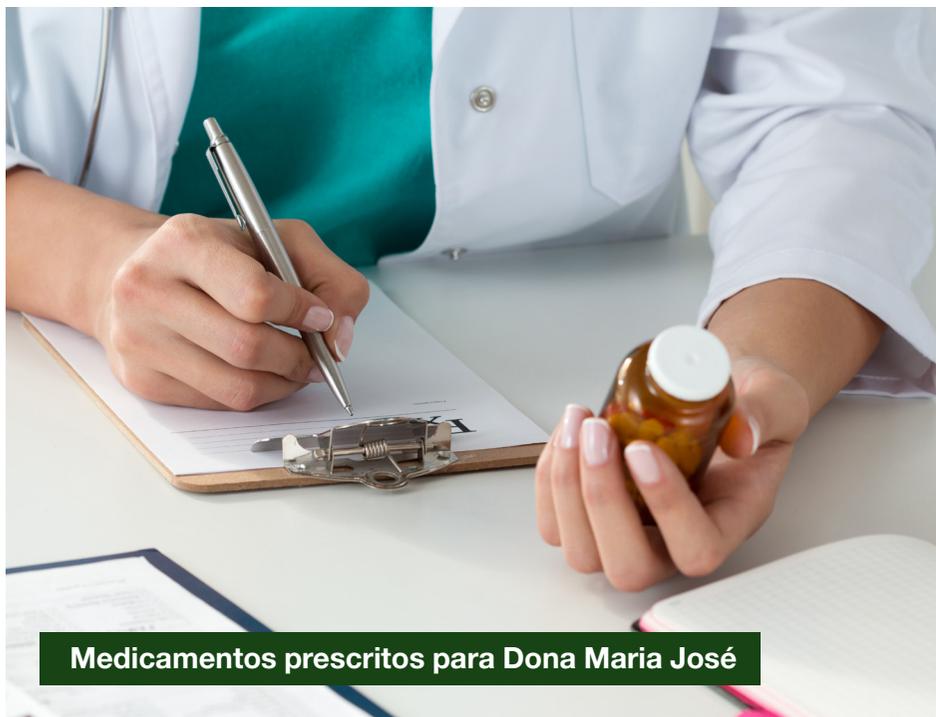
Alimentação saudável da Dona Maria José

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Dona Maria José relatou que faz caminhada todos os dias, cerca de 40 minutos, e que nunca foi tabagista, mas consome duas taças de vinho cerca de uma vez por mês. Em relação à alimentação, Dona Maria José disse que cuida da alimentação diariamente, pois se preocupa com a pressão arterial e com o diabetes, por isso reduziu o consumo de sal e controla o consumo de massas, carboidratos e que raramente consome doces, e quando o faz sempre são *diet*.

Na consulta, a farmacêutica também confirmou os problemas de saúde diagnosticados que estavam registrados no prontuário. Dona Maria José tem diabetes mellitus tipo 2 há um ano e hipertensão arterial sistêmica há seis meses. A farmacêutica confirmou os medicamentos prescritos e durante a conversa observou que a paciente utiliza um comprimido de metformina 850 mg por dia, logo após o almoço. Dona Maria José relatou ainda que deveria utilizar dois comprimidos de captopril 25 mg por dia, um de manhã e outro à noite, mas informou que nesse momento não estava utilizando esse medicamento de forma regular porque percebeu que, ao começar o uso do captopril, passou a ter uma tosse seca, e ao ler a bula confirmou suas desconfianças e resolveu deixar de utilizá-lo regularmente. Atualmente, utiliza o captopril apenas em dias alternados para reduzir os episódios de tosse. Em relação ao acesso, Dona Maria José disse que todos os meses comparece à farmácia da UBS e que sempre conseguiu os medicamentos, desde que começou o tratamento nunca ficou sem, inclusive o captopril atualmente está sobrando.

Dona Maria José ainda relatou que só conseguiu agendar uma consulta médica para daqui quatro meses, para conversar sobre esse problema da tosse que a incomoda muito, por isso continua usando o captopril, mesmo em dias alternados, pois ela tem receio de abandonar totalmente seu tratamento e a pressão arterial subir muito. Ainda conversando sobre os medicamentos, a farmacêutica Ana evidenciou que a paciente não utilizava nenhum outro medicamento além da metformina e o captopril que estavam prescritos. A farmacêutica questionou também sobre outros problemas de saúde ou queixas que Dona Maria José poderia ter, mas ela relatou que não apresentava demais queixas, além da tosse.



Medicamentos prescritos para Dona Maria José

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Ainda durante a consulta, a farmacêutica Ana confirmou os resultados dos últimos exames realizados por Dona Maria José, que segundo o PEC mostravam que haviam sido realizados dois meses atrás: glicemia de jejum: 250 mg/dL; hemoglobina glicada: 9,2%; colesterol total: 290 mg/dL; LDL: 188 mg/dL; HDL: 46 mg/dL; triglicerídeos: 165 mg/dL. Durante a consulta, Ana coletou os dados referentes à pressão arterial (150 x 95 mmHg), glicemia capilar pós-prandial (230 mg/dL), altura (1,69 m) e peso (78 kg).

Após a coleta dos dados subjetivos e objetivos, a farmacêutica iniciou o processo de avaliação, dedicando-se à Revisão da Farmacoterapia e à identificação de possíveis PRF apresentados por Dona Maria José.

Antes de discutirmos sobre os PRF, convidamos você a resgatar alguns conhecimentos importantes que foram discutidos nas *Aulas 17 e 18*. Naquelas aulas, você aprendeu como realizar a avaliação dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a consulta farmacêutica e a importância de sempre avaliar se os problemas de saúde estão ou não controlados, baseando-se nos protocolos terapêuticos do diabetes, da hipertensão arterial sistêmica e da dislipidemia. Além disso, na *Aula 18*, você aprendeu a avaliar a classificação de risco dos pacientes e o Índice de Massa Corpórea (IMC).



Resultado do IMC da Dona Maria José

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Diante dos resultados apresentados referentes a Dona Maria José, calculando o IMC, observamos que a paciente pode ser classificada como sobrepeso e, considerando os protocolos terapêuticos, podemos afirmar que o diabetes da paciente não está controlado, do ponto de vista clínico, pois a hemoglobina glicada, a glicemia de jejum e a glicemia capilar pós-prandial estão com valores acima da meta considerada desejável nos protocolos. Além do diabetes, se observarmos o valor mais recente da pressão arterial de Dona Maria José, também podemos afirmar que o valor está acima do recomendado no protocolo terapêutico, o que mostra que esse problema de saúde também não está controlado.

Continuando a avaliação, podemos observar que o perfil lipídico está alterado, com valores acima do recomendado no protocolo, além disso, sabemos que o protocolo terapêutico recomenda que uma pessoa com diagnóstico de diabetes deve realizar prevenção primária para eventos cardiovasculares, o que não está acontecendo com a paciente.



Você se lembra das Aulas 17 e 18?

Nelas você aprendeu como avaliar os dados subjetivos, objetivos e como realizar de maneira adequada a revisão da farmacoterapia. Agora que estamos discutindo a avaliação da paciente é o momento de colocar em prática esse conhecimento. Mãos à obra e bons estudos!

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Diante da análise realizada anteriormente, podemos iniciar a discussão em relação aos PRF de Dona Maria José. Para facilitar o entendimento

e a organização do raciocínio clínico, abordaremos cada um dos problemas de saúde separadamente. Lembre-se que, quando temos um problema de saúde não controlado, provavelmente temos um PRF a ser identificado e, posteriormente, solucionado no plano de cuidado.

Que tal começarmos com o diabetes?

Podemos observar que esse problema de saúde não estava controlado no momento da consulta, como já destacamos anteriormente, sendo assim, precisamos identificar qual o PRF responsável por essa situação. Diante desse cenário, vamos começar a investigar qual PRF Dona Maria José apresenta. Para facilitar o raciocínio clínico vamos manter a ordem das categorias dos PRF: necessidade, efetividade, segurança e adesão.

Começaremos então investigando o PRF de **necessidade** por meio das perguntas a seguir:

A metformina, prescrita na dose de 850 mg/dia, sendo um comprimido logo após o almoço, é necessária para que a Dona Maria José controle o seu diabetes? Esse medicamento está bem indicado para essa paciente?

O que você acha?

- a) **Sim**, existe indicação pois a paciente tem diabetes tipo 2 e o medicamento é recomendado para o tratamento desse problema de saúde, segundo o protocolo terapêutico.
- b) **Não**, pois não há justificativa clínica plausível para o uso desse medicamento.
- c) **Tenho dúvidas**, pois não existe o registro de atendimentos atuais, ou informações confiáveis da paciente que possam garantir se ela realmente foi diagnosticada com diabetes tipo 2.

A nossa resposta é a alternativa “a”, **sim**, pois Dona Maria José é diagnosticada com diabetes tipo 2 e a metformina é um dos medicamentos recomendados para o tratamento desse problema de saúde. Como respondemos **sim**, o PRF de necessidade está excluído, portanto, vamos investigar o PRF de efetividade.

Para investigar o PRF de **efetividade**, vamos responder a seguinte pergunta:

A metformina, prescrita na dose de 850 mg/dia, sendo um comprimido logo após o almoço, está sendo efetiva para tratar o diabetes tipo 2 da Dona Maria José?

As alternativas agora são:

- a) **Sim**, a dose prescrita está sendo efetiva para controlar o diabetes tipo 2 da paciente, ou seja, o problema de saúde está controlado.
- b) **Não**, pois a dose prescrita não está sendo efetiva para manter o diabetes tipo 2 da paciente controlado.
- c) **Tenho dúvidas**, pois não há informações suficientes no prontuário ou obtidas durante a consulta farmacêutica que possam permitir a minha interpretação sobre o controle do problema de saúde.

Diante desse cenário, e considerando os resultados recentes de exames laboratoriais, aliados ao resultado de glicemia capilar pós-prandial, obtido no momento da consulta farmacêutica, a resposta mais pertinente seria a letra “b”, **não**, pois a farmacêutica confirmou durante a consulta que a paciente utilizava a metformina de forma correta, como prescrito pelo médico, sendo assim, de acordo com o raciocínio clínico aplicado pela farmacêutica, pode-se afirmar que a dose prescrita de metformina não está sendo suficiente para manter controlado o diabetes tipo 2 de Dona Maria José, o que permite classificá-lo como um PRF de **efetividade**.

Com o PRF responsável pelo não controle do diabetes tipo 2 definido, partimos agora para a avaliação do outro problema de saúde de Dona Maria José: investigaremos a causa da hipertensão arterial não controlada.

Começaremos então investigando o PRF, mantendo a sequência do raciocínio clínico, pela avaliação da **necessidade** por meio da seguinte pergunta:

O captopril, prescrito na dose de 50 mg/dia, divididos em 25 mg pela manhã e 25 mg à noite, é necessário para que a Dona Maria José mantenha a sua pressão arterial controlada? Esse medicamento está bem indicado para essa paciente?

Alternativas:

- a) **Sim**, existe indicação pois a paciente é diagnosticada como hipertensa e o medicamento é recomendado para o tratamento desse problema de saúde, segundo o protocolo terapêutico.
- b) **Não**, pois não há justificativa clínica plausível para o uso desse medicamento.
- c) **Tenho dúvidas**, pois não existe registros de atendimentos atuais no prontuário ou de prescrição médica que possa garantir o diagnóstico da hipertensão arterial.

Nesse caso a nossa resposta é a alternativa “a”, **sim**, pois Dona Maria José é diagnosticada hipertensa e o captopril é um medicamento recomendado para o tratamento desse problema de saúde, conforme a recomendação do protocolo terapêutico. Além disso, conforme discutido na *Aula 18*, o protocolo terapêutico recomenda que os medicamentos mais indicados para o tratamento da hipertensão arterial em pacientes que apresentam esse problema de saúde associado ao diabetes são os que pertencem à classe dos inibidores da enzima conversora de angiotensina,

os bloqueadores dos receptores de angiotensina, os bloqueadores dos canais de cálcio e os diuréticos tiazídicos. Como respondemos **sim**, o PRF de **necessidade** está excluído, sendo assim vamos investigar o PRF de **efetividade**.

Para investigar o PRF de efetividade, vamos à seguinte pergunta:

O captopril, prescrito na dose de 50 mg/dia, divididos em 25 mg pela manhã e 25 mg à noite, está sendo efetivo para tratar a hipertensão arterial de Dona Maria José?

Alternativas:

- a) **Sim**, a dose prescrita está sendo efetiva para controlar a hipertensão arterial da paciente.
- b) **Não**, pois a dose prescrita não está sendo efetiva para manter controlada a hipertensão arterial da paciente.
- c) **Tenho dúvidas**, apesar da pressão arterial da paciente não estar controlada, não posso afirmar que o problema seja exclusivamente de efetividade, pois durante a consulta farmacêutica a paciente relatou tosse seca e não adesão ao tratamento prescrito.

Nesse caso, a resposta mais pertinente seria a alternativa “c”, **tenho dúvidas**, pois a paciente relatou que não está sendo aderente ao tratamento farmacológico prescrito, entretanto, a não adesão da paciente é intencional, diante da tosse seca que ela relatou incomodá-la desde que começou a utilizar o captopril.

Diante da situação descrita, a farmacêutica Ana aplicou o raciocínio clínico para classificar de maneira correta o PRF e encontrar a causa da hipertensão arterial não estar controlada.

Vamos continuar nossa avaliação, partindo agora para o PRF de **segurança**, utilizando a seguinte pergunta:

O captopril, prescrito na dose de 50 mg/dia, divididos em 25 mg pela manhã e 25 mg à noite, está sendo seguro para tratar a hipertensão arterial de Dona Maria José?

Alternativas:

- a) **Sim**, o medicamento e/ou a dose prescrita estão sendo seguros para controlar a hipertensão arterial da paciente.
- b) **Não**, o medicamento e/ou a dose prescrita não estão sendo seguros para manter controlada a hipertensão arterial da paciente.
- c) **Tenho dúvidas**, pois não há relatos no prontuário e nem informações coletadas na consulta farmacêutica que possam garantir que o medicamento e/ou a dose prescrita estão sendo seguros.

Diante desse cenário, a resposta mais pertinente seria a alternativa “b”, **não**, pois, segundo o raciocínio clínico da farmacêutica Ana, baseado nos relatos de Dona Maria José durante a anamnese e a coleta dos dados subjetivos e objetivos, ao iniciar o tratamento com o captopril, iniciaram os episódios de tosse seca, que é uma reação adversa conhecida do medicamento, confirmada nos protocolos e nas bases de dados confiáveis da literatura (*Aulas 7 e 8*), e foi por motivo dessa reação adversa que a paciente deixou de ser aderente ao tratamento. Então, nesse caso, foi o PRF de **segurança** o principal responsável pela ausência de efetividade do captopril. Nesse sentido, quando respondemos **não**, encerramos nossa avaliação dos PRF e podemos classificar que Dona Maria José, em relação à hipertensão arterial, apresenta um PRF de **segurança** que a levou a não aderência ao tratamento, assim, a principal causa da não efetividade foi a presença da reação adversa.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Ainda durante a avaliação da hipertensão arterial não controlada de Dona Maria José, a farmacêutica Ana percebeu que o protocolo terapêutico recomenda que, quando o paciente apresenta hipertensão arterial associada ao diabetes mellitus tipo 2, são necessários dois fármacos anti-hipertensivos para o controle desse problema de saúde. O tratamento recomendado deve conter um inibidor da enzima convertora de angiotensina ou um bloqueador de receptores de angiotensina associado a um bloqueador de canal de cálcio ou diurético tiazídico. A **necessidade** de uma associação para tratar a hipertensão arterial configura-se num outro PRF, portanto, no caso da hipertensão arterial, temos um PRF de **segurança**, relacionado à tosse seca causada pelo captopril, e um PRF de **necessidade**, diante da recomendação de utilização de dois anti-hipertensivos para tratar a hipertensão em pacientes com esse problema de saúde associado ao diabetes. Essa informação também deverá ser levada em consideração pela farmacêutica Ana no momento da elaboração do plano de cuidado.

Conseguimos, assim, identificar os PRF referentes ao diabetes tipo 2 e à pressão arterial, mas, lembre-se que esses dois problemas de saúde não estavam controlados no caso de Dona Maria José, entretanto, a paciente já tinha uma prescrição médica contendo medicamentos para tratar essas duas condições.

Com a identificação dos PRF e devido ao fato de as causas responsáveis pelos dois problemas de saúde não estarem dentro das metas terapêuticas estabelecidas nos protocolos, a elaboração do plano de cuidado será mais fácil e com maiores possibilidades de alcançar o sucesso terapêutico, permitindo que Dona Maria José alcance a meta terapêutica estabelecida, baseando-se nos protocolos terapêuticos.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

No entanto, antes de partirmos para a elaboração do plano de cuidado, temos que nos atentar para o perfil lipídico da paciente, que, segundo a avaliação realizada pela farmacêutica, se encontra acima da meta estabelecida. Por isso, continuaremos nossa avaliação para identificar a possibilidade de outros PRF. Como Dona Maria José não utiliza nenhum medicamento para o controle do perfil lipídico e ainda não possui o diagnóstico médico de dislipidemia, a investigação de PRF nessas situações tende a ser um pouco diferente daquelas descritas anteriormente, pois a paciente apresenta um problema de saúde (ou queixa), e não utiliza medicamento para tratá-lo, configurando-se assim uma situação específica que denominamos de condição não tratada.

Nesses casos, cabe ao farmacêutico fazer a seguinte indagação:

A Dona Maria José apresenta mais algum problema de saúde ou queixa, que pode ou não estar diagnosticado, e que precisaria de algum outro medicamento para tratamento?

Alternativas:

- a) **Sim**, a paciente apresenta perfil lipídico alterado, ainda não diagnosticado pelo médico, com conseqüente aumento do risco cardiovascular, e existe a indicação, na literatura especializada, de tratamento farmacológico (estatinas) para pacientes que apresentam diabetes associado a hipertensão, com a finalidade de prevenir eventos cardiovasculares, tanto para prevenção primária, como secundária.
- b) **Não**, pois não há informação no prontuário e nem houve queixa por parte da paciente durante a consulta farmacêutica que justificaria a inclusão de algum medicamento para tratar um novo problema de saúde.
- c) **Tenho dúvidas**, pois não existe registro de atendimentos atuais que possam garantir a ocorrência de algum problema de saúde ou de uma condição não tratada.

Nesse caso a nossa resposta é a alternativa “a”, **sim**, pois Dona Maria José apresenta um problema de saúde que ainda não foi diagnosticado, ou seja, uma condição não tratada, que pode ser evidenciada pelas informações presentes no prontuário da paciente. Além disso, temos na literatura protocolos terapêuticos que destacam a necessidade/indicação de um tratamento farmacológico para facilitar o controle do perfil lipídico, portanto, podemos classificar esse PRF como de **necessidade/indicação**.



Ainda tem dúvidas sobre como identificar os Problemas Relacionados à Farmacoterapia (PRF)?

Que tal resgatar a *Aula 12, do Módulo 3?* Lá você terá mais detalhes e exemplos que irão te ajudar a identificar os PRF. Bons estudos!

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Agora que a fase de avaliação está concluída, lembre-se que, diante dos PRF identificados e das causas que dificultam o alcance das metas terapêuticas estabelecidas, caberá ao profissional farmacêutico analisar de forma criteriosa esses problemas, tendo o discernimento de que possui autonomia para propor a resolução de vários PRF. Entretanto, para solucionar outros PRF será necessário um trabalho em conjunto com os demais profissionais da equipe de saúde.

No caso da Dona Maria José, a farmacêutica Ana conseguiu identificar quatro PRF, bem como as causas desses problemas, portanto, ao final da consulta farmacêutica Ana apresentará a Dona Maria José um plano de cuidado, para que as duas possam definir em conjunto as estratégias terapêuticas a serem adotadas. E esse tema será abordado a partir da próxima aula, no *Módulo 5*, quando discutiremos especificamente a elaboração do plano de cuidado e da reavaliação desse plano e das metas estabelecidas.

— O Raciocínio Clínico: retomando conceitos

No *Módulo 3* apresentamos a anamnese, detalhando como deve ser realizada a coleta de dados dos pacientes atendidos no Cuidado Farmacêutico.

Ao longo das aulas trabalhadas no módulo atual, foi abordado o processo de avaliação no qual o farmacêutico utiliza os dados subjetivos e objetivos coletados na primeira etapa da consulta farmacêutica para analisar o estado situacional do paciente. Nesse processo, é fundamental a aplicação do raciocínio clínico.

Retomaremos, nesse momento, alguns aspectos acerca dessa competência de grande importância para os conteúdos a serem abordados na fase final do curso. E nesse sentido, sabe-se que a aplicação do método clínico é fundamental durante o cuidado farmacêutico, entretanto a aplicação do método clínico de forma adequada será mais fácil quando o farmacêutico conseguir desenvolver o raciocínio clínico de forma rápida e natural, mas o que é o raciocínio clínico?

O raciocínio clínico é uma atividade cognitiva complexa de obtenção e interpretação de informações sobre as condições de saúde do paciente para a tomada de decisão; exige conhecimento, habilidade e atitude, além de reflexão crítica por parte do farmacêutico. O conjunto composto por conhecimento, habilidade e atitude é denominado competência, portanto, o raciocínio clínico é uma competência desejável, que deve ser desenvolvida pelo profissional no exercício do Cuidado Farmacêutico.

Dessa forma, para ajudá-lo no desenvolvimento dessa competência, a partir do *Módulo 4* são propostas diferentes situações clínicas que possibilitam o exercício do raciocínio clínico para a tomada de decisão, que consiste em

um processo de ponderar e prever as consequências positivas e negativas de determinadas alternativas, especialmente nas situações que carregam um certo grau de incerteza a respeito dos resultados dessa escolha. Fiquem tranquilos, pois sabemos que a construção do raciocínio clínico é gradual, uma competência que deve ser formada ao longo do tempo.

Podemos resumir que o raciocínio clínico é construído com base em três etapas principais. A primeira é o conhecimento, por isso é importante estudar os problemas de saúde e os medicamentos, além de compreender a importância da anamnese para a coleta dos dados de maneira adequada. A segunda etapa é a exposição a situações clínicas, sejam simuladas, como o curso propõe, sejam situações reais, que podem ser exercitadas no seu ambiente de trabalho, realizando a consulta farmacêutica, permitindo a aplicação prática dos conceitos estudados na teoria. A terceira etapa é a realização do raciocínio clínico para a elaboração das alternativas possíveis para a tomada de decisão.

O exercício rotineiro da prática clínica contribui para agilizar o desenvolvimento do raciocínio clínico, pois estimula a formação de redes de conhecimento em sua memória, ampliando a sua expertise. Por isso quanto mais você praticar as consultas farmacêuticas e a aplicação do método clínico, mais fácil será compreender o processo, pois as redes neurais são formadas quando estiverem expostas a atividades clínicas, dessa forma aproveite as atividades seguintes para começar a desenvolver o raciocínio clínico.

Bons estudos!

Síntese da Aula

Nesta aula discutimos especificamente sobre como identificar e prevenir os problemas relacionados à farmacoterapia. Nesse sentido, esta aula apresentou a normatização e classificação dos PRF em quatro categorias, a saber: necessidade, efetividade, segurança e adesão. A classificação dos PRF é importante para auxiliar na organização do processo cognitivo, ou seja, do raciocínio clínico e conseqüentemente na identificação dos problemas. Classificar esses problemas não é complicado, ao contrário, é algo intuitivo e que se torna mais fácil quando o farmacêutico está preparado, ou seja, quando ele consegue aplicar o método clínico de forma completa e adequada, obtendo todos os dados subjetivos e objetivos durante a consulta farmacêutica, correlacionando-os com a literatura científica especializada, tais como os protocolos terapêuticos dos problemas de saúde. Esse processo é essencial para encontrar a causa dos PRF e construir um plano de cuidado adequado para melhorar a qualidade de vida e a qualidade de saúde dos pacientes.

Referências

1. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice*. Minneapolis: McGraw-Hill; 1998.
2. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *O exercício do Cuidado Farmacêutico*. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2006.
3. Midlov P, Eriksson T, Kragh A. *Drug-related problems in the elderly*. Switzerland: Springer; 2009.
4. Correr CJ, Otuki MF. *A prática farmacêutica na farmácia comunitária*. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Autor

Leonardo Régis Leira Pereira

Docente da FCFRP-USP (desde 2004). Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq. Professor Associado do Departamento de Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP desde 2013. Vice-Presidente da Comissão de Graduação da FCFRP-USP (Gestão 2018-2020). Graduado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Ribeirão Preto (1998), Mestre e Doutor pela FCFRP-USP, Pós-Doutorado junto ao Departamento de Medicina Interna e Terapia Médica da Università degli Studi di Pavia-Itália e Livre-Docência junto ao Departamento de Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP. Credenciado como orientador junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP e Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Rede Brasileira de Assistência Farmacêutica e Vigilância de Medicamentos. Atua na Linha de Pesquisa de Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica & Terapêutica, onde desenvolve trabalhos sobre Cuidado Farmacêutico, Farmacoepidemiologia, Farmacovigilância e Farmacoeconomia.



Volume 4



Coleção



DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde
do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal