



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA**

FERNANDA MABELE SILVA

**MODELOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO: UMA ABORDAGEM
DESCRITIVA**

**CAMPINA GRANDE – PB
2014**

FERNANDA MABELE SILVA

**MODELOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO: UMA ABORDAGEM
DESCRITIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Patrícia Trindade Costa Paulo.

CAMPINA GRANDE – PB
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586m Silva, Fernanda Mabele.

Modelos de seguimento farmacoterapêutico [manuscrito] :
uma abordagem descritiva / Fernanda Mabele Silva. - 2014.
30 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e
da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Dra. Patrícia Trindade Costa Paulo,
Departamento de Farmácia".

1. Seguimento farmacoterapêutico. 2. Atuação profissional.
3. Farmacoterapia. I. Título.

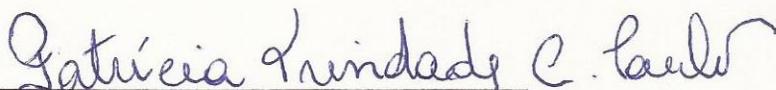
21. ed. CDD 615

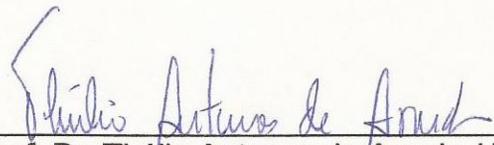
FERNANDA MABELE SILVA

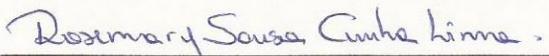
**MODELOS DE SEGUIMENTO FamacOTERAPêUTICO: UMA ABORDAGEM
DESCRITIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação de
Farmácia da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de Bacharel em
Farmácia.

Aprovada em 28/11/2014.


Prof^a Dr^a Patrícia Trindade Costa Paulo / UEPB
Orientadora


Prof. Dr. Thúlio Antunes de Arruda / UEPB
Examinador


Prof^a Dr^a Rosemary Sousa Cunha Lima / UEPB
Examinadora

MODELOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO: UMA ABORDAGEM DESCRITIVA

SILVA, Fernanda Mabele¹

RESUMO

O seguimento farmacoterapêutico compreende uma nova prática da profissão farmacêutica, a qual permite que o profissional farmacêutico mantenha um contato direto e sistemático com o paciente, otimizando a sua farmacoterapia com uma consequente melhora na qualidade de vida. Esse trabalho objetivou discorrer sobre os modelos de seguimento farmacoterapêutico mais utilizados. Para tanto, realizou-se uma pesquisa literária, onde foram acessados artigos, bases de dados e publicações oriundas de órgãos e instituições que relatassem sobre o referido tema. Para complementar a pesquisa foram acessados ainda, teses e livros. Dentre os métodos desenhados para a prática do seguimento farmacoterapêutico, destacam-se, pelo seu maior emprego e maior difusão na literatura, quatro modelos. São eles: a) Subjective, Objective, Assessment, Plan (SOAP), b) Pharmacotherapy Workup (PW), c) Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM), e d) Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico. Os métodos abordados apresentam semelhanças e diferenças entre si, no entanto todos eles são desenhados com base em um raciocínio clínico comum, onde o paciente como o beneficiário das ações de seguimento farmacoterapêutico, participa ativamente das decisões tomadas e é visto de forma integral.

PALAVRAS-CHAVE: Seguimento Farmacoterapêutico. Pacientes. Modelos.

1 INTRODUÇÃO

A profissão farmacêutica tem vivenciado algumas transformações ao longo das últimas décadas. Segundo Hepler e Strand (1990), durante o século XIX se pode diferenciar três períodos na história da profissão: o tradicional, representado pela figura do boticário, o qual desempenhava funções que incluíam desde a manipulação e venda de medicamentos e de produtos medicinais até a oferta de informações referentes ao tratamento farmacológico para os pacientes; o período de transição, no qual a industrialização levou os farmacêuticos a se afastarem de suas atividades primordiais, bem como do contato com os usuários de medicamentos, sendo que esse afastamento motivou o surgimento da farmácia clínica; e o período

¹ Acadêmica do Curso de Graduação de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: nandamabele@gmail.com

de desenvolvimento da atenção ao usuário, o qual ainda encontra-se em construção até hoje.

A necessidade da ascensão desse novo modelo de atuação do profissional farmacêutico, no qual este terá possibilidades de desempenhar um papel social relevante e reconhecido dentro da equipe de saúde é evidenciada e estimulada em diversas publicações. Em 1993, na segunda reunião da OMS sobre as funções do farmacêutico no sistema de cuidados de saúde, se reconheceu este profissional como dispensador de cuidados de saúde que podem participar ativamente, em conjunto com outros membros da equipe de assistência médica, na prevenção de doenças e promoção da saúde (OMS, 1993).

Cipolle e colaboradores (2000) afirmam que o farmacêutico deve atuar de maneira a fazer jus à sua formação profissional, para isso, ao invés da dispensação de medicamentos, o farmacêutico deve priorizar o desenvolvimento de atividades centradas no paciente que oportunizem a resolução de problemas farmacológicos complexos. Assim, esses autores defendem, “a preparação de um novo profissional que se encarregará de uma nova prática profissional na qual oferecerá um novo serviço, a Atenção Farmacêutica”.

Uma das definições mais aceitas e difundidas na literatura para Atenção Farmacêutica foi elaborada em 1990, onde esta é definida como “a provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados definidos, que melhorem a qualidade de vida do usuário” (HEPLER; STRAND, 1990). Em 1995, Hepler publicou os postulados desse novo modelo de prática farmacêutica, no qual, a partir do momento que o médico estabelece um plano de cuidado para o paciente em função dos seus problemas de saúde, o farmacêutico inicia o seu processo de atenção. Esse processo é conhecido no Brasil como seguimento farmacoterapêutico e caracteriza-se como uma prática profissional em que o farmacêutico, através de procedimentos sistemáticos, contínuos e documentados, se responsabiliza pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente (IVAMA et al., 2002).

Atualmente não há dúvida, de que dentro da equipe de saúde que atende o paciente, o profissional mais qualificado para realizar seguimento farmacoterapêutico é o farmacêutico, pela sua formação específica em medicamentos, pela sua acessibilidade e pela sua motivação para que o seu trabalho assistencial seja reconhecido (HERNÁNDEZ et al., 2009).

Como qualquer outra atividade de saúde, o seguimento farmacoterapêutico necessita de procedimentos de trabalho normatizados e validados através da experiência para ser realizado com a máxima eficiência, de modo a permitir avaliar o processo e, sobretudo, os resultados (SANTOS et al., 2007). A partir daquele contexto citado por Hepler e Strand, em 1990, alguns métodos foram desenvolvidos ou adaptados de outros existentes, mas ainda não se demonstrou qual possui melhor desempenho.

Considerando a importância do desenvolvimento de atividades assistenciais por parte do profissional farmacêutico junto aos usuários de medicamentos, depreende-se o valor do conteúdo apresentado no presente trabalho, que teve como objetivo a caracterização histórica e metodológica dos quatro principais modelos de seguimento farmacoterapêutico adotados mundialmente por pesquisadores e farmacêuticos, os quais correspondem: a) Subjective, Objective, Assessment, Plan (SOAP), b) Pharmacotherapy Workup (PW), c) Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM), d) Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Farmacêutica

O primeiro conceito para Atenção Farmacêutica foi formulado por Hepler e Strand no ano de 1990 e apresentado no artigo "*Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*". Nessa publicação a Atenção Farmacêutica foi definida como a "provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente". No entanto, o início da construção do que viria a ser essa prática pode ser evidenciada já em 1975, quando Mikel e colaboradores publicam um artigo onde expressam que as atividades realizadas pelos farmacêuticos deveriam ter o paciente como foco. Para esses autores, o farmacêutico deveria prestar "a atenção que um dado paciente requer e recebe com garantias do uso seguro e racional dos medicamentos".

Em 1993, a OMS visando discutir o papel do farmacêutico, promoveu uma reunião na cidade de Tóquio, a qual ficou conhecida como Declaração de Tóquio. Na ocasião o conceito dado por Hepler e Strand para Atenção Farmacêutica foi

ampliado de forma que o seu benefício foi estendido para toda a comunidade, e ainda reconheceu-se o farmacêutico como um dispensador de atenção à saúde, que pode participar ativamente na prevenção de doenças e promoção da saúde, junto com outros membros da equipe de saúde. Essa e outras discussões promovidas pela OMS entre os anos de 1988 e 1998, bem como o Fórum Farmacêutico das Américas realizado em 1999 foram importantes na introdução da prática da Atenção Farmacêutica no Brasil.

Objetivando promover a Atenção Farmacêutica no Brasil, um grupo coordenado pela OPAS/OMS em conjunto com profissionais de várias partes do país, promoveram no ano de 2002 o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, segundo o qual, a Atenção Farmacêutica é definida como “um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (IVAMA et al., 2002).

Ainda de acordo com o consenso, a Atenção Farmacêutica é formada pelos seguintes macro-componentes: educação em saúde (incluindo promoção do uso racional de medicamentos), orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico, acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico, e registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (IVAMA, 2002).

Por disporem de serviços de saúde bem estruturados e reconhecerem a importância da participação do farmacêutico nesses serviços, em alguns países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá, Espanha e Alemanha, as atividades de Atenção Farmacêutica já estão sendo efetivamente desenvolvidas e remuneradas (MENEZES, 2000). No Brasil, assim como em outros países, problemas como a dificuldade no acesso aos medicamentos pela população e a ausência do farmacêutico nas farmácias e Unidades Básicas de Saúde ainda precisam ser superados (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Na RDC 44/2009 são estabelecidas as exigências em relação a infraestrutura, procedimentos e registros mínimos para a prestação de serviços de atenção farmacêutica em farmácias e drogarias. O Conselho Federal de Farmácia, através de Resolução nº 357/2001 que aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia, preconiza que é dever do farmacêutico estar em condições de instrumentalizar procedimentos adequados que propiciem a construção do perfil farmacoterapêutico, permitindo o acompanhamento de pacientes para garantir o uso seguro e eficaz dos medicamentos.

Para que o farmacêutico possa exercer as ações de Atenção Farmacêutica, aspectos como conceitos, responsabilidades, e habilidades clínicas necessárias as abordagens focadas no paciente precisam estar devidamente definidas (BISSON, 2003). Embora em 2002, tenham sido aprovadas novas diretrizes para o curso de Farmácia no Brasil (BRASIL, 2002) contemplando esse novo enfoque, as instituições de ensino ainda não geram profissionais capazes de suprir as demandas atuais dos serviços de atenção à saúde.

2.2 Seguimento Farmacoterapêutico

Entre as atividades de Atenção Farmacêutica, o seguimento farmacoterapêutico é considerado a prática de maior grau de efetividade na busca por resultados positivos em saúde envolvendo medicamentos. Foi definido inicialmente por Cipolle e colaboradores e é realizado quando se põe em prática uma metodologia que permite evitar, identificar e resolver, de maneira sistemática e documentada, todos os problemas de saúde relacionados com os medicamentos do paciente, realizando uma avaliação periódica de todo o processo (NEVILLE, 2013).

No Consenso Brasileiro de Atenção farmacêutica, realizado em 2002, o seguimento farmacoterapêutico foi assim definido, “é um componente da Atenção Farmacêutica e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas aos medicamentos, por meio da detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados aos medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário” (IVAMA et al., 2002).

Em 2007, em consenso realizado na cidade de Granada (Terceiro Consenso de Granada), se propôs a substituição do termo PRM por RNM (resultados negativos associados aos medicamentos), de forma que os PRM passaram a ser considerados as causas dos RNM. Sendo assim, de acordo com esse consenso, seguimento farmacoterapêutico é a “prática profissional em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas com o medicamento, o qual se realiza mediante a detecção de PRM para a prevenção e resolução de RNM” (COMITÉ DE CONSENSO, 2007). Apesar dessa nova compreensão acerca dos PRM, observa-se que o significado atribuído ao seguimento farmacoterapêutico mantém-se inalterado em relação às definições anteriores.

Na realização do seguimento farmacoterapêutico é fundamental a participação ativa do farmacêutico, de outros profissionais do sistema de saúde e do paciente, com objetivos concretos de melhorar a qualidade de vida deste último (NEVILLE, 2013). Segundo HERNÁNDEZ et al., (2009), o melhor modelo clínico para a tomada de decisões no seguimento farmacoterapêutico, assim como em outras atividades assistenciais, consiste no modelo de decisões partilhadas centradas no paciente. A necessidade de se estabelecer uma parceria com o paciente visando a solução de problemas relacionados com medicamentos também é enfatizada por Cipolle e colaboradores (1998). Envolver o paciente aumenta a adesão terapêutica, dá maior suporte ao autocuidado e aumenta as chances de manutenção de resultados terapêuticos positivos a longo prazo (CORRER; OTUKI, 2013).

A prática do seguimento farmacoterapêutico proporciona redução dos erros de medicamentos e de reações adversas, com potencial para promover um melhor controle das doenças apresentadas pelos pacientes, através do aumento do conhecimento em relação aos seus medicamentos e da melhor comunicação entre a equipe de saúde (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Diversos grupos de trabalho, em diferentes partes do mundo, têm proposto métodos para a realização do seguimento farmacoterapêutico, como exemplos desses métodos pode-se citar, o DOT (Direct Observed Treatment), o FARM (Finds, Assessment, Resolution, Monitoring), o SOAP (Subject, Objective, Assessment, Plan), o PW (Pharmacist’s Workup) antigo PWDT, o TOM (Therapeutical Outcomes Monitoring), e o Dáder (CELS et al., 2000). Sendo que os quatro últimos métodos

citados correspondem aos mais utilizados na prática e em estudos de seguimento farmacoterapêutico (CASTRO, 2004).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

O estudo é de revisão de literatura, de caráter descritivo.

3.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Realizou-se um levantamento bibliográfico acerca do tema, utilizando-se de diferentes fontes: primárias (artigos disponíveis em bibliotecas eletrônicas), secundárias (base de dados científicas) e terciárias (livros que abordassem o tema pesquisado).

Também pesquisou-se em documentos publicados em portais de órgãos e entidades ligadas à saúde, bem como teses, as quais foram acessadas através de pesquisa no site de busca Google.

Durante a fase de pesquisa, buscou-se por fontes de informação publicadas até novembro de 2014, sendo encontradas publicações que datavam de 1971 a 2013. As palavras-chave utilizadas corresponderam aos nomes dos modelos de seguimento farmacoterapêutico, em língua portuguesa e no idioma dos países de origem desses modelos.

Para elaboração do presente artigo, cada modelo de seguimento farmacoterapêutico foi abordado sob diferentes aspectos, incluindo, histórico de desenvolvimento, aplicabilidade e operacionalização metodológica.

4 DESENVOLVIMENTO DOS MODELOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO – UM BREVE HISTÓRICO

O modelo clínico dirigido às atividades médicas que foi proposto por Lawrence Weed no final dos anos 60, denominado *Problem-Oriented Medical Record* (POMR), em português, Registro Médico Orientado por Problemas, serviu de base para o desenvolvimento de métodos voltados a prática clínica no âmbito da

farmácia. Nesse método, Weed (1971) propõe quatro fases da ação médica: coleta de dados, identificação de problemas, planejamento e seguimento, sendo ainda defendida pelo autor a utilização do formato SOAP (dados subjetivos, dados objetivos, avaliação e plano) na documentação dessas ações.

Em 1974, Kishi e Watanabe avaliaram a utilidade do método POMR em proporcionar o desenvolvimento do raciocínio clínico em estudantes de farmácia.

No ano seguinte, Mikel et al. (1975) iniciam a construção de um novo conceito para a prática farmacêutica, a qual, anos mais tarde, receberia a denominação de Atenção Farmacêutica. Nesta publicação, já se enfatizava a necessidade do farmacêutico ter o paciente e não o medicamento como foco principal de suas ações. Essa necessidade de mudança de foco também é evidenciada em um artigo publicado por Cipolle (1986), cujo título é *Drugs don't have doses – People have doses*, e que em português pode ser traduzido como Medicamentos não têm doses – Pessoas têm doses.

Buscando ferramentas que auxiliassem na execução desse novo modelo de prática, em 1988, Cipolle e colaboradores, trabalhando na Universidade de Minnesota, desenvolveram a partir do modelo proposto por Weed, o primeiro método clínico específico para a prática farmacêutica, o *Pharmacist Workup of DrugTherapy* (PWDT). Para os autores do PWDT “há somente um processo de atenção ao paciente na atenção farmacêutica, assim como só há um processo padrão para provisão da atenção médica, odontológica ou de enfermagem”. Ao adotar essa linha de raciocínio, o objetivo não é impor barreiras na atuação do farmacêutico, mas facilitar o aprendizado, a comunicação entre os farmacêuticos e entre estes e os demais profissionais de saúde e também permitir que um farmacêutico possa dar continuidade a um processo de seguimento farmacoterapêutico que tenha sido iniciado por outro profissional (CIPOLLE et al., 1998).

Em 1990, Cipolle e colaboradores propuseram o primeiro conceito e a primeira classificação para PRM, os quais foram posteriormente revistos por estes e também por outros pesquisadores (MONTE; MOREIRA, 2005).

Em 1992 é iniciado o *Minnesota Pharmaceutical Care Project*, o qual objetivou avaliar a aplicação prática do PWDT e cujos dados foram utilizados na primeira investigação do impacto das ações de atenção farmacêutica. Ao fim do projeto obtiveram-se resultados favoráveis com a sua utilização (CIPOLLE, et al., 1998).

A partir de então, outros métodos de seguimento farmacoterapêutico baseados no PWDT foram sendo propostos por diferentes grupos de pesquisadores.

Na Universidade da Flórida, Hepler em conjunto com um grupo de pesquisadores e alguns profissionais farmacêuticos desenvolveram um método de prática profissional denominado *Therapeutic Outcomes Monitoring* (TOM), o qual foi inicialmente utilizado em um programa para controle da asma brônquica, em farmácias comunitárias da Dinamarca (GRAINGER-ROUSSEAU et al., 1997).

Já na Espanha, o Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, propôs em 1999, o Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico, o qual foi desenvolvido com a proposta de se dispensar a utilização de programas informáticos, conhecimentos avançados prévios de farmacologia, um sistema complexo de documentação, grandes recursos econômicos, e que ainda pudesse ser executado em um período de tempo razoável. Em sua fase piloto, o método Dáder, demonstrou-se útil na identificação e resolução de PRM, sendo os seus resultados semelhantes aos obtidos com a utilização de outros métodos (MARTÍNEZ-ROMERO et al., 2001).

Também na cidade de Granada foram realizados três consensos tratando da questão conceitual e de classificação dos PRM. A versão mais recente do Método Dáder utiliza as propostas apresentadas no último consenso, o qual realizou-se no ano de 2007 (HERNÁNDEZ et al., 2009).

5 MÉTODOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

5.1 Subjective, Objective, Assessment, Plan ou Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP)

Este método é amplamente empregado por diferentes profissionais da saúde, podendo ser facilmente entendido por qualquer um desses profissionais (ROVERS et al., 2003). Cada termo que compõe o acrônimo SOAP refere-se a uma parte distinta e sequenciada do processo de atenção ao paciente.

5.1.1 Etapas para execução do método

5.1.1.1 Informações subjetivas

Essa etapa compreende o registro das informações subjetivas obtidas do paciente ou do cuidador, ou se for necessário, do prontuário do paciente. Sintomas e sinais apresentados pelo paciente, história familiar e social, problemas de saúde passados e atuais, histórico de reações adversas e alergias, são algumas das informações que devem ser registradas nessa primeira parte do processo. Também nessa fase deve-se registrar as informações referentes à utilização de medicamentos.

5.1.1.2 Informações objetivas

Consiste na anotação de dados objetivos, como sinais vitais, resultados de testes laboratoriais, de exames físicos e de outros tipos de exames.

5.1.1.3 Avaliação dos dados

Baseando-se nas informações obtidas na primeira e segunda etapas, o farmacêutico deve buscar por possíveis problemas relacionados com os medicamentos e, em caso destes estarem presentes, ele deve avaliar qual a melhor forma de resolvê-los.

5.1.1.4 Plano

Nessa etapa, os planos desenvolvidos para resolver os problemas relacionados a medicamentos identificados durante a avaliação dos dados são apresentados ao paciente, de modo que se estabeleça um acordo quanto aos planos propostos, permitindo assim, a sua implementação. Em caso das ações a serem efetuadas necessitarem da avaliação do prescritor, este deverá ser consultado. A forma de monitorização dos efeitos obtidos a partir da implementação do plano também deve ser combinada com o paciente.

5.2 Pharmacotherapy Workup ou Estudo Farmacêutico da Terapia (PW)

Este método de seguimento farmacoterapêutico foi desenvolvido em 1988 na Universidade de Minnesota por Strand, Morley e Cipolle, sendo originalmente denominado de Pharmacist's Workup of Drug Therapy (Estudo Farmacêutico da Terapia Medicamentosa) (STRAND et al., 1988). Após algumas modificações, atualmente o método denomina-se Pharmacotherapy Workup, (CIPOLLE et al., 2004), sendo também conhecido como modelo de Minnesota.

O PW foi elaborado para utilização em farmácias comunitárias, podendo ser aplicado a qualquer paciente (CIPOLLE et al., 2004; HURLEY, 1998), sua execução dá-se através de três etapas principais: avaliação, desenvolvimento de um plano de cuidado e o acompanhamento da evolução do paciente.

5.2.1 Etapas para execução do método

5.2.1.1 Avaliação

Nesta etapa são coletadas informações que permitam verificar a necessidade, efetividade e segurança da farmacoterapia em uso, e se há adesão do paciente ao tratamento. Para tanto são registrados dados referentes às características demográficas do paciente, os problemas de saúde apresentados, a história da doença atual e história médica pregressa, resultados de exames laboratoriais, ocorrência de alergias, histórico de vacinação, medicamentos utilizados, hábitos de vida, necessidades do paciente quanto ao medicamento (conhecimentos acerca dos medicamentos utilizados, suas expectativas e preocupações), e realiza-se também uma revisão por órgãos e sistemas. Esta fase é a que consome mais tempo e o seu registro é realizado em um formulário específico composto por cinco páginas.

5.2.1.2 Plano de Cuidado

Nesta etapa, o farmacêutico deve elaborar um plano para resolver os PRM identificados na fase de avaliação, determinar as metas terapêuticas a serem alcançadas, e prevenir o surgimento de novos PRM, todas essas ações devem ser acordadas com o paciente. As metas terapêuticas devem ser claras, passíveis de

aferição e atingíveis pelo paciente. Durante o plano de cuidado também se decide como se dará o processo do acompanhamento da evolução.

Haverá tantos planos de cuidados quantos forem os tratamentos implementados ao paciente, independente da ocorrência ou não de PRM. A documentação do plano de cuidado é realizada em formulário específico composto por uma página.

5.2.1.3 Monitorização e Acompanhamento da evolução

Assim como o plano de cuidado, o acompanhamento de cada problema de saúde também é registrado separadamente em um formulário de uma página. Nesta etapa, o farmacêutico avalia os resultados obtidos a partir da implementação do plano de cuidado, assim como verifica a ocorrência de novas situações, como novos PRM ou novos problemas de saúde (sejam eles tratados ou não).

5.2.2 *Conceito e Classificação de PRM adotados pelo método PW*

Os autores do método PW, em 1990, foram os primeiros a conceituar e classificar os PRM, sendo que no ano de 1998, estes mesmos autores modificaram o conceito e a classificação de PRM inicialmente proposta. (MONTE; MOREIRA, 2005). Nessa ocasião PRM, que para o grupo de Minnesota recebe a denominação de problemas farmacoterapêuticos, foi definido como “qualquer evento indesejável que apresente o paciente, que envolva ou suspeita-se que envolva a farmacoterapia e que interfere de maneira real ou potencialmente em uma evolução desejada do paciente” (CIPOLLE, et al., 2000). Os PRM foram classificados em sete categorias, de acordo com os critérios de necessidade, efetividade, segurança e adesão, assim como demonstrado no Quadro 1 (STRAND et al., 2004).

Quadro 1 – Classificação dos problemas farmacoterapêuticos segundo o grupo de Minnesota.

Classificação	Problema Farmacoterapêutico (PF)
Necessidade	PF 1: Necessita de tratamento farmacológico adicional
	PF 2: Tratamento farmacológico desnecessário
Efetividade	PF 3: Medicamento inadequado
	PF 4: Dose do medicamento inferior à necessitada
Segurança	PF 5: Dose do medicamento superior à necessitada
	PF 6: Reação Adversa aos Medicamentos
Adesão	PF 7: Adesão inapropriada ao tratamento farmacológico

Fonte: STRAND et al., 2004.

5.3 Therapeutic Outcomes Monitoring ou Monitorização dos Resultados Terapêuticos (TOM)

Visando apoiar as atividades de farmacêuticos comunitários, Charles Hepler e colaboradores desenvolveram na Universidade da Flórida, o *Therapeutic Outcomes Monitoring*, o qual está voltado ao acompanhamento de pacientes com doenças específicas, tendo sido utilizado primeiramente no controle da asma brônquica (GRAINGER-ROUSSEAU et al., 1997).

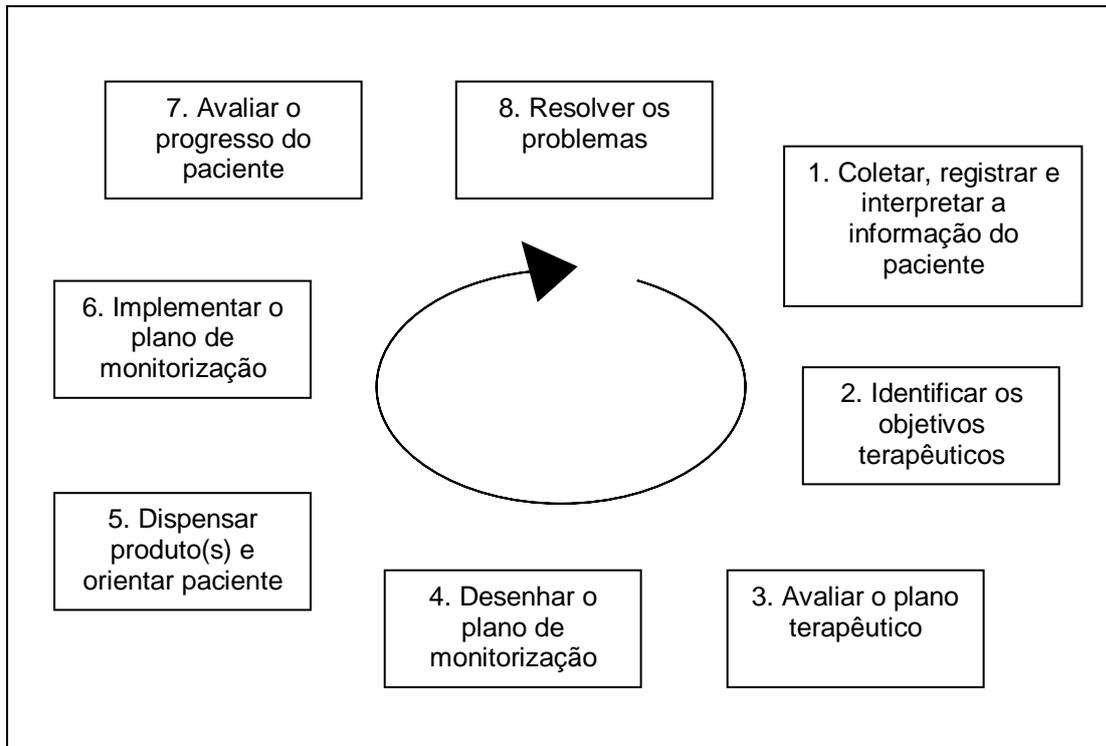
5.3.1 Etapas para execução do método

- Coleta, registro e interpretação das informações relevantes sobre o paciente, envolvendo questões referentes ao uso de medicamentos, problemas de saúde, dados demográficos e socioeconômicos, e aspectos referentes à expectativa do paciente frente a sua doença, possibilitando assim a identificação de problemas farmacoterapêuticos;
- identificação dos objetivos inerentes à cada prescrição, de modo a permitir uma adequada orientação do paciente e também a avaliação dos resultados terapêuticos;

- avaliação da viabilidade do plano terapêutico em relação aos objetivos da terapia, para tanto deve-se considerar os problemas de saúde apresentados pelo paciente, a ocorrência de problemas relacionados a medicamentos, além de questões referentes ao estilo de vida do paciente, suas preferências, expectativas e poder aquisitivo. Se constatada alguma inadequação do plano terapêutico frente às questões mencionadas, deve-se informá-la ao prescritor;
- elaboração do plano de monitorização, o qual envolve a escolha do método a ser utilizado na avaliação do progresso do paciente e a periodicidade de sua realização;
- dispensação do medicamento e fornecimento de orientações ao paciente, de modo a permitir que este ou o seu cuidador possam monitorar a evolução do tratamento, perceber a ocorrência de problemas farmacoterapêuticos, e atuar de maneira adequada frente a ocorrência de algum problema;
- implementação do plano de monitorização que foi previamente acordado com o paciente, e agendamento do próximo encontro;
- avaliação dos resultados obtidos com o uso do medicamento em relação aos objetivos terapêuticos, com base nos sinais e sintomas do paciente e nos dados monitorados, possibilitando assim a identificação de problemas farmacoterapêuticos;
- resolução de problemas identificados, sendo necessário em alguns casos, a interferência do prescritor ou outro profissional da saúde. A revisão ou atualização do plano de monitorização deve ser realizada sempre que necessário.

Todos esses passos para a realização do seguimento farmacoterapêutico através do método TOM estão apresentados de forma resumida na Figura 1 (GRAINGER-ROUSSEAU et al., 1997).

Figura 1 – Etapas do Método TOM.



Fonte: Adaptado de GRAINGER-ROUSSEAU et al., 1997.

5.4 Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico

O Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico foi desenvolvido na Espanha em 1999 pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, para ser utilizado em farmácias comunitárias. Consiste em um procedimento operativo simples, que pode ser aplicado a qualquer paciente e em qualquer âmbito assistencial (HERNÁNDEZ et al., 2009).

A sua execução dá-se através da realização dos seguintes passos: oferta do serviço, primeira entrevista, estado de situação, fase de estudo, fase de avaliação, fase de intervenção e entrevistas sucessivas (HERNÁNDEZ et al., 2009).

5.4.1 Etapas para execução do método

5.4.1.1 Oferta do serviço

Na oferta do serviço, o farmacêutico deve inicialmente selecionar um paciente e então, explicar-lhe de forma clara sobre o serviço que ele está oferecendo. Se o paciente manifestar interesse no serviço oferecido, agenda-se uma data para a primeira entrevista, e solicita-se que nesse dia o paciente traga o “saco dos medicamentos” que tem em casa, incluindo aqueles que ele já não utiliza mais (o que permitirá o seu descarte), além de documentos referentes à sua saúde, como resultados de exames laboratoriais, diagnósticos médicos, entre outros.

5.4.1.2 Entrevista farmacêutica: primeira entrevista

A primeira entrevista consiste na obtenção das informações referentes aos problemas de saúde e medicamentos utilizados pelo paciente, o que permite iniciar a sua história farmacoterapêutica, para tanto a primeira entrevista é estruturada em três partes: preocupações e problemas de saúde, medicamentos, e revisão geral por sistemas.

- **Preocupações e problemas de saúde**

Na parte inicial da entrevista são feitas perguntas abertas referentes aos problemas de saúde que preocupam o paciente, sendo importante que se registre quando surgiram, as expectativas do paciente e como ele convive com os problemas referidos, além da percepção que o paciente tem quanto ao controle desses problemas, e deve-se perguntar ainda sobre o seu estilo de vida.

- **Medicamentos**

Na segunda parte da entrevista, o farmacêutico deve acessar o saco de medicamentos trazido pelo paciente e obter informações do paciente acerca de cada um desses medicamentos, de modo que se possa identificar o conhecimento e a adesão do paciente ao tratamento farmacológico, bem como aspectos referentes à efetividade e segurança dos medicamentos utilizados. Também nessa etapa da entrevista pode-se aproveitar para descartar os medicamentos que não estão sendo mais utilizados ou que estão fora do prazo de validade.

- **Revisão geral por sistemas**

Finaliza-se a primeira entrevista com a revisão por sistemas, onde são realizadas uma série de perguntas sobre o funcionamento ou estado geral do organismo (da cabeça aos pés). Deve-se ainda registrar possíveis alergias, assim como o peso e a altura, se não foram anotados anteriormente. O principal objetivo da revisão por sistemas consiste em registrar problemas de saúde e demais informações relevantes que não tenham sido relatadas ou não tenham ficado claras em um primeiro momento.

5.4.1.3 Estado de situação

Consiste em um documento estruturado que demonstra, de forma resumida, a relação existente entre os problemas de saúde e os medicamentos do paciente, trata-se, portanto, de uma "fotografia do paciente" no que concerne a sua história farmacoterapêutica em uma determinada data.

Nesse documento são registradas em espaços específicos todas as informações relevantes obtidas na primeira entrevista, desde os dados demográficos até informações referentes a medições clínicas do paciente. No estado de situação também estão incluídas as informações referentes aos RNM, os quais serão identificados e classificados após a fase de avaliação.

Por conter as informações necessárias à avaliação farmacoterapêutica do paciente de forma organizada e objetiva, o estado de situação consiste no documento a ser utilizado na exposição de casos em sessão clínica.

5.4.1.4 Fase de estudo

Nessa fase, o farmacêutico deve realizar um estudo criterioso acerca dos problemas de saúde do paciente e dos seus medicamentos, utilizando-se para isso, de fontes científicas relevantes, que forneçam informações concretas e atualizadas focadas na situação clínica do paciente, o que permitirá que o farmacêutico faça posteriormente uma avaliação crítica da necessidade, efetividade e segurança de cada um dos medicamentos utilizados, e também desenvolva um plano de atuação adequado à situação do paciente em busca de melhorar ou manter os resultados da sua farmacoterapia.

Para aumentar a eficiência da fase de estudo, esta deve ser realizada estudando-se primeiramente o problema de saúde e em seguida os medicamentos a ele relacionados, e assim sucessivamente. Após a fase de estudo pode ser que seja verificada a necessidade de se contatar o paciente a fim de se obter informações que não foram consideradas durante a primeira entrevista, seja por desconhecimento da sua relevância ou por esquecimento. Também pode ser necessário, que logo após o término dessa fase, se solicite a medição de determinadas variáveis clínicas, bem como se modifique o estado de situação do paciente, principalmente em relação ao emparelhamento dos medicamentos com os problemas de saúde.

5.4.1.5 Fase de avaliação

Através da análise do estado de situação do paciente em conjunto com as informações obtidas durante a fase de estudo, o farmacêutico deve avaliar se os medicamentos utilizados pelo paciente são necessários, efetivos e seguros, e também se existe algum problema de saúde para o qual não está sendo utilizado nenhum medicamento apesar da sua necessidade. Portanto, o objetivo dessa fase consiste em identificar se o paciente apresenta resultados negativos associados aos medicamentos (quer manifestados e/ou suspeitos de RNM).

5.4.1.6 Fase de intervenção: plano de atuação

Essa fase compreende a elaboração e implantação de um plano voltado a resolver os problemas identificados na fase de avaliação. O farmacêutico, em acordo com o paciente, deve estabelecer quais os objetivos a serem atingidos, a prioridade dos mesmos, e as intervenções que devem ser realizadas para o alcance desses objetivos. Todas essas informações devem ser registradas na folha do plano de atuação.

As intervenções a serem realizadas também devem ser registradas na agenda do paciente, a qual consiste em um calendário, onde se assinalam as datas em que se avaliarão os resultados obtidos com as intervenções implementadas, sendo que essas datas devem considerar a prioridade de cada um dos objetivos buscados.

Em caso de alguma intervenção necessitar da interferência de outro profissional da equipe de saúde, este deverá ser contatado, de preferência por via escrita, tanto por questões de formalidade quanto pela possibilidade de evitar qualquer equívoco que possa ocorrer, caso seja o paciente o transmissor verbal da informação.

Embora a detecção, prevenção e resolução de RNM se constituam em aspectos importantes, o plano de atuação elaborado não deve se limitar a uma abordagem voltada apenas para as questões relacionadas à farmacoterapia.

5.4.1.7 Entrevistas farmacêuticas sucessivas (resultado da intervenção farmacêutica)

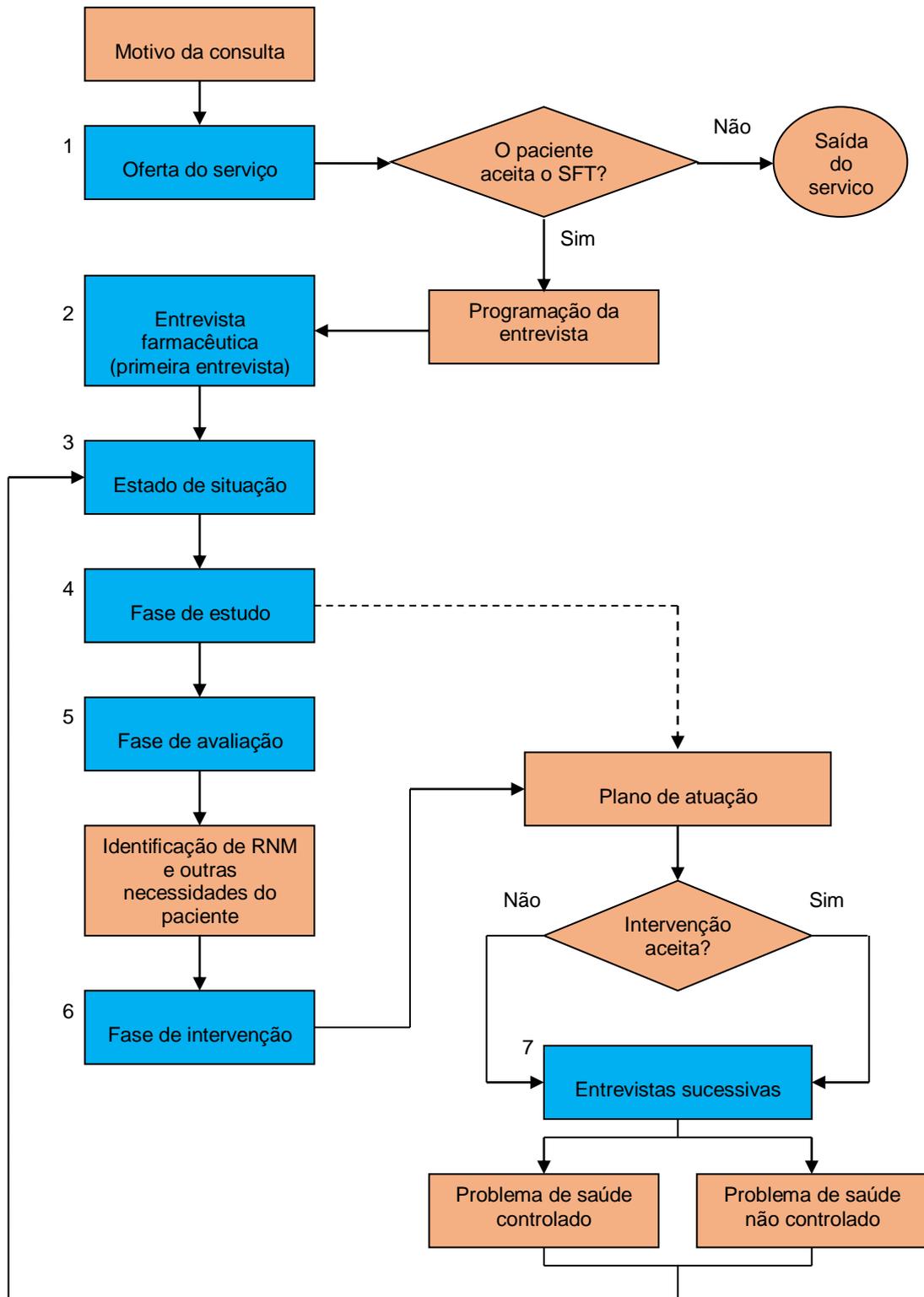
Essa etapa fecha o processo de seguimento farmacoterapêutico tornando-o cíclico. As entrevistas sucessivas servem para conhecer a resposta do paciente e/ou médico à proposta de intervenção, para se avaliar e registrar os resultados obtidos com as intervenções realizadas, para assegurar que as alterações promovidas sejam melhoradas ou mantidas ao longo do tempo, para iniciar novas intervenções (incluindo as previstas no plano de atuação e as intervenções que se fizerem necessárias de acordo com as circunstâncias).

Se durante as entrevistas sucessivas se verificar que o paciente apresenta novos problemas de saúde ou modificações em relação aos medicamentos utilizados, o seu estado de situação deve ser atualizado considerando essas alterações.

O motivo da realização da entrevista, o problema de saúde associado e a data para a realização da próxima entrevista são registrados na folha de entrevistas sucessivas. As informações referentes às intervenções farmacêuticas também são registradas em documento específico, sendo uma das folhas destinada as intervenções que visam a resolução e prevenção de RNM, e a outra folha às intervenções voltadas à manutenção de resultados positivos atingidos no paciente. Após se conhecerem os resultados das intervenções que foram realizadas, as folhas de intervenção devem ser enviadas para o Programa Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico, onde as informações serão analisadas, com o objetivo de se retirar conclusões, tendo por base experiências reais, que permitam melhorar e adequar a prática do seguimento farmacoterapêutico.

Na Figura 2 estão apresentadas de forma resumida as sete etapas do método Dáder (HERNÁNDEZ et al., 2009).

Figura 2 – Etapas do Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico.



Fonte: Hernandez et al., 2009.

5.4.2 Conceito e Classificação de PRM adotados pelo método Dáder

Nos últimos anos, os autores do método Dáder, através da realização de consensos com participação de outras sociedades científicas e instituições espanholas, têm frequentemente tratado a questão conceitual e de classificação dos PRM. O segundo consenso, realizado em 2002, teve como objetivo esclarecer que os PRM deveriam ser entendidos como resultados clínicos negativos derivados da farmacoterapia e não como falhas no processo do uso de medicamentos. No último consenso (Terceiro Consenso de Granada), para reforçar esse entendimento, se propôs que o termo PRM fosse substituído por RNM, resultados negativos associados à medicação, de forma que os PRM passaram a ser entendidos como as causas dos RNM, isto é, como elementos do processo do uso de medicamentos (HERNÁNDEZ et al., 2009).

Sendo assim, de acordo com o terceiro consenso, RNM é definido como “resultados na saúde do paciente, não adequados ao objetivo da farmacoterapia e associados ao uso ou falha no uso de medicamentos”. Enquanto que os PRM correspondem “aquelas situações que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso dos medicamentos” (COMITÉ DE CONSENSO, 2007).

Quanto à classificação, os RNM foram classificados em 6 categorias distintas e excludentes, em função dos critérios de necessidade, efetividade e segurança, assim como proposto no primeiro e segundo consensos, no entanto diferentemente das propostas anteriores, os números que se associavam a cada tipo de PRM foram suprimidos, sendo que a referência ao tipo de RNM é feita através de uma breve definição, tal como demonstrado no Quadro 2 (COMITÉ DE CONSENSO, 2007).

Quadro 2 – Classificação dos RNM segundo o Terceiro Consenso de Granada.

Necessidade	<p>Problema de saúde não tratado O paciente sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita.</p> <p>Efeito de medicamento não necessário O paciente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.</p>
Efetividade	<p>Inefetividade não quantitativa O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação.</p> <p>Inefetividade quantitativa O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.</p>
Segurança	<p>Insegurança não quantitativa O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento.</p> <p>Insegurança quantitativa O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento.</p>

Fonte: Comité de Consenso, 2007.

6 DISCUSSÃO

Considerando que os métodos apresentados fundamentam-se no modelo clínico que foi proposto por Weed para a prática médica, é natural que estes apresentem muitas semelhanças quanto aos passos para a sua execução. Além dos aspectos metodológicos, observa-se ainda outras características em comum entre os métodos, contudo também existem algumas diferenças entre eles.

Tanto o TOM quanto o PW e o método Dáder foram elaborados a partir de trabalhos desenvolvidos em Universidades. Outro ponto em comum entre esses métodos consiste no fato de terem sido inicialmente propostos para utilização em farmácias comunitárias. Atualmente, o método Dáder apesar de poder ser aplicado em qualquer âmbito assistencial, ainda apresenta um enfoque voltado ao desenvolvimento de ferramentas que auxiliem o farmacêutico comunitário na

incorporação do seguimento farmacoterapêutico às suas atividades na farmácia. Enquanto que o PW, devido à atenção farmacêutica estar se firmando como uma prática autônoma nos EUA, vem priorizando uma abordagem onde o farmacêutico possa atuar de maneira mais independente, ainda que os autores do PW afirmem que o seguimento farmacoterapêutico pode ser realizado na farmácia, desde que de forma física e financeiramente desvinculado do processo de dispensação de medicamentos (CORRER; OTUKI, 2013).

O SOAP diferentemente dos outros métodos abordados não foi originalmente desenvolvido para utilização por farmacêuticos, sendo que Weed (1971), quando propôs um novo modelo para a abordagem médica junto aos pacientes, já preconizava o método SOAP como forma de estruturar a documentação dessa prática. Ainda que tenha sido adaptado à prática farmacêutica, o método SOAP não dispõe de um formulário específico para documentar as informações relativas ao processo de seguimento farmacoterapêutico, o que exige do farmacêutico maior experiência na sua execução, já que esse método não dispõe de itens que orientem o farmacêutico na abordagem ao paciente (HURLEY, 1998). O fato das informações não serem registradas de forma padronizada, e sim como texto livre, ao mesmo tempo que permite a simplificação da documentação, implica em uma maior dificuldade durante a realização de consultas posteriores ou análises do plano proposto (McANAW, 2001).

Embora todos os métodos apresentados sejam realizados com base em uma mesma sequência lógica de passos, o TOM inclui uma etapa a mais em relação aos demais modelos, que consiste na dispensação de medicamentos. Outra diferença importante é que o método TOM é aplicável a pacientes com doenças específicas, portanto não apresenta um formulário padronizado passível de ser aplicado indiscriminadamente a qualquer paciente (HURLEY, 1998), como acontece nos métodos PW e Dáder. Ainda que esteja voltado a pacientes com doenças específicas, os autores do TOM enfatizam que essa característica do método não impede que o paciente seja considerado em sua totalidade (POSEY, 1997).

A documentação mais estruturada dos métodos PW e Dáder permitem facilitar a aprendizagem e a realização do seguimento farmacoterapêutico, tornando mais exequível a coleta de dados do paciente (CASTRO, 2004). O método Dáder, ao prevê que o paciente leve os seus medicamentos na primeira entrevista, facilita a obtenção de informações mais fidedignas em relação à sua farmacoterapia, ao

mesmo tempo que permite o descarte dos medicamentos que já não são úteis ao paciente.

Outra característica do método Dáder consiste na valorização da etapa de avaliação das informações em conjunto com a fase de estudo, propiciando uma análise mais criteriosa da literatura. Enquanto que o PW possui muito bem desenvolvido a fase de planejamento dos cuidados que serão oferecidos ao paciente (CASTRO, 2004). Esses métodos também diferem quanto ao modo de registro das informações obtidas durante o processo de seguimento farmacoterapêutico, assim como na forma de classificar os PRM.

No método Dáder todas as informações são condensadas no documento do estado de situação do paciente, e nas folhas de intervenção. Já no PW, o plano de ação para cada problema de saúde é elaborado de forma independente, assim como o acompanhamento da evolução (CORRER; OTUKI, 2013).

Quanto aos PRM, o método Dáder, seguindo as propostas do Terceiro Consenso de Granada, os denomina pelo termo RNM, e os classifica em 6 categorias com base na necessidade, efetividade e segurança da farmacoterapia, e em caso do medicamento estar sendo inefetivo e/ou inseguro avalia-se se estes resultados estão relacionados ou não com a quantidade do medicamento utilizado (HÉRNANDEZ et al., 2009). O PW utiliza o termo problemas farmacoterapêuticos, os quais são classificadas em 7 categorias, considerando-se além da necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos utilizados, a adesão do paciente à farmacoterapia (STRAND, 2004). Apesar da não adesão se constituir em uma causa de PRM, o método PW a inclui como um tipo de PRM em razão da sua importância como causa de inefetividade e insegurança terapêuticas, contudo os autores do PW recomendam que a não adesão seja considerada somente depois de se avaliar a ocorrência dos outros tipos de PRM (CORRER; OTUKI, 2013).

Como comenta Hurley (1998) todos os modelos apresentam pontos positivos e negativos. No entanto é recomendável que profissionais iniciantes na prática de seguimento farmacoterapêutico optem por métodos mais detalhados, o que irá facilitar o processo de aprendizagem. Esse tipo de método também é adequado para utilização em ensaios clínicos na medida em que permitem uma maior padronização do processo. Quanto à utilização de métodos mais simples, estes podem ser utilizados por profissionais que já tenham experiência no desenvolvimento dessa prática (CASTRO, 2004).

7 CONCLUSÃO

Ao se caracterizarem como modelos de seguimento farmacoterapêutico, todos os métodos abordados são executados de modo a permitir identificar e resolver os problemas de saúde relacionados a medicamentos apresentados pelos pacientes, assim como prevenir a sua ocorrência. E em essência seguem a mesma linha de raciocínio clínico, o qual consiste na coleta de dados, identificação de problemas, implantação de um plano de cuidado e seguimento do paciente. A escolha do método a ser utilizado depende basicamente da experiência do farmacêutico na prática de atenção ao paciente.

Para a adequada realização da prática de seguimento farmacoterapêutico, independente do método utilizado, é fundamental que o farmacêutico estabeleça uma relação de confiança e empatia com o paciente, pois desta forma o paciente se sentirá mais confortável em fornecer as informações necessárias à identificação de problemas farmacoterapêuticos, assim como estimulado a participar de forma efetiva na resolução desses problemas. É importante também que os aspectos subjetivos do paciente sejam considerados na elaboração do plano de cuidado, o que permitirá a abordagem do paciente de maneira integral.

ABSTRACT

The pharmacotherapeutic follow-up includes a new practice of pharmacy profession, which allows the pharmacist to maintain a direct and systematic contact with the patient, optimizing their pharmacotherapy with a consequent improvement in quality of life. This work aimed to discuss the models of pharmacotherapeutic follow-up more used. Therefore carried out a literature search, which indexed articles have been accessed in some of the major databases available, and publications from organs and institutions who reported on the said topic, in addition, to complement the survey were also accessed theses and books. Among the methods designed for the practice of Pharmacotherapeutic follow-up, stand out for their greater employment and higher diffusion in the literature, four models. They are: a) Subjective, Objective, Assessment, Plan (SOAP), b) Pharmacotherapy Workup (PW), c) Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM), and d) Dader Method of Pharmacotherapy Follow-Up. The methods discussed have similarities and differences. However all of them are designed based on a common clinical reasoning, where the patient as the beneficiary of the shares of pharmacotherapeutic follow-up, actively participates in decisions and is viewed holistically.

KEYWORDS: Pharmacotherapeutic follow-up. Patients. Models.

REFERÊNCIAS

BISSON, M.P. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. São Paulo: Medfarma, 2003.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n.º 357, de 20 de abril de 2001. **Aprova o Regulamento Técnico das Boas Práticas de Farmácia**. Diário Oficial da União, Brasília, 27 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 02 de 19 de fevereiro de 2002. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Diário Oficial da União, Brasília, 26 mar. 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 44, de 17 de Agosto de 2009. **Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 2009.

CASTRO, M.C. **Atenção farmacêutica: efetividade do seguimento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos não-controlados**. 2004. 180 f. Tese (Doutorado em Medicina Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2004.

CELS, I.C.; ESTELA, A.C.; RIBA, R.F.; ESTEBAN, L.S.; BONAL, J.; GAMUNDI, M.C. **Documentación y evaluación de las intervenciones farmacéuticas**. Barcelona: Ediciones Mayo, 2000.

CIPOLLE, R.J. Drugs don't have doses – People have doses! A clinical Educator's Philosophy. **Drug Intell Clin Pharm**, v.20, p.881-882, 1986.
CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **Pharmaceutical Care Practice**. New York: McGraw-Hill, 1998.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2000.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 2004.

COMITÉ DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM). **Ars Pharm.**, Granada, v.48, n.1, p.5-17, 2007.

CORRER, C.J.; OTUKI, M.F. (org.). **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GRAINGER-ROUSSEAU T.J.; MIRALLES, M.A.; HEPLER, C.D., et al. Therapeutic Outcomes Monitoring: application of Pharmaceutical Care guidelines to community pharmacy. **J Am Pharm Assoc**, v.NS37, n.6, p.647-641, 1997.

HEPLER, C.D.; GRAINGER, R.T.J. Pharmaceutical Care versus Traditional Drug Treatment - Is there a difference? **Drugs**, v.49, n.1, p.1-10, 1995.

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

HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S.; FAUS, M. J. **Método Dáder. Manual de Seguimiento Farmacoterapéutico** (versão em português europeu). 3. ed. Lisboa: Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona - Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (Universidade de Granada), 2009.

HURLEY, S.C. A method of documenting pharmaceutical care utilizing pharmaceutical diagnosis. **American Journal of Pharmaceutical Education** v.62, p.119-127, 1998.

IVAMA, A.M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M.S.; OLIVEIRA, N.V.B.V.; JARAMILLO, N.M.; RECH, N. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica** - proposta. Brasília, (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

KISHI, D.T.; WATANABE, A.S. A systematic approach to drug therapy for the pharmacist. **Am J Pharm Educ** v.24, p.228-231, 1974.

MARTÍNEZ-ROMERO F.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS F.; GASTELURRUTIA, M.A.; PARRAS, M.; FAUS, M.J. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. **Ars Pharmaceutica**, v.42, n.1, p.53-65, 2001.

McANAW, J.J.; MCGREGOR A-M; HUDSON S.A. The pharmaceutical care of patients with hypertension: an examination of service models in primary care in the US. **Pharm World Sci**, v.23, n.5, p.189-194, 2001.

MENEZES, E.B.B. Atenção farmacêutica em xeque. **Rev. Pharm. Bras.**, v.22, p.28, 2000.

MIKEL, R.L.; BROWN, T.R.; LAZARUS, H.L.; VINSON, M.C. Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v.32, n.6, p.567-574, 1975.

MONTE, F.S.; MOREIRA, L.M. Atenção Farmacêutica: um compromisso social. In: MAIA NETO, J.F. **Farmácia Hospitalar e suas interfaces com a saúde**. São Paulo: RX, 2005.

NEVILLE, A.M. **Medicamentos na Prática da Farmácia Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

OMS. FIP. El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención a la Salud: Atención Farmacéutica. Informe de la Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de Agosto al 3 de Septiembre 1993. **Buenas Prácticas de Farmácia: Normas de Calidad de Servicios Farmacéuticos**. Tóquio: FIP, 1993.

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v.44, n.4, p. 601-612, 2008.

POSEY, M. Pharmaceutical care: Will pharmacy incorporate its philosophy of practice?. **J. Am. Pharm. Ass.** NS37, n.2, 1997.

ROVERS, J.P. et al. (Ed). **A Pratical Guide to Pharmaceutical Care**. 2. ed. Washington: AphA, 2003.

SANTOS, H. M.; FERREIRA, P. I.; RIBEIRO, P. L.; CUNHA, I. **Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico**. 1. ed. (versão online). Lisboa: Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona, 2007. Disponível em:

<<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistenciafarmaceutica/gicufintroducao/aseguimentofarmacoterapeutico.pdf>>. Acesso em 28 set. 2014.

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

STRAND, L.M.; CIPOLLE, R.J.; MORLEY, P.C.; FRAKES, M.J. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty five years of experience. **Curr. Pharm. Des.**, v.10, n.31, p.398-4001, 2004.

WEED, L.L. Quality control and the medical record. **Arch Intern Med**, v.127, p.101-105, 1971.