

Joana Sofia Neves de Assunção Lopes

Polifarmacologia e Promoção da Adesão à Terapêutica na Farmácia Comunitária

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto 2012

Joana Sofia Neves de Assunção Lopes

Polifarmacologia e Promoção da Adesão à Terapêutica na Farmácia Comunitária

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto 2012

Joana Sofia Neves de Assunção Lopes

Polifarmacologia e Promoção da Adesão à Terapêutica na Farmácia Comunitária

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas

Resumo

A Adesão à Terapêutica constitui uma fonte de preocupação transversal a todos os profissionais de saúde. A taxa de incumprimento terapêutico é particularmente elevada no Doente Polimedicado, pela complexidade do regime terapêutico a que estão sujeitos e pelo elevado número de medicamentos que lhes são prescritos. O aparecimento de efeitos clínicos indesejáveis é prevalente neste grupo de Doentes, representado essencialmente por Idosos e Doentes Crónicos. O Farmacêutico, pela proximidade que mantém com o Doente no contexto de uma Farmácia Comunitária, deve esclarecer o Doente sobre o tratamento que lhe foi instituído e criar estratégias que garantam a sua efetividade. A adoção por parte do Farmacêutico de intervenções múltiplas e multidisciplinares, que respeitem a singularidade do Doente, permite um maior controlo de distintos problemas de saúde. Têm sido desenvolvidos vários projetos em Farmácias Comunitárias da União Europeia em que o Farmacêutico tem um contributo fundamental na redução significativa do insucesso terapêutico. O incumprimento terapêutico constitui um dos principais desafios para o Farmacêutico Comunitário como corresponsável pela terapia medicamentosa e promotor do uso racional dos medicamentos.

Palavras- chave: Adesão à Terapêutica; Doente Polimedicado; Incumprimento Terapêutico; Farmacêutico; Farmácia Comunitária; Insucesso Terapêutico

Abstract

The Adherence to Therapeutics is one of the transversal worries of every health professional. The rate of non Adherence to Therapeutics is greatly high in Polymedicated Patients on account of the complex therapeutical system they are dependent on and also because of the great number of medicines they are prescribed. Undesirable clinical effects are likely to happen in this type of Patients, essentially formed by Old People and Chronic Patients. The Pharmacist by the close relation he has with the Patient in the context of a Community Pharmacy should explain the Patient about the prescription he is going to be addicted to and create strategies able to become efficient. Different actions, adopted by the Pharmacist respecting the individuality of the Patient, makes easier a better and more efficient control of different health disturbs. Several projects have been achieved in Community Pharmacies of the European Union where the Pharmacist has a vital role to reduce the risk of the therapeutical failure. The non Adherence to Therapeutics is one of the main challenges for the community Pharmacist once he is corresponsable for the drug therapy and the promoter in the rational use of medicines.

Key- words: Adherence to Therapeutics; Polymedicated patients; non Adherence to Therapeutics; Pharmacist; Community Pharmacy; Therapeutic Failure

Agradecimentos

A entrega e defesa de uma monografia representa o culminar de um longo percurso académico. Como em todas as caminhadas, a fase final reflete um misto de emoções, das quais a mais proeminente é a realização pessoal. Este trabalho é o resultado do prazer pelo conhecimento e pela pesquisa científica, não tendo sido fruto de uma dedicação solitária. Foram muitos aquele(a)s que contribuíram para que eu conseguisse atingir os objetivos a que inicialmente me propus.

Aos meus pais agradeço todos os pilares que me sedimentaram. O apoio e o carinho que me dão é sempre o meu grande refúgio. A dedicação que tiveram na leitura do trabalho foi imprescindível para que pudesse detetar erros tão flagrantes, muitas vezes consequência das longas horas de trabalho. Por todo este amor que me têm e que deixam transparecer o meu muito obrigada!

A todos os meus colegas de trabalho, em especial, à Dr^a Eugénia, pela compreensão que tiveram nas minhas ausências e trocas. O produto final deste esforço é o reflexo desta equipa unida que somos nós, membros da Farmácia Pinho! As opiniões dos meus colegas e a sábia experiência da Dr^a Eugénia permitiram-me valorizar o trabalho e retificar aspetos que eu isoladamente não tinha identificado. Obrigada!

Ao Prof. Dr. Pedro Barata, pela paciência que teve comigo, nas minhas insistentes chamadas e e-mails. As suas qualidades pessoais e profissionais foram o suporte deste trabalho e o meu incentivo. Os seus conselhos foram cruciais para alcançar este produto final. Agradeço-lhe muito o seu contributo!

Aquelas pessoas fundamentais na minha vida, e que me fazem perceber o sentido da verdadeira amizade, dedico também esta monografia. Destaco a Anita, a Ana Luisa, a Ana Rita, a Catarina, a Matilde, a Vera e a Suzy, pela compreensão que tiveram em todas as ausências que tive durante este período, espero agora conseguir compensar-vos!

Índice

Resumo	3
Abstract.....	4
Agradecimentos	5
Índice de Anexos	9
Lista de Siglas.....	10
Introdução.....	11
I. A problemática da Adesão à Terapêutica em Doentes Polimedicados	13
1.1. Consequências clínicas da Polimedicação e do uso inapropriado de medicamentos	14
II. Cumprimento Terapêutico e Adesão Terapêutica: passado e presente da terapêutica farmacológica.....	17
2.1. Dados estatísticos ilustrativos do Incumprimento Terapêutico	18
III. Adesão à terapêutica na Farmácia Comunitária	19
3.1. Fatores que influenciam a Adesão à Terapêutica	20
3.1.1. Fatores demográficos, sociais e económicos	20
3.1.2. Fatores relacionados com a patologia e com o regime terapêutico	21
3.1.3. Fatores ligados à relação do doente com os profissionais e serviços de saúde.....	21
3.2. Estratégias de intervenção na Adesão à Terapêutica	22
3.3. Intervenção Farmacêutica em Seguimento Farmacoterapêutico	27
IV. Outras estratégias promotoras da Adesão à Terapêutica	30
4.1 Distribuição em dose unitária	30
4.2 Sistemas de lembrança de horário.....	31
4.2.1 Sistemas de lembrança de horário das tomas	31
4.2.2 Sistemas que recordam a pauta posológica e as instruções terapêuticas..	32
V. Avaliação da Adesão à Terapêutica	34
VI. Polifarmacologia e Promoção da Adesão à Terapêutica	37
6.1 A Intervenção Farmacêutica e o Doente Polimedicado Idoso	37
6.1.1 Problemas relacionados com o uso dos medicamentos no Idoso	38
6.2 Patologias crónicas e tratamentos farmacológicos de longa duração	39
6.2.1 Hipertensão.....	40
6.2.2 Diabetes	40

6.2.3	Asma.....	41
6.2.4	Hiperlipidémia.....	42
6.2.5	VIH/Sida.....	42
6.2.6	O uso de antibióticos e a resistência bacteriana	43
VII.	O Farmacêutico como profissional do medicamento e promotor da Adesão à Terapêutica	44
VIII.	Implementação de um serviço de Adesão à Terapêutica na Farmácia Comunitária	47
8.1.	Justificação do serviço	47
8.2.	Estratégias e mecanismos de funcionamento do serviço	48
IX.	A Adesão à Terapêutica e a Realidade Europeia.....	50
9.1	Alguns países membros da União Europeia	50
9.1.1	Dinamarca.....	50
9.1.2	Finlândia	50
9.1.3.	Alemanha.....	51
9.1.4.	Espanha.....	52
9.2.	NICE <i>guideline</i> 76 – Adesão à terapêutica farmacológica	52
	Conclusão	55
	Referências Bibliográficas.....	57
	Anexos.....	62

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Intervenções Farmacêuticas em Seguimento Farmacoterapêutico	26
Tabela 2 - Classificação de PRM (Problemas Relacionados com o Medicamento) de Lisboa	27
Tabela 3 - Métodos Diretos e Indiretos de Avaliação da Adesão à Terapêutica (anexo 10)	

Índice de Anexos

Anexo 1 - Referência à consulta médica

Anexo 2 - Formulários de Intervenção Farmacêutica

Anexo 3 - Distribuição em Dose Unitária

Anexo 4 - Alarmes de horário

Anexo 5 - Horário da medicação e cartões de tratamento

Anexo 6 - Etiquetas adesivas com pictogramas

Anexo 7 - Anotação de posologia

Anexo 8 - “*Medication Event Monitoring System*” (MEMS)

Anexo 9 - Métodos diretos e indiretos de avaliação da Adesão à Terapêutica

Anexo 10 - Sistemas Multicompartimentais

Anexo 11 - Cartão: “Os Meus Medicamentos”

Anexo 12 - Etapas do Método Dáder®

Lista de Siglas

ABDA - União Federal da Associação de Farmacêuticos Alemães

ANF - Associação Nacional de Farmácias

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

GSK - GlaxoSmithKline

IECA - Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina

MCS - Modelo de Crenças de Saúde

MEMS - *Medication Event Monitoring System*

NICE - *National Institute of Clinical Excellence*

OMS - Organização Mundial de Saúde

OTC'S - *Over the counter*, Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

PGEU - Pharmaceutical Group of European Union

PRM - Problemas Relacionados com o Medicamento

RAM - Reação Adversa Medicamentosa

RCM - Resumo das Características do Medicamento

RNM - Resultado Negativo associado ao uso de Medicamentos

SMS - *Short Message Service*, Mensagens para telemóveis

SEFAC - Sociedade Espanhola de Farmácia Comunitária

VIH - Vírus da Imunodeficiência Adquirida

WHO - World Health Organization

Introdução

A atualidade do tema, Polifarmacologia e Promoção da Adesão à Terapêutica na Farmácia Comunitária, permite uma reflexão profunda sobre o papel do Farmacêutico neste contexto assistencial de eleição. A Farmácia Comunitária, é um setor particular, que emprega a grande maioria dos Farmacêuticos e que continua a constituir, embora nos tempos difíceis que decorrem, a principal opção dos jovens Farmacêuticos recém licenciados. Aqui, estes profissionais de saúde, podem demonstrar todas as competências que adquiriram ao longo do curso, disponibilizando-se a uma permanente evolução feita pela contínua aprendizagem em interação com a equipa de trabalho e com o próprio doente. O Farmacêutico Comunitário tem ainda ao seu dispor diversas possibilidades de enriquecer e aprofundar os seus conhecimentos, através de várias formações, que lhe permitem também a creditação necessária para a revalidação da carteira profissional.

Numa sociedade em que a esperança média de vida aumentou drasticamente nas últimas décadas, o envelhecimento e a condição do Doente Crónico, não são por si só sinónimo de perda de qualidade de vida. De certa forma, esta regalia impossível de prever há alguns anos atrás, teve como consequência o aumento drástico do consumo de medicamentos. A Polifarmacologia, encontra-se implícita nesta mudança e caracteriza-se como o consumo em simultâneo de vários medicamentos de diferentes Classes Farmacoterapêuticas. A condição clínica de um Polimedicado requer alguns cuidados médicos especiais, sendo o principal que o Doente encare de forma responsável e consciente a terapêutica que lhe foi destinada. O tratamento de uma determinada patologia, inclui na maioria dos casos a prescrição por parte do Clínico de medicamentos. O Farmacêutico Comunitário, será o último Profissional de Saúde com quem o Doente mantém contacto antes de iniciar o seu tratamento. A este Profissional do Medicamento compete-lhe assegurar que o Doente compreendeu o tratamento que lhe foi prescrito, aconselhando-o e informando-o sobre diversas particularidades da sua condição clínica.

A pertinência deste tema prende-se com a abrangência de áreas de conhecimento que devem ser aprofundadas para promover a Adesão à Terapêutica Farmacológica. A singularidade de cada Doente não permite que as estratégias adotadas sejam estanques e univalentes. As abordagens para prevenir o insucesso terapêutico devem ser múltiplas. Assim, para uma melhor compreensão desta temática, pretende-se com este trabalho descrever as características particulares de cada Doente Polimedicado e as consequências clínicas da Polimedicação. A importância das Intervenções Farmacêuticas, do Aconselhamento Farmacoterapêutico e da avaliação da Adesão à Terapêutica nas diferentes patologias e no Doente Idoso são também temas fundamentais a abordar no desenvolvimento deste trabalho. Por último e a título comparativo com a realidade nacional, descrevem-se algumas iniciativas para a promoção da Adesão à Terapêutica nos países membros da União Europeia.

Este trabalho de revisão bibliográfica, incidiu numa pesquisa exaustiva sobre o tema da Polimedicação e da Intervenção Farmacêutica. A elucidação sobre as diversas estratégias e metodologias possíveis de adotar para promover a Adesão à Terapêutica constitui uma ferramenta de trabalho útil para os Farmacêuticos, que diariamente exercem prática numa Farmácia Comunitária e que necessitam de uma base de sustentação científica que lhes permita ter alguma confiança nas metodologias que vulgarmente utilizam no Aconselhamento Farmacoterapêutico ao Doente Polimedicado.

I. A problemática da Adesão à Terapêutica em Doentes Polimedicados

Um Doente Polimedicado caracteriza-se por estar a consumir de forma contínua e em simultâneo pelo menos cinco medicamentos diferentes (Banerjee *et al.*, 2011). O fator idade encontra-se diretamente relacionado com a problemática da Polimedicação. O envelhecimento progressivo, nomeadamente da população portuguesa tem como consequências a maior incidência e prevalência de doenças crónicas, o que determina que os Idosos sejam os principais consumidores de cuidados de saúde (Santos e Almeida, 2010). No caso específico de Doentes com múltiplas doenças crónicas pode implicar a obrigatoriedade da prescrição de fármacos de diferentes Classes Farmacoterapêuticas o que se traduz no aumento potencial de risco para o organismo (Galvão, 2006). De acordo com Galvão (2006), a vontade expressa pelo Doente, em consulta, de ser medicado, a omissão de que se encontra a fazer terapêutica com um ou mais fármacos que não são do conhecimento do Médico, assim como não relatar todos os sintomas que poderão ser atribuídos aos fármacos, podem levar a novas prescrições.

Os Doentes Polimedicados, maioritariamente Idosos e Doentes Crónicos, apresentam elevados índices de não Adesão à Terapêutica. No caso dos Idosos, os fatores principais relacionam-se com a quantidade diária de medicamentos a ser administrada, a dificuldade de deglutição, o esquecimento, o nível de escolaridade e cultura, dificuldades económicas e a necessidade de suspenderem a ingestão de álcool. Em Doentes Crónicos a existência de esquemas terapêuticos complexos e a alteração de hábitos diários são os fatores que conduzem à não Adesão à Terapêutica e por sua vez à ineficácia do tratamento (Braz *et al.*, 2011).

Os problemas associados à Polimedicação podem ser minimizados ou até eliminados pela intervenção de uma equipa multidisciplinar. Todos os Profissionais de Saúde intervenientes no circuito do medicamento são importantes para garantir a Adesão à Terapêutica, sendo imprescindível o diálogo e a informação do próprio Doente (Braz *et al.*, 2011). De uma forma resumida, no que concerne ao papel do Farmacêutico, este deve incentivar o Doente, esclarecendo-o da necessidade da toma dos medicamentos prescritos e do cumprimento da pauta posológica. Deve criar

estratégias para evitar que ocorra esquecimento por parte do Doente, assim como avaliar e monitorizar constantemente a terapêutica adotada (Chumney e Robinson, 2006).

1.1. Consequências clínicas da Polimedicação e do uso inapropriado de medicamentos

A falha na adesão às instruções terapêuticas aumenta com a complexidade do regime terapêutico e com o número de medicamentos administrados. Assim, estima-se que Doentes com patologias crónicas como a Diabetes ou Insuficiência Cardíaca, apresentem taxas de incumprimento de 15% aquando da toma de um único fármaco, de 25% em regimes terapêuticos que incluam dois ou três fármacos e ascende aos 35% em casos de mais quatro fármacos prescritos (Barroso e Moral, 2011).

A incidência de reações adversas medicamentosas aumenta exponencialmente em função do número de medicamentos consumidos. O internamento hospitalar motivado por uma reação adversa medicamentosa é cerca de quatro vezes superior em Doentes que tomam oito ou mais fármacos quando comparado com aqueles que consomem menos de cinco fármacos diariamente (Barroso e Moral, 2011). Hanlon y col (*cit. in* Barroso e Moral, 2011) desenvolveram um estudo em que concluíram que 35% dos Doentes Polimedicados desenvolvem uma reação adversa medicamentosa. Segundo estes autores a Polimedicação e o uso inapropriado de medicamentos apresenta uma correlação forte com a mortalidade associada às reações adversas medicamentosas.

Chumney e Robinson (2006), referem que é evidente que quanto maior o número de medicamentos consumidos, maior a probabilidade destes apresentarem interações entre si. Concluíram que esta probabilidade é quase absoluta quando o Doente apresenta um esquema terapêutico diário que inclua oito ou mais medicamentos administrados em simultâneo. Ficou também demonstrado que um outro fator associado à presença de interações medicamentosas é o recurso a vários Médicos prescritores (Chumney e Robinson, 2006).

As interações que desencadeiam uma redução do efeito da medicação, são mais vulgarmente negligenciadas do que as que potenciam o efeito sinérgico, uma vez que se tende a atribuir outras razões para a falha do efeito terapêuticos, tais como o incumprimento terapêutico e a resistência orgânica à medicação. Estas conclusões muitas vezes precipitadas e incorretas podem levar ao aumento da dose ou à introdução de um novo medicamento, desencadeando um maior risco de interação entre medicamentos e Polimedicação (Ay *et al*, 2005).

Os Profissionais de Saúde não conseguem recordar-se de todas as interações possíveis, mas é imprescindível que detenham princípios e conceitos gerais. Conhecer os mecanismos pelos quais os fármacos interagem é útil na abordagem clínica e gestão das intervenções. Estas interações são mais prováveis quando se inicia ou se pára um fármaco. Os grupos Farmacoterapêuticos com maior probabilidade de interagirem são os: Anticoagulantes; Antiarrítmicos; Antiepilépticos; Antiretrovirais; Medicamentos com margem terapêutica estreita como por exemplo: a Varfarina, a Ciclosporina e a Digoxina; Medicamentos que requerem um controlo rigoroso de dosagem: Antihipertensores e Antidiabéticos; Indutores enzimáticos: Carbamazepina e Barbitúricos; Inibidores Enzimáticos: Cimetidina, Cetoconazol, Eritromicina e Ciprofloxacina (Oliveira e Simón, 2009).

A Polimedicação tem como consequência o surgimento de efeitos clínicos indesejáveis, no entanto face a múltiplas patologias, há habitualmente necessidade de instituir terapêutica múltipla, não se podendo assim generalizar que a Polimedicação é sempre inapropriada. Pode considerar-se uma terapêutica apropriada quando o risco da utilização do medicamento é inferior aos benefícios esperados. De acordo com Beer (*cit. in* Soares, 2009), um medicamento pode ser considerado inapropriado por três razões:

- i. Uso excessivo do medicamento, utilização do medicamento quando não deveria ser;
- ii. Utilização inadequada do medicamento (numa dose desajustada, esquema posológico incorreto ou duração terapêutica não conveniente);
- iii. Omissão de um medicamento que deveria ser utilizado.

Em Portugal, as farmácias possuem um software (Sifarma 2000) que lhes permite durante a dispensa da medicação identificar indicações terapêuticas, contraindicações e interações. A informação que o sistema proporciona baseia-se fundamentalmente na que está presente nos Resumos das Características dos Medicamentos (RCM). O Farmacêutico consegue com o auxílio deste programa identificar medicamentos menos adequados aos Doentes, podendo intervir para prevenir efeitos clínicos prejudiciais para a saúde do Doente (Soares, 2009).

II. **Cumprimento Terapêutico e Adesão Terapêutica: passado e presente da Terapêutica Farmacológica**

São inúmeros os artigos científicos que fundem estas terminologias, Cumprimento Terapêutico e Adesão à Terapêutica, aplicando-as sem distinção (Cabral e Silva, 2010). Atualmente estes dois conceitos parecem aludir a perspectivas diferentes. Tradicionalmente recorria-se ao termo Cumprimento para definir o nível em que o Doente seguia as recomendações do Médico, o que denunciava um papel passivo do Doente no seu tratamento, limitava-se a seguir as instruções médicas e a tomar o medicamento. Dessa forma, o termo Incumprimento culpabiliza o Doente que falha na toma do medicamento. Hoje em dia, recorre-se mais vulgarmente ao termo Adesão, que avalia em que medida o comportamento do Doente é coincidente com as recomendações acordadas entre o Profissional de Saúde e o Doente. Salienta-se a participação ativa do Doente, assim como a responsabilidade do Médico em criar um clima de diálogo que facilite a toma de decisões partilhadas (SEFAC, 2011).

A expressão “Adesão à Terapêutica” tornou-se o novo termo “MeSH” na Medline desde Janeiro de 2009 e vem substituir o termo antigo “Cumprimento Terapêutico” (Schneider *et al.*, 2009).

Segundo Klein e Gonçalves (*cit. in* Cabral e Silva, 2010) é necessária uma abordagem biopsicossocial que perceçione o Doente como parceiro ativo no processo terapêutico. Nesta ordem de ideias, o Doente não aderir ao tratamento deve ser entendido como a falta de coincidência entre as perceções do Doente e as do Médico relativamente aos seus problemas e/ ou tratamentos.

Cabral e Silva (2010), mencionam que a falha na Adesão à Terapêutica não se circunscreve à definição do conceito, mas ao facto de não se seguirem as indicações relativas a mudanças de estilo de vida e adotar práticas saudáveis, assim como não comparecer a consultas médicas previamente marcadas ou exames complementares de diagnóstico.

2.1. Dados estatísticos ilustrativos do Incumprimento Terapêutico

Os medicamentos não serão eficazes se os Doentes não os tomarem ou se não seguirem o tratamento que lhes foi prescrito. Nos países desenvolvidos apenas 50% dos Doentes que padecem de patologias crónicas aderem às recomendações que lhes são feitas para o tratamento (WHO, 2003).

Nos tratamentos farmacológicos de longa duração, estima-se que cerca de 50% dos Doentes não cumpra com o tratamento prescrito. Nos Estados Unidos da América, cerca de 11% a 20% das admissões hospitalares (deste valor 30% são Doentes Idosos), episódios de urgência e repetidas consultas médicas devem-se a problemas de não Adesão à Terapêutica instituída (PGUE, 2008).

A não Adesão à Terapêutica é um problema mundial de saúde pública, responsável por cerca de 125.000 mortes anuais, valores dramáticos que nos últimos anos se tornaram mais evidentes nos países desenvolvidos (Mendes *et al.*, 2007).

No caso do Reino Unido, os dados estatísticos demonstram que valores na ordem dos 12 milhões de libras foram empreendidos na tentativa de resolver problemas inerentes à não adesão ao tratamento farmacológico. Em Portugal, verificou-se que, em média por cada medicamento dispensado, cerca de 4,44 euros são desperdiçados, dos quais 60,1% eram suportados pelo Serviço Nacional de Saúde em 2006 (Mendes *et al.*, 2007).

III. Adesão à terapêutica na Farmácia Comunitária

O Médico quando realiza um diagnóstico clínico, pretende na grande maioria dos casos implementar um tratamento farmacológico e proporcionar ao Doente as instruções terapêuticas mais adequadas à sua individualidade. A proximidade do Farmacêutico neste processo faz do mero ato de dispensa de medicamento (s), um exercício de responsabilidade e um compromisso muito elevado em garantir que quando o Doente abandona a Farmácia conhece todas as características importantes do seu tratamento. É evidente que só o Doente que toma regularmente a medicação e que cumpre o esquema terapêutico pode beneficiar dos resultados esperados. O Farmacêutico como profissional de saúde e especialista do medicamento encontra-se na primeira linha de combate contra o uso inadequado dos medicamentos (SEFAC, 2011).

O Farmacêutico é o último profissional de saúde com quem o Doente mantém contacto antes de iniciar o seu tratamento, “gate-keeper”, é o último elo da cadeia assistencial, facto este que deve ser aproveitado. Desta forma, o incumprimento terapêutico não deve ser pensado como responsabilidade única do Doente incumpridor, mas como um processo complexo e multifatorial em que o Farmacêutico tem a sua responsabilidade dentro da equipa multidisciplinar de saúde (SEFAC, 2011).

Algumas barreiras têm vindo a ser ultrapassadas no que respeita ao consenso entre Profissionais e o papel do Farmacêutico na prestação de cuidados de saúde. O termo “cuidado farmacêutico” atribui ao Farmacêutico um papel mais diferenciado e permite-lhe cooperar diretamente com outros profissionais de forma a construir, implementar e monitorizar um plano terapêutico. Este modelo de cuidados farmacêuticos aplicado principalmente à Farmácia Comunitária tem como base de suporte políticas governamentais que avaliam frequentemente a validade destes programas (NCPIE, 2007).

3.1. Fatores que influenciam a Adesão à Terapêutica

Cabral e Silva (2010), distinguem três grandes dimensões de fatores que permitem prever a falta de Adesão à Terapêutica:

3.1.1. Fatores Demográficos, Sociais e Económicos;

3.1.2. Fatores relacionados com a patologia e com o regime terapêutico;

3.1.3. Fatores ligados à relação do Doente com os profissionais e serviços de saúde.

3.1.1. Fatores Demográficos, Sociais e Económicos

A não adesão ao tratamento tende a agravar com o envelhecimento. Os Idosos constituem um grupo mais suscetível a este fenómeno por apresentarem diversas patologias associadas e uma maior prevalência de doenças crónicas. Tendem a acumular diversos regimes terapêuticos em simultâneo. Para além disso, observa-se a deterioração de algumas capacidades como a capacidade cognitiva, a memória, a comunicação, a mobilidade, entre outras que influenciam a realização de uma terapêutica correta (Cabral e Silva, 2010). A *World Health Organization* (WHO, cit. in Cabral e Silva, 2010), refere que os índices de incumprimento em faixas etárias mais jovens chegam a ser superiores à dos Idosos, contribuindo para esta situação a falta de supervisão, a maior autonomia, a autoimagem e as influências sociais.

Os fatores socioeconómicos são mencionados em diversos artigos como um dos principais motivos que pode comprometer a Adesão à Terapêutica. Destaca-se o nível de escolaridade, o baixo rendimento que dificulta a compra dos medicamentos, o desemprego, a distância geográfica da Farmácia e o isolamento social do Doente como barreiras determinantes para uma efetiva Adesão à Terapêutica (Dias *et al.*, 2011). Ao nível social, a inexistência de um núcleo familiar estruturado, bem como o apoio insuficiente das redes sociais em que se insere, podem influenciar o comportamento do doente e este revelar maiores dificuldades em cumprir com o esquema terapêutico (Bugalho e Carneiro, 2004).

3.1.2. Fatores relacionados com a patologia e com o regime terapêutico

A gravidade de uma doença nem sempre corresponde à manifestação de sintomas severos. Paradoxalmente, a inexistência de dor pode levar a falta de Adesão à Terapêutica. A presença de várias doenças em simultâneo, principalmente se uma delas envolver distúrbio psiquiátrico, pode resultar num menor comprometimento com o tratamento e levar à progressão mais rápida da patologia (Joyce – Moniz & Barros *cit. in* Cabral e Silva, 2010).

A duração e complexidade do tratamento, o número elevado de medicamentos tomados pelo Doente e o número de tomas diárias excessivas contribuem para aumentar a dificuldade em cumprir com a terapêutica. O tratamento pode tornar-se mais complexo quando exige cuidados especiais com a toma, como é o caso do respeito pelas horas e pela presença ou ausência de alimentos. Verifica-se que os Doentes apresentam níveis de adesão superiores quando o regime terapêutico é simplificado, as indicações são fáceis de entender, quando não estão sujeitos a mudanças frequentes de posologia, quando são de curta duração e não obrigam a mudanças nas rotinas diárias (Soares, 2009; Cabral e Silva, 2010)

3.1.3. Fatores ligados à relação do Doente com os Profissionais e Serviços de Saúde

No âmbito da Psicologia da Saúde, pode dizer-se que na relação que se estabelece entre o Doente e os Profissionais de Saúde coexistem dois níveis de saber: crenças leigas e crenças profissionais, que interagem numa “díade” em que a comunicação influencia a adesão, expectativas e decisões do Doente, Ogden (*cit. in* Dias *et al.*, 2011). As falsas crenças que os Doentes desenvolvem em relação à terapêutica dificultam o tratamento, uma vez que há uma quebra na relação de confiança que deve existir entre o profissional de saúde e o Doente (Dias *et al.*, 2011). A Adesão à Terapêutica por parte do Doente depende de vários fatores que devem ser considerados, tais como: recursos psicológicos, conhecimentos, atitudes, crenças, perceções relativas a episódios de doença, expectativas pessoais. Podem ainda incluir-se outros como a

ausência de informação e o suporte para a mudança de comportamentos, a falta de capacidade, de motivação e de autoeficácia para gerir o regime terapêutico. Estas características de cada Doente classificam-no como um ser social único, em interação com o ambiente, com um projeto de vida, numa busca constante de equilíbrio (Machado, *cit. in* Dias, 2011).

3.2. Estratégias de intervenção na Adesão à Terapêutica

Um medicamento, independentemente do seu estatuto legal (sujeito ou não sujeito a receita médica) é um bem essencial proveniente de um conjunto de processos tecnológicos que pode “fazer maravilhas”, mas que “não faz milagres” (PGEU,2008). Tem de ser usado de forma apropriada, tendo em conta aspetos fundamentais como o benefício e o risco e também o seu custo e efetividade. São princípios básicos que devem ser respeitados para que se continue a beneficiar do acesso ao uso racional do medicamento (PGEU, 2008).

O desenvolvimento de estratégias para melhorar a Adesão à Terapêutica é complexo e dependerá sempre do tratamento instituído, da doença, do Doente e das causas que o motivam. Não existem métodos mais ou menos eficazes, o mais importante é combinar diferentes tipos de intervenção que tenham em conta as características cognitivas, comportamentais e afetivas do sujeito. Devem sempre incluir-se elementos educativos e motivacionais no sentido de enfatizar o papel específico do Doente (SEFAC, 2011).

Existe uma série de fatores que devem estar sempre presentes em qualquer intervenção:

- i. **Não culpabilizar:** o Doente não deve ser culpabilizado, este é apenas um dos muitos fatores envolvidos na etiopatogenia do problema, não deve imputar-se ao Doente a responsabilidade do mesmo. (Sanchez, 2005).
- ii. **Individualização da intervenção:** regra geral as intervenções destinam-se a pessoas concretas, sendo por isso importante a intervenção individualizada em

função dos fatores implicados na falta de adesão e nas características individuais do incumpridor (Sanchez, 2005).

- iii. **Fortalecimento da relação Doente e Profissional de saúde:** o estabelecimento de uma relação adequada entre o Profissional e o Doente torna possível a criação de um vínculo que desencadeia um compromisso de estratégia terapêutica. O Doente encara a terapêutica como sua o que resulta em menores taxas de abandono. Para além disso, os Doentes que reconhecem abertamente ao Profissional de Saúde as suas dificuldades em seguir o tratamento prescrito, sugerem que estabeleceram uma relação de confiança, correspondendo melhor às intervenções postas em prática para resolver o problema (Dias *et al.*, 2011).
- iv. **Colaboração de diferentes profissionais:** a prevenção, a deteção e a abordagem do incumprimento terapêutico não são da exclusividade do Médico prescriptor. Este processo deve englobar diferentes Profissionais de Saúde que prestam cuidados primários, nomeadamente Enfermeiros, Psicólogos e Farmacêuticos (Sanchez, 2005).

Bugalho e Carneiro (2004) distinguem dois tipos de intervenções:

- i. **Intervenções Educacionais**

A educação é uma estratégia simples e essencial para que o Doente adira à terapêutica. Estas intervenções facultam informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo. Para este efeito recorre-se a diversos métodos como panfletos, filmes, entre outros. A linguagem utilizada deve ser objetiva e clara de forma a corresponder ao nível cultural e cognitivo do Doente. As intervenções que envolvem os doentes e os seus familiares, revelaram-se eficazes na Adesão à Terapêutica. Comparativamente com as pessoas que vivem sozinhas, ficou demonstrado que aquelas que têm apoio familiar diário seguem mais rigorosamente o tratamento (Bugalho e Carneiro, 2004; Sanchez, 2005).

ii. **Intervenções comportamentais**

São vários os modelos comportamentais explicativos da Adesão à Terapêutica que pretendem identificar e explicar as variáveis psicológicas associadas ao comportamento nos aspetos relacionados com a saúde e com a doença. O Modelo de Crenças de Saúde (MCS) é o mais antigo de todos os existentes e fundamenta-se na identificação das expectativas, das crenças, atitudes e valores dos indivíduos, tendo em vista a alteração de determinados comportamentos menos benéficos para a saúde (Roque, 2010).

Pais-Ribeiro (2005), caracteriza este modelo com base em três categorias. A **ameaça**, corresponde à primeira categoria e refere-se à perceção de suscetibilidade à condição de doença e, paralelamente, a perceção da gravidade da condição. A **expectativa quanto ao resultado**, segunda categoria, diz respeito aos benefícios e barreiras associados a uma ação específica. A terceira categoria, **expectativa quanto à eficácia**, remete para a convicção quanto à capacidade pessoal para efetivar uma ação recomendada (Roque, 2010).

Bennett (*cit. in* Roque, 2010), menciona que o Modelo de Crenças de Saúde (MCS) defende que as decisões que se relacionam com a adoção de comportamentos de saúde compreendem uma análise que integra custos e benefícios. Assim, refere que o processo de tomada de decisão apresenta dois elementos fulcrais. Por um lado, os benefícios para a saúde relativos a determinados comportamentos e, por outro, os custos sociais, psicológicos ou outros provenientes da adoção desse mesmo comportamento. O Doente irá empenhar-se e envolver-se mais afincadamente num comportamento de saúde, se o risco de saúde associado for elevado, e ainda, se os custos inerentes a esse mesmo comportamento forem reduzidos (Roque, 2010).

Pereira e Silva (*cit. in* Roque, 2010) alegam que o Doente constrói uma determinada crença sobre algo, assumindo-a como verdadeira, tende assim a interpretar o meio envolvente de modo a credibilizar e atestar essa sua crença, mesmo que isso implique um enviesamento da interpretação e informação que recebe do meio interno ou externo.

As crenças sobre os medicamentos relacionam-se com a Adesão à Terapêutica. Esta relação é evidente num estudo realizado por Horne e Weinmann (*cit. in* Roque, 2010), em que 324 doentes crónicos (Asma, Insuficiência Renal, Doença Cardíaca e Doença Oncológica) são avaliados no cumprimento do esquema terapêutico estabelecido. Os Doentes que manifestavam grande preocupação com a medicação que tomavam, em que as crenças se prendiam com os efeitos sentidos a longo prazo ou ainda com a dependência que esses medicamentos poderiam apresentar, apresentavam baixa Adesão à Terapêutica. Este estudo reflete a importância das crenças sobre a medicação no processo de Adesão à Terapêutica, sendo que estas se revelaram preditores fortes, responsáveis por 19% da variância explicativa da adesão (Roque, 2010).

António Damásio (*cit. in* Figueras, 2011) realça a influência mútua entre a emoção e o raciocínio. As emoções positivas sobre um determinado medicamento poderiam ser o resultado de empatia gerada pelo marketing ou sentimentos de confiança. De acordo com Figueras (2011), podem também surgir emoções negativas como sentimentos pejorativos sobre os produtos genéricos ou interpretações erradas da “prescrição racional” como algo relacionado com países pobres ou com uma redução na liberdade de prescrição. As estratégias utilizadas para melhorar o uso dos medicamentos têm na grande maioria dos casos uma base clínica e farmacológica, mas não contemplam os aspetos emocionais, que deveriam existir para serem tão eficientes como as campanhas de marketing. A identificação destes fatores que determinam a prescrição pode ser útil na construção de campanhas verdadeiramente eficazes para uma melhor utilização dos medicamentos (Figueras, 2011).

As intervenções comportamentais, têm como principais objetivos: incorporar na prática diária mecanismos de adaptação; otimizar a comunicação e o aconselhamento; simplificar os regimes terapêuticos; envolver os Doentes no tratamento; fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação (Bugalho e Carneiro, *cit in* Dias *et al.*, 2011).

Uma Intervenção Farmacêutica é qualquer ação (atividade), que surge de uma tomada de decisão prévia e que tem como objetivo alterar qualquer característica do tratamento, do Doente que o usa ou das circunstâncias que o envolvem (Dáder *et al*, 2009). De acordo com Dáder *et al.*, 2009, a finalidade de uma Intervenção Farmacêutica sintetiza-se em três situações possíveis: i) Resolver ou prevenir reações adversas medicamentosas; ii) Preservar ou melhorar os resultados positivos alcançados; iii) Acompanhar e instruir o Doente para ter mais e melhores cuidados, para o seguimento do seu problema de saúde e assim melhorar o uso dos seus medicamentos.

3.3. Intervenção Farmacêutica em Seguimento Farmacoterapêutico

O tipo de intervenção mais adequado para atingir um objetivo, deve ser escolhida de acordo com evidências científicas que demonstrem efetividade no controlo de distintos problemas de saúde. O sinergismo de várias intervenções favorece e rentabiliza ao máximo o efeito das mesmas (Horta, 2007).

Sabater *et al.*, cit in Dadér *et al.* (2010), definem as intervenções que um Farmacêutico pode realizar para resolver ou prevenir um Resultado Negativo do Medicamento (RNM).

Tabela 1- Intervenções farmacêuticas em Seguimento Farmacoterapêutico (Sabater *et al.*, 2005)

Categoria	Intervenção	Definição
<i>Quantidade de medicamentos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Alterar a dose - Alterar a frequência da administração 	<p>Ajuste da quantidade de fármaco que se administra de uma vez;</p> <p>Alteração do esquema pelo qual ficam repartidas as tomas do medicamento ao longo do dia.</p>
<i>Estratégia farmacológica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Adicionar medicamento - Retirar medicamento 	<p>Incorporação de um novo medicamento aos que (não substitui);</p> <p>Abandono da administração de um determinado (s) medicamento (s) dos que o Doente utiliza.</p>
<i>Educação ao doente</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Educar no uso do medicamento -Alterar atitudes respeitantes ao tratamento - Educar nas medidas não farmacológicas 	<p>Educação nas instruções e precauções para a correta utilização e administração do medicamento;</p> <p>Reforço da importância da adesão do Doente ao seu tratamento.</p> <p>Educação do Doente em todas as medidas que favoreçam a realização de objetivos terapêuticos</p>

Nas ocasiões em que é necessário comunicar a outros Profissionais de Saúde as Intervenções Farmacêuticas realizadas, é recomendado que se utilizem relatórios por escrito (anexo1). Destes relatórios devem constar os dados pessoais do Doente, o motivo de encaminhamento para a consulta, o parecer Farmacêutico, as intervenções e as determinações efetuadas na Farmácia (Horta, 2007).

A planificação das Intervenções Farmacêuticas deve ser determinada em função do problema. Em certas situações são feitas gradualmente, outras vezes, perante uma situação grave, poder-se-ão iniciar várias ações em simultâneo. A informação sobre as Intervenções Farmacêuticas realizadas quer para resolver um problema associado à medicação quer para manter os resultados positivos, incluem as denominadas folhas de Intervenção Farmacêutica (anexo 2). Nestas folhas de intervenção descrevem-se as ações que o Farmacêutico desenvolveu para solucionar o problema, assim como o resultado obtido de tal ação (Dáder *et al.*, 2009).

No sentido de avaliar os resultados obtidos, convém clarificar a diferença entre os efeitos negativos provocados pelos medicamentos, designados por RNM, e as possíveis causas designadas por PRM, que se definem como “aquelas situações que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso dos medicamentos”. Assim, os PRM passam a ser todas as situações que colocam o utilizador de medicamentos em maior risco de sofrer um RNM (Dáder *et al.*, 2009).

O resultado de diversos projetos desenvolvidos em ambiente farmacêutico clínico (Farmácias Comunitárias, Hospitais, Lares), pelo grupo de Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona, propõe uma classificação designada como “Classificação de PRM de Lisboa” (tabela 2) e que se encontra testada e avaliada para processos de revisão e validação da terapêutica (Santos *et al.*, 2007).

Tabela 2 – Classificação de Lisboa de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) (Santos *et al.*, 2007)

PRM1	Medicamento não necessário
PRM2	Medicamento não adequado
PRM3	Posologia não adequada
PRM4	Falta de condições do doente/sistema

Estes quatro parâmetros devem ser avaliados pelo Farmacêutico para cada medicamento, dando origem a quatro categorias de PRM:

1. **Necessidade do medicamento:** o medicamento deve ter as suas indicações aceites e o Doente deve ter um problema de saúde declarado ou risco de o ter (Fernandéz - Llimós *et al.*, 2004);
2. **Medicamento adequado:** determinados medicamentos são desaconselhados em certos Doentes podendo não exercer a sua ação ou desencadear problemas de segurança (reações adversas, alergias e contra indicações) (Santos *et al.*, 2007);
3. **Posologia adequada:** o tratamento de um problema de saúde implica que o medicamento seja utilizado na dose, na frequência, na duração e no momento correto. A dose pode estar em excesso ou ser insuficiente (Santos *et al.*, 2007).
4. **Condições do doente/sistema:** o Doente/Cuidador/Enfermeiro deve saber administrar o medicamento corretamente e de modo autónomo. Fatores como o incumprimento, a dificuldade em administrar a medicação, a falta de recursos financeiros para adquirir o medicamento, o fato do medicamento estar indisponível ou de não estar comercializado incluem-se nesta categoria (Iglésias- Ferreira e Santos, 2009)

IV. Outras estratégias promotoras da Adesão à Terapêutica

4.1 Distribuição em dose unitária

Existem vários sistemas possíveis (Medipack®, Nomad®), podem classificar-se de acordo com o número de dias de tratamento (1 a 7 dias), de acordo com as divisões (1 a 6 doses diárias) e dispositivos reutilizáveis (SEFAC, 2011) (anexo3).

São sistemas de pós dispensa que estão especialmente concebidos para facilitarem a toma correta dos medicamentos. O Farmacêutico reacondiciona toda a medicação sólida que o Doente toma, de acordo com a posologia prescrita e seguindo os protocolos de trabalho instituídos. Permite incluir os Doentes num programa de “Cuidados Farmacêuticos” com o conseqüente Seguimento Farmacoterapêutico. Estes dispositivos não devem ser percecionados isoladamente, mas sim como parte integrante de uma estratégia global que tem como finalidade o compromisso do Doente com o seu tratamento, a correta monitorização das reações adversas, contra-indicações e o reforço da confiança do Doente a respeito das vantagens da terapia (Santos *et al.*, 2007).

As vantagens dos sistemas de distribuição em dose unitária prendem-se essencialmente com os erros posológicos, duplicações ou omissões e com a diminuição dos esquecimentos do esquema terapêutico. É indispensável que o Farmacêutico explique ao Doente o funcionamento do sistema, mediante um dispositivo que contenha um placebo e assim comprovar que este o sabe manipular e que compreendeu as ordens definidas (Carvalho e Santos, 2006).

Em Portugal, ainda não existem sistemas de distribuição de dose unitária nas Farmácias Comunitárias, este sistema é exclusivo de Farmácia Hospitalar.

4.2 Sistemas de lembrança de horário

Este tipo de sistema baseia a sua eficácia no fato dos esquecimentos corresponderem a uma das principais causas de incumprimento. Os esquecimentos são mais frequentes quando se aumenta a complexidade do esquema terapêutico, o número de fármacos prescritos, quando estão associadas modificações dos estilos de vida e quando o horário da toma coincide com certas ocupações. É primordial uma adequação terapêutica em função do doente (SEFAC, 2011).

Os sistemas de lembrança de horário podem ser divididos em dois grupos:

4.2.1 Sistemas de lembrança de horário das tomas

4.2.1.1 Alarmes de horário. São eficazes e baratos e podem apresentar bons resultados. Desde o uso do tradicional despertador até sistemas mais sofisticados como os cartões de cumprimento. Este tipo de cartões, está disponível na Holanda, e é um dispositivo eletrônico, com dimensões parecidas a um cartão de crédito que emitem um sinal sonoro para lembrar o doente da toma do medicamento (anexo4) (Alves, 2005).

4.2.1.2 Chamadas telefônicas realizadas por sistemas automáticos, pelo Farmacêutico ou por outros Profissionais de Saúde. Esta estratégia dá bons resultados, mas é dispendiosa e requer contratação de pessoal, o que limita bastante a sua utilização (Dáder *et al.*, 2009).

4.2.1.3 Mensagens postais. Este tipo de estratégia só por si é pouco efetiva, no entanto combinada com outros sistemas pode dar bons resultados (SEFAC, 2011)

4.2.1.4 Mensagem para telemóveis (SMS). Este tipo de mensagens, tanto de saúde, como as que informam sobre o cumprimento, não apresentam bons resultados, como indicam diferentes trabalhos científicos. Esta estratégia é cara e tem sido utilizada apenas em trabalhos científicos de investigação (Fajardo *et al.*, 2005).

4.2.1.5 Associação da toma da medicação com uma atividade quotidiana.

Com este método pretende-se criar o hábito que relacione a toma do medicamento com uma atividade que se realize à mesma hora (SEFAC, 2011).

4.2.1.6 Destacar um familiar como responsável. Os Doentes que frequentemente se esquecem de tomar a medicação, devem ter um membro da família que se responsabilize por avisar o Doente da toma do medicamento à hora respetiva (Horta, 2007).

4.2.1.7 Mensagens de correio eletrónico. Nestas mensagens lembra-se o Doente da toma do medicamento. São muito práticos porque podem ser acompanhados de mensagens educativas. É um sistema muito barato, no entanto requer que o Doente tenha conhecimentos básicos de informática e que consulte frequentemente a sua caixa de correio eletrónico (SEFAC, 2011).

4.2.1.8 Aplicação para telemóveis. Alguns softwares de telemóveis apresentam aplicações que recordam o Doente de como e quando deve proceder à terapêutica medicamentosa (anexo 5).

4.2.2 Sistemas que recordam a pauta posológica e as instruções terapêuticas

4.2.2.1 Horário da medicação e cartões de tratamento. Consiste numa ficha informativa personalizada que se entrega ao doente e que inclui a lista dos fármacos prescritos, ordenados cronologicamente, assim como a posologia e características específicas quanto à administração. Permite ao Doente obter informação sobre a sua medicação em qualquer altura, evitando erros involuntários e facilitando o cumprimento (anexo 6) (Horta, 2007).

4.2.2.2 Etiquetas adesivas com pictogramas de posologia. São etiquetas que se colam às caixas dos medicamentos e que informam o doente sobre a posologia do seu tratamento (anexo 7) (SEFAC, 2011).

4.2.2.3 Anotação da posologia e conselhos de utilização escritos na embalagem. Consiste em escrever nas embalagens de forma breve as instruções básicas da pauta posológica do tratamento prescrito. Por exemplo: 1+1+1 (anexo 8) (Horta, 2007).

4.2.2.4 Calendário de cumprimento e ficha de anotação da medicação que se efetuou. Nestas fichas são anotadas as tomas que o doente realiza, evitando assim erros como duplicações e omissões, sendo que o Doente controla o seu regime terapêutico com mais facilidade (Horta, 2007).

V. Avaliação da Adesão à Terapêutica

A complexidade do comportamento humano dificulta uma avaliação rigorosa da Adesão à Terapêutica. O rigor desta avaliação irá sempre depender da patologia, do regime terapêutico instituído e do método a que se recorre. Não existe nenhum método de excelência para esta avaliação (Vik *et al.*, 2005).

Os instrumentos existentes quando usados isoladamente não conduzem a resultados totalmente confiáveis, sendo que se deve utilizar mais do que um método em simultâneo, como por exemplo a avaliação clínica e o auto relato (MacLaughin *et al.*, 2005).

A identificação da falta de Adesão à Terapêutica torna-se por vezes mais acessível ao Farmacêutico do que ao próprio médico. O Farmacêutico pode identificar na dispensa repetida de medicamentos e nos cuidados domiciliários a falha no cumprimento do esquema terapêutico instituído (Soares, 2009).

Dos diversos métodos criados para avaliar a Adesão à Terapêutica, os mais frequentemente utilizados são os seguintes:

- i. **Monitorização bioquímica:** Este método é dispendioso e na maioria das vezes não está disponível para todos os medicamentos. O Doente pode falsificar os resultados ao tomar o medicamento antes da análise. Esta metodologia é influenciada por fatores como interações medicamentosas, variabilidade fisiológica, esquema posológico e semivida do medicamento (Soares, 2009).
- ii. **Renovação da dispensa e contagem de comprimidos:** O Farmacêutico, como conhecedor do esquema posológico do Doente, sabe o número de comprimidos que deveriam ter sido tomados e o número de comprimidos que o doente tomou (Soares, 2009). Pela contagem do número de comprimidos é possível verificar-se se o doente é ou não cumpridor da terapêutica. A percentagem de cumprimento baseia-se na aplicação da seguinte fórmula:

$$\% \text{ de cumprimento terapêutico} = \frac{\text{Número total de comprimidos tomados}}{\text{Número de comprimidos que deveria ter tomado}} \times 100$$

Fonte: Soares, 2009

Constitui um método suficientemente válido, objetivo e fiável, sendo que é possível classificá-lo como metodologia padrão em estudos de validação de métodos indiretos de avaliação de incumprimento terapêutico baseados na entrevista clínica (SEFAC, 2011).

Uma das principais limitações deste método é o facto de não proporcionar informação detalhada de como se realizou o cumprimento terapêutico durante o período a analisar. Pode sobrestimar a taxa de Adesão à Terapêutica (SEFAC, 2011).

- iii. **Medication Event Monitoring System (MEMS):** são sistemas de monitorização que utilizam um registo informatizado, colocando um microchip na tampa de abertura da embalagem, controla-se automaticamente a toma do medicamento e a hora. O custo elevado deste dispositivo limita o seu uso generalizado (SEFAC,2011; Wendel *et al.*, 2001) (anexo 9).
- iv. **Entrevista clínica:** Este método caracteriza-se por inquirir o Doente, com base em questões previamente formuladas para avaliar o seu nível de cumprimento terapêutico. Estas metodologias tradicionais dão resultados pouco rigorosos, especialmente as que se limitam ao auto relato do Doente. Os instrumentos de avaliação geridos pelo próprio Doente sobrestimam a Adesão à Terapêutica (SEFAC, 2011)
- v. **Escala de auto relato de Morisky:** Este método para a avaliação da Adesão à Terapêutica baseia-se na deteção de falhas no cumprimento terapêutico

por esquecimento, por descuido, por melhoria sintomática ou por reações adversas. Este método baseia-se numa resposta dicotómica **Sim** ou **Não** e a sua utilização é muito frequente. Existem algumas versões em que o teste é utilizado numa escala de Likert de 5 pontos, desde **A maioria das vezes** até **Nunca**. A cotação total é obtida pela média das cotações obtidas nas 4 perguntas, sendo baixa a adesão quando a cotação é inferior a 5 (Rigby, 2007)

As 4 perguntas do teste são as seguintes:

1. Alguma vez se esqueceu de tomar o medicamento?
2. É descuidado com a hora da toma do medicamento?
3. Algumas vezes deixou de tomar o medicamento quando se sentiu melhor?
4. Por vezes, quando se sente pior ao tomar o medicamento, deixa de o tomar?

(Rigby, 2007)

Em suma, não existe um método de eleição para avaliar a Adesão à Terapêutica, sendo que o mais correto será combinar dois ou mais métodos de forma a alcançar respostas mais completas e fiáveis. Estes métodos classificam-se em diretos e indiretos (anexo 10) (Mira e Costa, 2009).

Os métodos diretos, permitem a observação “in loco” se a posologia é cumprida pelo Doente, providenciam a confirmação se o medicamento foi tomado ou não. A metodologia direta possibilita a avaliação das concentrações de fármacos ou metabolitos em fluidos orgânicos. Estes métodos apresentam como principal desvantagem, o custo elevado, para além de alguns resultados poderem surgir adulterados como consequência da variabilidade metabólica do Doente, ou alterações à posologia feitas por este (Mira e Costa, 2009).

Os métodos indiretos de avaliação da Adesão à Terapêutica incluem inquirir os Doentes (quer oralmente, quer através de questionários escritos), contar comprimidos, monitorizar eletronicamente a medicação, entre outros. Esta metodologia é fácil de desenvolver e é a mais utilizada na investigação em farmácia prática (Mira e Costa, 2009)

VI. Polifarmacologia e Promoção da Adesão à Terapêutica

6.1 A Intervenção Farmacêutica e o Doente Polimedicado Idoso

Os Idosos são um grupo heterogêneo, em que a idade cronológica nem sempre reflete a idade funcional. No entanto as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento modificam a farmacocinética e a farmacodinamia, podendo afetar a resposta farmacológica (Simón, 2009). A absorção, distribuição, metabolismo e eliminação dos fármacos pode estar comprometida (Horta, 2007).

A absorção intestinal dos medicamentos não sofre alterações apreciáveis apesar das alterações gastrintestinais presentes no Idoso. No entanto, a absorção de algumas vitaminas e minerais pode estar diminuída, nomeadamente do ferro, cálcio, vitamina B12 e vitamina D. O risco de um fármaco afetar a absorção de outro está aumentado devido à polimedicação. Esta situação pode ser prevenida com um intervalo de 2 a 4 horas entre a toma dos fármacos (ex. antiácidos contendo magnésio, cálcio ou alumínio podem afetar a absorção de quinolonas, tetraciclinas e ferro) (Horta, 2007).

A distribuição dos medicamentos no Idoso pode estar alterada. Alguns parâmetros fisiológicos como a redução da massa muscular, o aumento do tecido adiposo e a redução do volume total de água, características dos Idosos, conduz a alterações do volume de distribuição e da semivida de alguns fármacos. No caso de fármacos lipossolúveis (ex. benzodiazepinas lipofílicas), o volume de distribuição aumentado leva ao aumento de semivida e da duração de ação. No caso da albumina plasmática, ocorre uma modificação da ação dos medicamentos que se distribuem apenas no espaço extracelular ou que se liguem fortemente à albumina (ex. varfarina, fenitoína, digoxina), ocorrendo aumento do efeito (Horta, 2007).

A redução da metabolização leva a um aumento de semivida de muitos medicamentos como as benzodiazepinas e também à exacerbação das reações adversas. Simón (2009), refere que a semivida do diazepam é de 20 horas no adulto jovem atingindo as 90 horas no Idoso.

A eliminação encontra-se reduzida no Idoso, uma vez que a função renal diminui, afetando assim a eliminação de muitos fármacos. A dose de fármacos com margem terapêutica estreita como é o caso da digoxina e dos aminoglicosídeos, deve ser cuidadosamente estabelecida e os Doentes monitorizados frequentemente (Horta, 2007).

6.1.1 Problemas relacionados com o uso dos medicamentos no Idoso

A existência de erros e problemas relacionados com os medicamentos é mais prevalente nos Idosos, uma vez que a prescrição de vários fármacos pode revelar-se inevitável. Contribuem para esta situação a prescrição realizada por diversos especialistas, os problemas cognitivos, a incapacidade física e a difícil situação social em que este grupo se encontra, sendo que muitos Idosos habitam sozinhos. Para além de todos estes fatores a grande maioria não mantém um estado nutricional adequado (Horta,2007).

Os problemas relacionados com a medicação surgem quando o Doente Idoso deve receber um fármaco novo ou adicional para uma doença, mas não o faz; recebe um fármaco não necessário; recebe o fármaco errado para a sua situação; recebe uma dose incorreta; experimenta uma Reação Adversa a Medicamentos (RAM) ou uma interação; ou, por último, não está a tomar corretamente o medicamento. Estes problemas podem aumentar consideravelmente o risco de morbilidade e mortalidade (Simón, 2009).

Vários estudos mencionados por Simón (2009), apontam para a elevada taxa de incidência de prescrições inadequadas em lares. Fármacos que devem ser evitados em idosos por ineficácia ou alto risco desnecessário, parecem ser sobreutilizados nestes estabelecimentos. As classes farmacoterapêuticas mais prescritas nestas situações são: os Analgésicos, os Anti Inflamatórios Não Esteróides (Naproxeno, Piroxicam, Indometacina); os Psicofármacos; Fármacos Anticolinérgicos; Relaxantes Musculares e Anti Histamínicos; Antidiabéticos de Longa Duração de Ação e Anti Hipertensores como a Metildopa.

São comuns as falhas no ajuste posológico, sendo vulgarmente prescritas doses elevadas a Idosos insuficientes renais. As potenciais interações aumentam em função do número de medicamentos e representam um importante problema, geralmente prevenível. A complexidade da terapêutica implica que os Idosos tomem os medicamentos a diferentes horas, com ou sem a presença de alimentos. A monitorização não adequada da terapêutica é particularmente problemática neste grupo etário. Destaca-se a prevalência de cerca de 35% de Reações Adversas Medicamentosas (RAM) em idosos na comunidade como consequência do número de fármacos elevado, prescrição inadequada e doses desajustadas (Fernandez *et al.*, 2006).

Os Sistemas Multicompartimentais de Ajuda utilizam-se para melhorar a adesão do Idoso Polimedicado à sua terapêutica (anexo 10) e auxiliam-no no combate às dificuldades de memória. O enchimento destes dispositivos nem sempre é fácil, uma vez que o obriga a conhecer bem o regime terapêutico para organizar o sistema. O Farmacêutico pode contribuir para evitar estes erros através da promoção da utilização destes dispositivos e do seu preenchimento semanal, assegurando que o Doente sabe utilizá-lo através da sua educação e treino (Soares, 2009).

O programa da Associação Nacional de Farmácias (ANF), designado por Intervenção Farmacêutica no Idoso, utiliza como estratégia para a promoção da Adesão à Terapêutica, um cartão de nome “ Os Meus Medicamentos” (anexo11), onde constam todos os medicamentos que o doente toma (nome e dosagem, posologia, data de início e fim do tratamento), incluindo os não sujeitos a receita médica. O Doente é informado da necessidade de atualizar o cartão cada vez que inicia/altera a terapêutica e, ainda, é motivado a mostrar o cartão sempre que vai ao Médico e à Farmácia (Horta, 2007).

6.2 Patologias crónicas e tratamentos farmacológicos de longa duração

As patologias crónicas têm um impacto económico muito significativo, essencialmente no que respeita à produtividade da pessoa lesada. Muitos estudos demonstram que os doentes que sofrem de patologias crónicas como a Asma, a Diabetes, a Obesidade e a Sida falham no processo de Adesão à Terapêutica. A

Organização Mundial de Saúde (OMS), refere que a efetividade das intervenções especializadas no processo de Adesão à Terapêutica têm mais impacto na saúde da população do que qualquer outro tipo de investimento específico no tratamento clínico (WHO, 2003).

6.2.1 Hipertensão

Na Europa, aproximadamente 44% da população é hipertensa, estes doentes constituem um grupo de risco elevado para complicações cardiovasculares provenientes desta patologia. Diversos estudos clínicos evidenciam que o tratamento correto reduz em larga escala o risco associado. Estima-se que 2/3 dos Doentes hipertensos apresentem dificuldade na regularização dos valores de tensão arterial (PGEU, 2008).

Estudos realizados em Portugal demonstraram que os “cartões de alarme” têm um efeito positivo na Adesão à Terapêutica da hipertensão em doentes que tomam Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA'S) uma vez ao dia em monoterapia, em períodos de tempo superiores a 3 meses (Alves *et al.*, 2005).

A Intervenção Farmacêutica nesta área provou ser uma das mais efetivas. Os Farmacêuticos reuniram esforços para melhorar o controlo e a informação aos Doentes sobre a importância da medição da tensão arterial como medida preventiva das complicações cardiovasculares. Pretende-se motivar o Doente no compromisso com o seu tratamento e elucidar sobre possíveis modificações a realizar no estilo de vida e hábitos alimentares (PGEU, 2008).

6.2.2 Diabetes

O tratamento da Diabetes tipo II representa uma das principais fontes de despesa dos sistemas de saúde. Existem diversos programas semelhantes a serem desenvolvidos nos países da União Europeia, incluindo Portugal. Designam-se por programas de Controlo da Diabetes e demonstraram ser eficazes na manutenção de níveis regulares de glicémia em Doentes Diabéticos não controlados. A percentagem de Diabéticos não

controlados integrados no Programa Português e que atingiram níveis regulares de glicémia foi de 21% ao fim de 3 meses, valor que permanecia inalterado ao fim de meio ano. Este programa de intervenção utilizado nas Farmácias demonstrou que para se atingirem níveis adequados de Adesão à Terapêutica o doente deve ser encorajado e motivado a seguir as indicações do seu Médico e ou Farmacêutico (PGEU, 2008).

6.2.3 Asma

A prevalência da Asma está a aumentar na maioria dos países, especialmente entre crianças. O controlo completo desta patologia é vulgarmente encontrado com tratamento farmacológico, embora os níveis de não Adesão à Terapêutica variem entre os 30 e os 70% (Bender *et al.*, 1997). A adesão ao tratamento da Asma não depende só de quando a medicação é tomada, mas de como este tratamento é realizado. Esta patologia requer o uso de inaladores e outros dispositivos complexos. Mesmo nos casos em que o Doente apresenta um nível de adesão satisfatório, a técnica inalatória pode ser incorreta e não permitir que a totalidade do medicamento seja absorvido (Molimard *et al.*, 2003).

Em estudos com doentes asmáticos os dois erros mais comuns na terapêutica, resultavam da falha na expulsão do ar contido nos pulmões antes de efetuar a inalação (29% dos casos) ou a não retenção por alguns segundos do ar após a inalação (28% dos casos). Estes erros foram observados em cerca de 40 a 47% dos doentes (Molimard *et al.*, 2003).

Em Portugal, uma campanha nacional foi desenvolvida em Maio de 2006, para promover a utilização correta dos dispositivos de inalação. Cerca de 53% das Farmácias Comunitárias Portuguesas participaram neste estudo, tendo ficado demonstrado que 61% dos Doentes englobados não tinham a patologia controlada nas 4 semanas anteriores ao estudo. A Intervenção Farmacêutica consistia em salientar a importância de aderir à utilização de medicação preventiva (ex. corticosteroides inalatórios), como um dos métodos de controlo da Asma a longo prazo. O Farmacêutico deve esclarecer o Doente sobre a função da medicação utilizada para o alívio imediato dos sintomas (ex.

agonistas b-2) devendo o Doente reservá-los unicamente para situações de crise. O Farmacêutico tem um contributo fundamental na demonstração do uso correto dos dispositivos inalatórios de forma a maximizar a sua função e reduzir problemas de segurança, como duplicação de dosagens (Molimard *et al.*, 2003).

6.2.4 Hiperlipidémia

A Hiperlipidémia representa um dos principais fatores de risco da doença cardiovascular e caracteriza-se por uma elevação dos níveis de lípidos na corrente sanguínea. Estes lípidos incluem: o colesterol, esterés de colesterol (compostos), fosfolípidos e triglicerídeos. A baixa Adesão à Terapêutica é o principal fator responsável pela falha no sucesso do tratamento da Hiperlipidémia. Apenas 50% dos Doentes que tomam medicamentos para reduzir o nível excessivo de lípidos na corrente sanguínea irá persistir com a terapêutica após 6 meses da sua prescrição e apenas 30 a 40% irão manter o tratamento após os 12 meses (Fontes *et al.*, 2006).

Um estudo desenvolvido em 52 Farmácias Comunitárias Portuguesas e que englobou 1270 doentes, demonstrou que as principais razões apontadas para o abandono do tratamento estavam relacionadas com a falta da persistência do Doente e com a interrupção recomendada pelo Médico (Fontes *et al.*, 2006).

6.2.5 VIH/Sida

Os Doentes infetados com Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH), necessitam de apresentar elevadas taxas de Adesão à Terapêutica para prevenirem resistências virais e promoverem uma boa resposta imunológica. Os dados estatísticos contrariam esta necessidade, uma vez que estes Doentes demonstram níveis de Adesão à Terapêutica inferiores a 70% (Mugavero *et al.*, 2005).

A Intervenção Farmacêutica nesta área inclui o apoio ao Doente na compreensão da relação existente entre a adesão ao tratamento e a resistência vírica, assim como a necessidade de tomar todas as doses prescritas. Deve dialogar com o Doente sobre como

incorporar a medicação na sua rotina diária e sentir-se confortável ao fazê-lo em frente aos outros. O Farmacêutico e os restantes membros da equipa de saúde devem chegar a um acordo quanto ao regime posológico mais simples, reduzindo a frequência de tomas e o número de comprimidos. Destaca-se o treino que deve ser realizado com a colaboração do Farmacêutico no conhecimento e manuseamento dos efeitos secundários da medicação (Mugavero *et al.*, 2005).

6.2.6 O uso de antibióticos e a resistência bacteriana

A não adesão à correta terapêutica com antibióticos resulta na resistência bacteriana a estes fármacos, o que constitui atualmente o principal problema de saúde pública dos países desenvolvidos (PEUG, 2008).

A compreensão do uso correto destes medicamentos é fundamental para que o fenómeno da resistência aos antibióticos seja controlado. A Intervenção Farmacêutica nesta área remete não só para as melhores práticas na dispensa dos medicamentos, mas para também para um reforço na informação sobre a importância de como estes medicamentos devem ser tomados, salientando-se o regime posológico (ex. um comprimido a cada 12 horas) e a extensão do tratamento (exemplo: durante 7 dias). O Farmacêutico deve combater a automedicação com antibióticos informando o Doente da necessidade da prescrição e dos perigos eminentes da resistência antimicrobiana (PEUG, 2008).

VII. O Farmacêutico como profissional do medicamento e promotor da Adesão à Terapêutica

A profissão farmacêutica, desde os finais do séc. XIX aos inícios do séc. XX, caracterizou-se por uma adaptação à enorme diversidade de descobertas científicas. Nessa altura, o Farmacêutico era conhecido como boticário, dispunha de um autêntico laboratório químico-farmacêutico, onde realizava todas as suas preparações e onde procurava sintetizar novos medicamentos. Muitas preparações eram formuladas à base de plantas medicinais. O desenvolvimento da indústria farmacêutica, na segunda metade do séc. XX levou ao desaparecimento destes laboratórios anexos e à consequente diminuição da atividade da farmácia de oficina como centro científico e de investigação. A partir dos anos 60 procedeu-se à reprofissionalização da atividade farmacêutica (SEFAC, 2011). O Farmacêutico, além de produtor de medicamentos, passou também a ser um corresponsável pela terapia medicamentosa e promotor do uso racional de medicamentos, adquirindo maior relevo o papel que este desenvolve nos cuidados de saúde (Pires *et al.*, 2006).

O Farmacêutico Comunitário mediante a dispensa informada e seguimento farmacoterapêutico, pode proporcionar ao doente sob a forma de informação oral ou escrita, conhecimentos suficientes que lhe permitam uma correta utilização dos medicamentos e assim obter o melhor efeito que deles provém. Compete-lhe informar o doente sobre cuidados obrigatórios relativos à patologia, regime terapêutico (dose, pauta posológica e duração do tratamento), conselhos e normas de administração, informação sobre os efeitos secundários mais relevantes, além de salientar a importância da adesão ao tratamento que contribui para reduzir a taxa de insucesso terapêutico (SEFAC, 2011).

Como orientação, para o tipo de informação a dar ao Doente sobre cada medicamento, podem ser utilizadas as 5 questões seguintes:

- Para que serve?
- Como e quando tomar?
- Durante quanto tempo?
- Que cuidados especiais devo ter?

- Que possíveis efeitos adversos e que fazer se ocorrerem? (Horta, 2007)

No âmbito das recomendações propostas pelo EuroPharm Forum¹ *cit in* Horta, 2007, estas questões são utilizadas internacionalmente pelos Farmacêuticos para a promoção do uso correto, efetivo e seguro dos medicamentos.

A informação dada ao Doente sobre cada medicamento deve ter em conta, essencialmente, as indicações que constam na receita médica e as recomendações do médico ao doente. No caso de dúvidas, o Farmacêutico deve contactar o Médico ou sugerir ao Doente esclarecimentos junto do mesmo (Horta, 2007).

É crucial explicar ao Doente a importância da Adesão à Terapêutica e o que fazer no caso de se esquecer de tomar algum medicamento. No caso dos dispositivos terapêuticos (ex. dispositivos de inalação e de administração de insulina), deve exemplificar-se a técnica correta ao doente e verificar, de seguida, se o Doente sabe utilizar os dispositivos (Horta, 2007).

O incumprimento terapêutico representa um novo desafio para o Farmacêutico comunitário, devendo este adquirir competências que lhe permitam identificar e quantificar este problema em função da singularidade do doente com que se depara. Neste sentido, revela-se mais importante o reconhecimento do incumprimento do que ignorá-lo e assumir as consequências. O Farmacêutico deve enriquecer-se nesta área de conhecimento e integrá-la na sua prática habitual na Farmácia. Uma vez identificada a situação deve intervir para a corrigir mediante estratégias múltiplas e multidisciplinares (SEFAC, 2011).

O Farmacêutico deve empenhar-se em preconizar diversas medidas para melhorar a Adesão à Terapêutica. Estes esforços têm sido considerados como um dos

(a) ¹ O EuroPharm Forum é o Forum das Associações Farmacêuticas Europeias e OMS Região Europa, estando integrado na Unidade de Políticas, Sistemas e Serviços de uma Divisão da Organização Mundial de Saúde – Região Europa

melhores investimentos em termos de patologias crónicas, para melhorar a adesão ao tratamento (Soares, 2007).

VIII. Implementação de um serviço de Adesão à Terapêutica na Farmácia Comunitária

8.1. Justificação do serviço

Qualquer serviço que se pretenda implementar na Farmácia deve seguir uma metodologia. Como ponto de partida deve identificar-se a necessidade de resolver um problema latente, neste caso específico trata-se do incumprimento terapêutico. A análise das debilidades, ameaças e oportunidades, deve ser realizada em cada Farmácia. As Farmácias apresentam características que as diferenciam umas das outras. Após esta avaliação segue-se o estabelecimento do método de trabalho, assim como a discriminação de procedimentos e a designação do responsável do serviço. Preenchidos estes requisitos pode proceder-se à implementação do serviço. A última etapa corresponde à avaliação dos resultados obtidos pelo serviço e à revisão da concordância destes com os objetivos inicialmente traçados (SEFAC, 2011).

Cada Farmácia deve estabelecer um diagnóstico inicial que lhe permite desenvolver uma estratégia adequada graças ao conhecimento dos pontos fracos e fortes desta empresa. Esta análise será sempre individualizada para cada Farmácia e deve compreender uma análise interna, discriminando as vantagens competitivas e as desvantagens competitivas. A análise externa compreende a caracterização dos elementos favoráveis e desfavoráveis à criação deste tipo de serviço (SEFAC, 2011).

A oferta deste tipo de serviço tem como destinatário indiscutível o Doente. Este é quem vai decidir se aceita ou não o serviço que lhe é oferecido. A Farmácia Comunitária, é o contexto assistencial por excelência onde a oferta é realizada diretamente ao Doente. Assim, o Farmacêutico, é o profissional mais próximo, não existindo, nenhum outro membro da equipa de saúde que possa interferir na aceitação deste serviço (Dadér *et al.*, 2010).

Numa situação ideal, o Farmacêutico deve convidar o Doente a dirigir-se para uma área privada, ou semiprivada da Farmácia, para explicar a relação proposta, os seus

benefícios e o seu compromisso com o bem estar do Doente. As relações de confiança, raramente são resultado de uma única interação. O Seguimento Farmacoterapêutico é um processo interativo e contínuo. O Farmacêutico interage regularmente com o Doente para fortalecer a relação e recolher dados adicionais para garantir que as necessidades do tratamento estão a ser asseguradas (Remington, 2003).

A oferta deste serviço ocorre quando o Farmacêutico percebe alguma necessidade do Doente relacionada com os seus medicamentos. As situações que podem refletir esta necessidade são as seguintes:

- O Doente questiona algo sobre um medicamento, um problema de saúde ou um parâmetro bioquímico;
- O Farmacêutico recebe uma queixa sobre algum medicamento prescrito ou deteta alguma reação adversa medicamentosa durante o tratamento;
- O Doente manifesta alguma preocupação sobre algum dos seus medicamentos ou problemas de saúde;
- O Farmacêutico observa algum parâmetro clínico desviado do valor esperado para o Doente;
- O Doente solicita o serviço (Dáder *et al.*, 2009)

8.2. Estratégias e mecanismos de funcionamento do serviço

Após ter sido identificado o Doente incumpridor, devem ser decididas as estratégias a aplicar para resolver o problema do incumprimento, pelo que a solução deve resultar na combinação de múltiplas estratégias (SEFAC, 2011).

As características do Doente que devem ser consideradas para decidir sobre as estratégias mais adequadas são: a idade; os medicamentos utilizados; a dependência; os problemas cognitivos; os problemas de memória que causam confusão na toma da medicação; a motivação para cumprir o tratamento; a presença de um cuidador ou familiar responsável e a existência de problemas físicos (Dáder *et al.*, 2009).

O Método Dáder® é utilizado por Farmacêuticos em diversos países do Mundo e destaca-se pela sua capacidade de aplicação em distintos contextos assistenciais. Este método permite registar, monitorizar e avaliar os efeitos da farmacoterapia utilizada por um Doente, através de procedimentos simples e claros. O Método Dáder® baseia-se em obter informação sobre os problemas de saúde e o seu tratamento em diversas ocasiões, assim como avaliar os resultados da farmacoterapia. O resultado da avaliação e da análise dos estados da situação, estabelece um plano de intervenção com o Doente, onde ficarão registados todos os procedimentos que se considerem oportunos para melhorar e preservar o seu estado de saúde (Dáder *et al.*, 2009). O Método Dáder® resume-se a sete etapas: 1. Oferta do serviço; 2. Entrevista Farmacêutica; 3. Estado da situação; 4. Fase de Estudo; 5. Fase de Avaliação; 6. Fase de Intervenção; 7. Entrevistas sucessivas (anexo 12).

IX. A Adesão à Terapêutica e a Realidade Europeia

9.1 Alguns países membros da União Europeia

9.1.1 Dinamarca

A partir do ano 2000, as Farmácias Comunitárias Dinamarquesas começaram a desenvolver campanhas públicas para promoverem o uso correto de medicamentos sujeitos a receita médica e uma melhoria dos estilos de vida, sensibilizando para a importância do exercício físico e de uma alimentação saudável (PGEU, 2008).

Um dos programas com maior impacto foi aquele que incidiu na população idosa, e que pretendeu testar um modelo de Cuidados Farmacêuticos para um grupo específico de Doentes Idosos Polimedicados. Este projeto demonstrou um impacto positivo na qualidade de vida destes Doentes e desencadeou uma redução dos custos económicos associados a esta condição clínica. Nesta iniciativa foram englobados sete países da União Europeia. Este projeto inovador na altura, constitui atualmente um serviço oferecido pela maioria das Farmácias Comunitárias, muitas vezes em cooperação direta com cuidados de enfermagem ao domicílio (PGEU, 2008)

9.1.2 Finlândia

A Associação de Farmácias Finlandesas tomou uma decisão consciente de investir na Adesão à Terapêutica em áreas de Doenças Crónicas ou de tratamentos longos como a Asma, a Diabetes e as Doenças Cardiovasculares. Estes esforços repercutiram-se na prática em programas especializados para Farmácias, atualmente a serem utilizados em cerca de 93% das Farmácias Finlandesas. Estes programas foram criados com o apoio de organizações de doentes que colaboraram com o contributo dos especialistas das diferentes patologias envolvidas. Através destes programas é possível todos os anos realizar-se a Semana do Coração, o Dia do Coração, o Dia Mundial da Diabetes e a Semana Nacional da Asma. Durante estas campanhas as Farmácias oferecem informação mais detalhada sobre o tratamento e

patologia, proporcionado à população em geral ações preventivas e de rastreio extensíveis a todos os Utentes (PGEU, 2008)

A Finlândia possui nas Farmácias comunitárias, um sistema automático de dispensa de dose, em vigor desde 2001. A medicação do Doente é revista pelo Farmacêutico e pelo Médico e só depois é que os medicamentos são cedidos aos doentes por um período de duas semanas, devidamente empacotados e rotulados em embalagens concebidas para o efeito. Cada saco é rotulado com o nome do Doente e com a hora do dia a que o medicamento deve ser tomado. Este tipo de sistema permite ao Doente poupar dinheiro, aumentar a Adesão à Terapêutica, assim como contribuir para a sua própria segurança (Van Mil *et al.*, 2006).

9.1.3. Alemanha

A área dos cuidados farmacêuticos encontra-se em franca expansão neste país há cerca de 15 anos, em que muitos projetos diferentes têm sido desenvolvidos nas Farmácias Comunitárias e supervisionados pela União Federal da Associação de Farmacêuticos Alemães (ABDA) (PGEU, 2008).

Um dos programas mais inovador e com maior destaque foi o que foi concebido especialmente para promover a Adesão à Terapêutica, estabelecendo um contrato familiar. Toda a medicação (*Over the counter*, (OTC'S), sujeitos a receita médica, produtos homeopáticos) existentes em ambiente familiar deveriam ser registados no software da Farmácia. O principal objetivo seria a deteção de situações de incumprimento, que constituem o primeiro passo para promover a Adesão à Terapêutica. Este conceito de Farmácia Família veio aumentar a proximidade entre os Farmacêuticos e a equipa médica. Cerca de 85% das Farmácias Comunitárias Alemãs aderiram ao programa e cerca de 2 milhões de famílias envolvidas (Sturgess *et al.*, 2003).

9.1.4. Espanha

O Conselho Geral de Farmacêuticos Espanhóis desenvolveu, em 2007, uma campanha para otimizar o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), em colaboração com a GlaxoSmithKline (GSK) da qual participaram 3000 Farmacêuticos comunitários, em que se pretendia a colaboração destes profissionais na deteção de problemas de saúde pública. Esta campanha tinha dois objetivos principais: aumentar o conhecimento específico dos Farmacêuticos sobre a doença e proporcionar melhor informação ao doente para que tornasse o tratamento mais eficiente. Para a implementação desta campanha, muitas iniciativas foram desenvolvidas, assim como “*guidelines*” da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), disponibilização de matérias às farmácias, questionários e brochuras (PGEU, 2008).

Em 2006, o Ministério da Saúde Espanhol assinou um acordo com o Conselho dos Farmacêuticos no sentido de promover o uso racional de antibióticos e a qualidade do serviço farmacêutico. No contexto deste acordo, chegou-se à conclusão de que os Farmacêuticos devem combater a automedicação com antibióticos, informando o Doente sobre a importância de um tratamento correto e o perigo do uso inadequado deste tipo de medicamentos (PGEU, 2008).

9.2. NICE *guideline* 76 – Adesão à Terapêutica Farmacológica

O relatório desenvolvido pelo *National Institute of Clinical Excellence* (2009), sediado em Londres, refere que cerca de um terço a metade dos medicamentos² prescritos para tratamentos de longa duração não estarão a ser tomados de acordo com as recomendações terapêuticas.

De acordo com o referido nesta *guidelines 76* do NICE podem distinguir-se duas categorias de falhas no processo terapêutico: a não Adesão à Terapêutica **intencional** e **não intencional**. A não Adesão à Terapêutica **não intencional** ocorre quando o Doente

² Nesta *guideline* o termo “medicamentos” deve ser entendido como a medicação prescrita que é auto administrada e que inclui: comprimidos, xaropes, pomadas, gotas oftálmicas e supositórios.

pretende seguir o tratamento, mas não o faz por situações externas ao seu controlo. Incluem-se neste grupo de circunstâncias as dificuldades que o Doente apresenta na compreensão do tratamento, as limitações físicas, a impossibilidade de pagar ou simplesmente o esquecimento. A não adesão **intencional** observa-se quando o Doente decide não seguir o tratamento. Esta situação deverá ser entendida com base nas crenças e preferências do Doente e que influenciam a sua perceção do tratamento e o motivam a iniciar ou a dar-lhe continuidade (NCPIE, 2009).

A NICE *guideline* 76 oferece conselhos práticos a todos os Profissionais de Saúde que se encontram envolvidos na prescrição, revisão ou dispensa de medicamentos. Refere como devem proceder para envolver o Doente em todas as decisões relativas ao seu tratamento farmacológico e que estratégias a adotar para promover a efetividade da Adesão à Terapêutica (NCPIE, 2009).

De uma forma geral e sintetizada, este documento menciona que os Profissionais de Saúde devem adaptar a abordagem terapêutica às necessidades individuais do Doente para que todos tenham a oportunidade de serem envolvidos nas decisões respeitantes ao seu tratamento. A informação deverá ser acessível e compreensível para o Doente, nem que para isso o Profissional de Saúde tenha de recorrer a imagens, símbolos, a um intérprete, entre outras estratégias possíveis. O aumento do envolvimento do Doente pode repercutir-se na tomada de decisão consciente de não fazer o tratamento ou de o interromper, o profissional deve estar atento a esta possibilidade, uma vez que é um direito que assiste ao Doente. Deve reconhecer-se que a não Adesão à Terapêutica é vulgar e que todos os Doentes, por vezes não cumprem com a terapêutica. Garantir que o Doente adquiriu os conhecimentos previstos para a realização de um tratamento correto é fundamental. O profissional deve fornecer informação e fazer a revisão periódica da medicação, especialmente em casos de tratamentos de longa duração com múltiplos medicamentos (NCPIE, 2009).

A NICE *guideline* 76 é uma ferramenta importante e útil, que evidencia o fenómeno de que a não Adesão à Terapêutica é muitas vezes um problema ocultado e que se reflete na relutância dos Doentes em expressarem as suas dúvidas e preocupações. Providencia melhores métodos para resolver esta situação e promove

uma discussão honesta e aberta sobre esta problemática que envolve os medicamentos e a Adesão à Terapêutica (NCPIE, 2009).

Conclusão

A presente monografia teve como objetivo principal apresentar uma revisão bibliográfica de diversos estudos realizados na área da Adesão à Terapêutica e contribuir para o aperfeiçoamento das funções do Farmacêutico na promoção da adesão ao tratamento farmacológico do Doente Polimedicado.

O Farmacêutico Comunitário, conhecido em tempos como o boticário, apresenta hoje um papel de relevo na instituição da terapêutica medicamentosa. A proximidade que mantém com o Doente, permite-lhe estar numa situação privilegiada para mediante uma dispensa informada, proporcionar ao Doente os conhecimentos suficientes que lhe permitam tirar o melhor proveito da terapêutica que lhe foi proposta.

A evolução que esta profissão tem sofrido vai ao encontro da mudança de paradigma no papel do Doente. A perspetiva tradicional de cumprimento terapêutico que atribuía ao Doente um papel passivo, em que este se limitava a seguir as instruções médicas tem vindo a ser substituída pelo já vulgar termo adesão. A Adesão à Terapêutica remete para uma participação ativa do doente no seu tratamento e para a toma de decisões partilhadas com os membros da equipa de saúde. O Farmacêutico, como último elo da cadeia assistencial tem um contributo imprescindível neste processo.

O caso particular do Doente Polimedicado, requer um cuidado especial no Aconselhamento Farmacêutico pela eminência do surgimento de reações adversas e pela probabilidade de ocorrência de interações medicamentosas. É exigido ao Farmacêutico uma globalidade de conhecimentos que lhe permitam intervir com segurança para que o doente usufrua dos benefícios esperados do tratamento. O Farmacêutico tem ao seu dispor na Farmácia Comunitária um software próprio que o auxilia na deteção destas situações e que permite que intervenha na revisão da medicação e sustente a tomada da decisão mais acertada. A monitorização do plano terapêutico atribui-lhe um papel diferenciado e permite-lhe cooperar com outros profissionais de saúde com objetivo último de reduzir o insucesso terapêutico.

A Intervenção Farmacêutica remete para um conjunto diversificado de estratégias possíveis e dependerá sempre do tipo de tratamento instituído, da patologia, das perceções e motivações do doente e das causas que motivaram o tratamento. A combinação de diferentes tipos de intervenção é sempre a opção mais viável, incluindo-se sempre elementos educativos e motivacionais para realçar o papel do Doente.

O Farmacêutico encontra-se numa posição vantajosa para identificar falhas no processo terapêutico. A avaliação da Adesão à Terapêutica é por vezes mais acessível a este profissional do que ao próprio Médico. Uma vez que na intervenção farmacêutica e no processo de avaliação não existe um método de eleição, a estratégia mais correta é a utilização de dois ou mais métodos que permitam alcançar resultados mais fiáveis.

A problemática da Adesão à Terapêutica com destaque para o caso do Doente Polimedicado tem sido fonte de preocupação de diversas instituições políticas europeias. O retrato sumário do que tem sido desenvolvido nesta área nos países membros da União Europeia ficou referenciado neste trabalho. A realidade nacional não se encontra distante do que tem sido feito nos restantes países, a comunidade de Farmacêuticos comunitários portugueses encontra-se recetiva e envolvida em diversos projetos que promovem a Adesão à Terapêutica e a adoção de estilos de vida saudáveis.

Referências Bibliográficas

- Alves, F. (2005). Effect of reminder cards on compliance with antihypertensive medication, *International Journal of Pharmacy Practice*, 13(3), pp.1-7.
- Ay, P., Akici, A., Harmanc, H. (2005). Drug utilization and potentially inappropriate drug use in elderly residents of a community in Istanbul, *International Journal of Clinical Pharmacology Therapy*, 43, pp.195-202.
- Banarjee, A. *et al.* (2011). The prevalence of polypharmacy in elderly attenders to an emergency department - a problem with a need for an effective solution, *American Journal of Emergency Medicine*, 4(22), pp.1-3.
- Barroso, A. e Moral, E. (2011). *Polimedicação y Salud: Estrategias para la adecuación terapêutica*. Barcelona, Ed. Reprodisseny.
- Bender, B. *et al.* (1997). Nonadherence in asthmatic patients: is there a solution to the problem?, *Annals of allergy, Asthma & Immunology*, 79(3), pp. 177-185
- Braz, L. *et al.* (2011). Polimedicação em doentes idosos: a adesão à terapêutica, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, pp.176-182.
- Bugalho, A. e Carneiro, A. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Cabral, M. e Silva P. (2010). *Adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população Portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Carvalho, S. e Silva, O. (2006). *O Projeto de implantação da dose individualizada na maternidade Dona Íris*. Brasília, Universidade de Brasília.
- Chumney, E. e Robinson, L. (2006). Efectos de las intervenciones del farmacêutico en pacientes polimedcados, *Pharmacy Practice*, 4(3), pp. 1- 7.
- Dadér, M., Castro, M., Hernández, D. (2010). *Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico*. Lisboa, Edições Universitárias Lusófonas.
- Dias, A. *et al.* (2011). Adesão ao regime terapêutico na Doença crónica: Revisão da Literatura, *Millenium*, 40, pp.201 -219.

- Fajardo, P. *et al.* (2005). Adaptación del Método Dáder de Seguimiento farmacoterapêutico al nível assistencial de atención primaria, *Seguimiento Farmacoterapêutico*, 3(2), pp. 158-64.
- Fernández-Llimós, F. *et al.* (2004). Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia, *Seguimiento Farmacoterapêutico*, 2(3), pp.195-205.
- Fernandez, L. *et al.* (2006). Errores de medicación e incumplimiento terapêutico en ancianos polimedicados, *Farmacia Hospitalar*, 30(5), pp. 280-83.
- Figueras, A. (2011). The use of drugs is not as rational as we believe...but it can't be! The emotional roots of prescribing, *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67, pp. 67-69
- Fontes, E. *et al.* (2006). Pattern of use of statins in Portugal. Presented at 22nd ICPE – *Pharmacoepidemiology for Public Health Congress*, 26, pp. 24-27.
- Garcia-Jimenez, E. (2003). *Incumplimiento como causa del problema relacionado com medicamentos en el seguimiento farmacoterapêutico*. Granada, Universidad de Granada.
- Horta, M., (2007). *A Intervenção Farmacêutica no Idoso, Guia Prático*. Lisboa, Associação Nacional das Farmácias.
- MacLaughlin, E. *et al.* (2005). Assessing Medication in Elderly: Which tools to use in clinical practice?, *Drugs Aging*, 88, pp.32-33.
- Mendes, Z. *et al.* (2007). The cost of wasted medicines in Portugal, *Value in Health*, 10, pp.364.
- Mira, L. e Costa, F. (2009). Adesão à terapêutica: conceito, avaliação e aplicabilidade, *Boletim do Centro de Informação do Medicamento, revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 90, pp.3-4.
- Molimard, M. *et al.* (2003) Assessment of handling of inhaler devices in real life: an observational in 3811 patients in primary care, *Journal of Aerosol Medicine*, 16(3), pp. 249- 254.
- Mugavero, M. *et al.* (2005). Barriers to antiretroviral adherence: the importance of depression, abuse, and other traumatic events, *AIDS Patient Care/STDS*, 20(6), pp. 418-428.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Educate before you medicate, Enhancing prescription medicine adherence: a National Action Plan*. National Council on Patient Information and Education. NCPIE [on line]. Disponível em < http://www.talkaboutrx.org/med_compliance.jsp > [Consultado em 12/12/11].

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. NCPIE [on line]. Disponível em < www.nice.org.uk > [Consultado em 23/01/12].

Galvão, C. (2006). O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp.747.

Iglésias- Ferreira, P. e Santos, H. (2009). Dispensação clínica de medicamentos, *Boletim do Centro de Informação do Medicamento, Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 99, pp. 3-4.

Mira, L. e Costa, F. (2009). Adesão à terapêutica: conceito, avaliação e aplicabilidade, *Boletim do CIM, Revista da Ordem dos farmacêuticos*, 89, pp. 90.

Oliveira, P. e Simón, A. (2009). Interações medicamentosas na prática farmacêutica, *Centro de Informação do Medicamento, Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 91, pp.49.

Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra, Quarteto editora

Pires, C., et al. (2006). Request of pharmaceutical care service in a private owned community pharmacy, *Pharmacy Practice*, 4, pp.34-37.

Pharmaceutical Group of the European Union. (2008). *Improving Patient Outcomes in Europe through Community Pharmacists' intervention – targeting adherence*. PGEU [on line]. Disponível em < www.pgeu.eu > [Consultado em 6/5/2012].

Remington, A. (2003). *Ciencia y Práctica de la Farmacia- 20ª edição*. Buenos Aires, Editorial médica Panamericana.

Rigby, D. (2007). Adherence Assesment Tools: Drugs Don't Work When they're not Taken, *Australian Journal of Pharmaceutics*, 88, pp.32-33.

Roque, A. (2010). *Adesão Terapêutica e Qualidade de Vida: estudo exploratório em indivíduos com Doença Obstrutiva e Tuberculose Pulmonar*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Sábater Hernández, D. e Amariles P. (2006). Educación Sanitaria: Curso Básico de Atención Farmacêutica. [on line]. Disponível em <www.correofarmaceutico.com/formacion> [Consultado a 2/2/2012].

Sanchez, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapêutica en patologias crónicas, *Información Terapêutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), pp.1-3.

Santos, M. e Almeida, A. (2010). Polimedicação no idoso, *Revista de Enfermagem Referência*, 2, pp.150.

Santos, H. *et al.* (2007). *Introdução ao seguimento Farmacoterapêutico*. Lisboa, Universidade Lusófona.

Schneider, MP, *et al.* (2009). Adherence: a review of education, research, practice and policy in Switzerland, *Pharmacy Practice*, pp 63-73.

Simón, A. (2009). Utilização de medicamentos no Idoso, *Boletim do CIM, Centro de Informação do Medicamento, Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 90, pp.1-2.

Schommer, J. *et al.* (2002). Community Pharmacist's work activities in the United States during 2000, *Journal of American Pharmaceutic Association*, 42, pp.399-406.

Soares, M. (2009). *Avaliação da Terapêutica Potencialmente Inapropriada no Doente Geriátrico*. Lisboa, Faculdade de Farmácia.

Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. (2011). *Cómo implantar un servicio de ayuda al cumplimiento en una farmacia comunitária*. SEFAC [on line]. Disponível em <<http://www.sefac.org/buscar/servicio%20de%20ayuda%20al%20cumplimiento>> [Consultado a 23/03/2012].

Sturgess, IK. *et al.* (2003). Community pharmacy based provision of pharmaceutical care to older patients, *Pharmacy World Science*, 25(5), pp. 218-26.

Van Mil, F. e Schulz, M. (2006). A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe. Health highlights, *Harvard Health Policy in Review*, 16(4), pp.155-168.

Vik, S. *et al.* (2005). Assessing medication Adherence among older Persons in Community Settings, *Canada Journal of Clinical Pharmacology*, 12, pp.152-64.

Wendel, C. *et al.* (2001). Barriers to use of electronic adherence monitoring in an HIV clinic, *The annals of Pharmacotherapy*, 9, pp.1010-1015.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*. WHO[online].Disponível em <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/> [Consultado a 20/12/11]

World Health Organization. (2010). *Medicines: rational use of medicines*. WHO [online]. Disponível em< <http://www.who.int/mediacentre/>> [Consultado a 11/11/11]

Anexos

Anexo 1

“Referência à consulta médica”

Referência à consulta médica

Exmo(a). Sr(a). Dr(a)., _____

Identificação do utente:

nome _____

idade _____ telefone _____

Motivos de referência à consulta médica:

Intervenção farmacêutica efectuada:

Outra informação:

Terapêutica actual (medicamento, forma farmacêutica e dosagem)	Regime Terapêutico

Determinações na Farmácia

Data	Hora	Peso (Kg)	IMC (Kg/m ²)	Pressão arterial (mmHg)	Pulsação (bpm)	Glicemia (mg/dL)		Colesterol (mg/dL)	Triglicerídeos (mg/dL)	
						jejum	pos-prandial			

Para qualquer informação adicional, contactar:

FARMACÊUTICO	
FARMÁCIA	
TELEFONE	

Com os melhores cumprimentos,

Assinatura do Farmacêutico e carimbo da Farmácia

Intervenção Farmacêutica e encaminhamento para a consulta médica Horta (2007).

Anexo 2

“Formulário de Intervenção Farmacêutica”

Folha de intervenção

Resultados Negativos associados à Medicação



Identificação	
Data: 19.01.06	RNM: Elevação da Pressão arterial

Classificação do RNM (Marcar uma opção)	Situação do PS (Marcar uma opção)
<input type="checkbox"/> Problema de Saúde não tratado	<input checked="" type="checkbox"/> Problema manifestado
<input type="checkbox"/> Efeito de medicamento desnecessário	<input type="checkbox"/> Risco de aparecimento
<input type="checkbox"/> Inefetividade não quantitativa	Medição inicial 154/93 mmHg
<input checked="" type="checkbox"/> Inefetividade quantitativa	
<input type="checkbox"/> Insegurança não quantitativa	
<input type="checkbox"/> Insegurança quantitativa	

Medicamento (s) implicado (s)	
Código	Nome, Dosagem, Forma Farmacêutica
	ENALAPRIL 20 mg. Comprimidos Orais

Causa: identificação do PRM (selecionar as opções que considere oportunas)	
<input type="checkbox"/>	Administração errada do medicamento
<input type="checkbox"/>	Características pessoais
<input type="checkbox"/>	Conservação inadequada
<input type="checkbox"/>	Contraindicação
<input type="checkbox"/>	Dose, esquema terapêutico e/ou duração não adequada
<input type="checkbox"/>	Duplicação
<input type="checkbox"/>	Erros na dispensação
<input type="checkbox"/>	Erros na prescrição
<input checked="" type="checkbox"/>	Incumprimento
<input type="checkbox"/>	Interações
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de saúde que afetam o tratamento
<input type="checkbox"/>	Probabilidade de efeitos adversos
<input type="checkbox"/>	Problema de saúde insuficientemente tratado
<input type="checkbox"/>	Outros

Descrição:
A doente esquece-se com frequência de tomar o Enalapril. Não tem um padrão claro das tomas.

Atuação	
Data: 21.01.06	Objetivo: PA < 140/90 mmHg

O que se pretende fazer para resolver o problema		
Intervir na quantidade dos medicamentos	Modificar a dose	
	Modificar a dosagem	
	Modificar o esquema terapêutico (redistribuição da quantidade)	
Intervir na estratégia farmacológica	Adicionar um medicamento	
	Retirar um medicamento	
	Substituir um medicamento	
Intervir na educação do doente	Modo de uso e de administração do medicamento	
	Aumentar a adesão ao tratamento (atitude do doente)	<input checked="" type="checkbox"/>
	Educar em medidas não farmacológicas	<input checked="" type="checkbox"/>
	Não está claro	

Descrição:
Disponibilizou-se à doente informação sobre a HTA e o RCV. Associou-se a toma do medicamento a um hábito de vida da doente. Instruiu-se para a automedicação da PA

Via de comunicação		
<input type="checkbox"/>	Verbal com o doente	<input checked="" type="checkbox"/> Escrita para o doente
<input type="checkbox"/>	Verbal doente-médico	<input type="checkbox"/> Escrita doente-médico

Resultado

O que aconteceu com a intervenção?	Data: 05.02.06
A doente começa a cumprir o tratamento. De 15 em 15 dias dirige-se à farmácia para trazer os dados de PA medidos em casa.	

O que aconteceu com o problema de saúde?	Data: 20.02.06
Após um mês os valores de PA normalizaram-se, atingindo-se o objetivo terapêutico.	

Resultado	RNM resolvido	RNM não resolvido	Medição final: 131/82 mmHg
Intervenção aceite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intervenção não aceite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Folha de Intervenção Farmacêutica. Caso específico do medicamento Enalapril com um PRM de incumprimento. O doente esquece-se das tomas. (Dadér *et al.*, 2009)

Anexo 3

“Distribuição em Dose Unitária”



Módulo de dose unitária do Centro Hospitalar de Coimbra. Foto cedida pelos Serviços Farmacêuticos deste Hospital.

Anexo 4
“Alarmes de horário”



Dispositivo eletrônico que emite um sinal sonoro para recordar o doente da horário da medicação. Fonte: catalogohospitalar.com.br

Anexo 5

“ Horário da medicação e cartões de tratamento”

Global Patient ID

TabletTime Pill Card
by mHealthcoach

Add medication, time taken, dose, then print!

Print

Full Page
Wallet

Medication	Purpose	Time	Dose
<input type="text" value="Search Medication..."/>	<input type="text" value="Input purpose..."/> 30 characters left	Morning	1 <input type="text" value="Save"/>
PLAVIX	Treats blood pressure		2 tablet
PROZAC	Treats depression		1 tablet
HYDROCODONE BITARTRATE AND ACETAMINOPHEN	Treats pain		1 tablet
AMBIEN	Treats insomnia		1 tablet

Want to schedule reminders? Create an account at mhportal.com

© 2012 mHealthcoach, LLC. All Rights Reserved | Contact: info@mHealthcoach.com

Ficha informatizada entregue ao doente que inclui os medicamentos ordenados cronologicamente e que lhe permite ter a informação necessária sobre o seu esquema terapêutico. Fonte: healthcoach.com

Anexo 6

“Aplicações para telemóveis”

The image shows a screenshot of an Android application interface for medication management. At the top, there is a status bar with icons for 3G, signal strength, and battery, along with the time 1:35 PM. Below this is a header section titled "Time of the Medication - Medication" with a sub-header "Medicine XYZ". The main content area is divided into several sections: "Presentation: Pill(s)", "Unit: Unit(s) - un", and "Administration Route: Oral". The "Type of Medication" section is titled "By Determined Amount" and shows "Total Amount: 20 Unit(s)". The "Dosage" section displays "1 (one) un of Pill(s)". The "Interval" section shows "every 8 hour(s)". The "Date and Time of Beginning" section displays "2011-10-09 13:40". The "Note" section contains the text "example". At the bottom of the screen is a large "Save" button.

3G	Signal	Battery	1:35 PM
Time of the Medication - Medication			
Medicine XYZ			
Presentation: Pill(s)			
Unit: Unit(s) - un			
Administration Route: Oral			
Type of Medication			
By Determined Amount			
Total Amount: 20 Unit(s)			
Dosage			
1 (one) un of Pill(s)			
Interval			
every 8 hour(s)			
Date and Time of Beginning			
2011-10-09 13:40			
Note			
example			
Save			

Software para Android que auxilia no horário das tomas.

Fonte:androidpit.com

Anexo 7

“Etiquetas adesivas com pictogramas”



Pictogramas universais para a compreensão da administração dos medicamentos

Fonte: larazon.es.

Anexo 8
“Anotação de posologia”

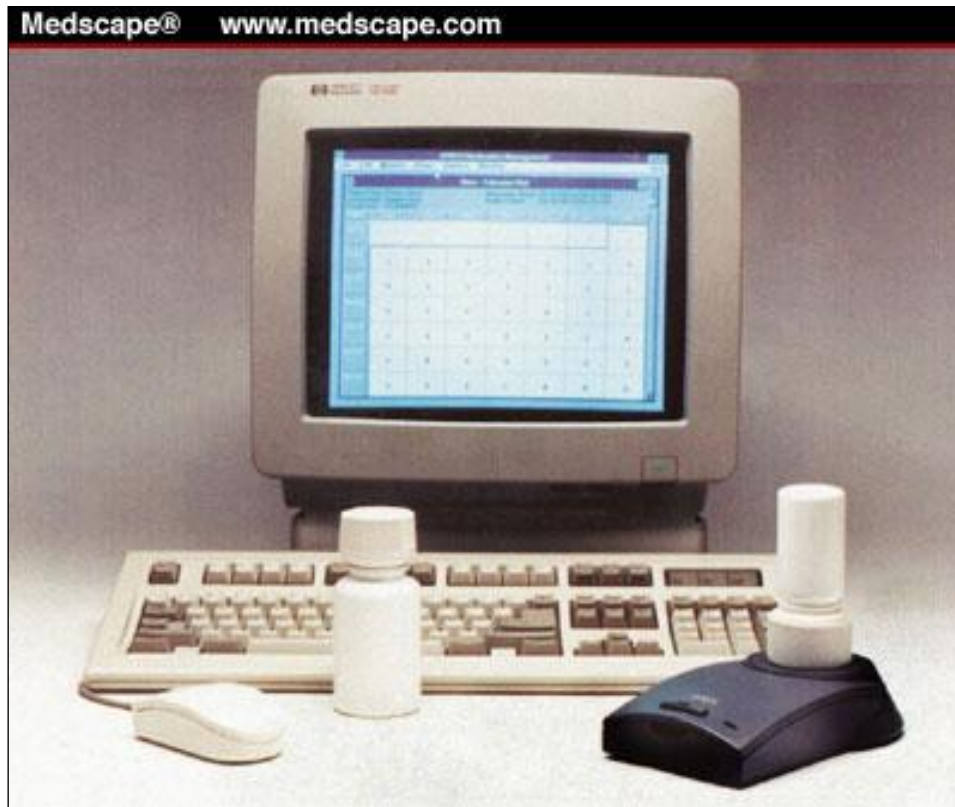


Fonte: Fotografia retirada à medicação de um utente da Farmácia Pinho – Torreira.

Autorização concedida pela Diretora Técnica Dr^a Maria Eugénia Marques de Pinho

Anexo 9

“Medication Event Monitoring System (MEMS)”



Microchip introduzido na embalagem do medicamento que permite o registo informatizado da toma do medicamento e da hora.

Fonte: “*Adherence to Antiretrovirals in HIV disease: How can adherence be measured?*”, Cinti, 2000

Anexo 10

“Métodos directos e indirectos de avaliação da Adesão à Terapêutica”

Tabela 3 – Métodos Diretos e Indiretos de Avaliação da Adesão à Terapêutica

Classificação	Vantagens	Desvantagens
Métodos diretos		
Terapêutica observada diretamente (TOD)	Mais preciso	Doentes podem esconder os comprimidos na boca e depois rejeitá-los; pouco eficaz como método rotineiro
Avaliação sérica do nível de fármaco ou de metabolitos	Objetivo	Variações no metabolismo e o fato do doente voltar a tomar a medicação em dias anteriores à sua consulta médica podem resultar numa falsa impressão de adesão (médico acaba por não conseguir detetar); dispendioso
Avaliação de marcadores biológicos no sangue	Objetivo, em ensaios clínicos pode ser usado para avaliar o placebo	Avaliação dispendiosa feita à custa de ensaios quantitativos e recolha de fluidos orgânicos
Métodos indiretos		
Questionários a doentes, relatos de doentes A escala de Adesão à Terapêutica “Reported Adherence to Medication Scale” e a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) “Morisky-7” encontram-se validadas para Portugal	Simples; baixo custo; método mais útil na avaliação clínica	Suscetíveis a erros quando espaçados muito tempo; os resultados podem ser distorcidos pelo doente; dependendo do questionário, pode ser pouco exequível na prática, pela sua extensão

Contagem de comprimidos (pill-count)	Objetivo, quantificável e fácil de executar	Os dados são fáceis de alterar pelo doente. Não fornece informação sobre intervalo interdose nem sobre “dias livres sem medicação”
Taxa de incidência na solicitação de prescrições	Objetivo; fácil obtenção de dados	A repetição do receituário não equivale à toma da medicação.
Avaliação da resposta clínica	Simple: geralmente fácil de aplicar	Outros fatores para além da adesão podem afetar a resposta clínica
Dispositivos eletrónicos de medicação	Precisos: resultados facilmente quantificáveis; permite rastrear os padrões da toma da medicação, com informação completa sobre intervalo interdose e “ dias livres de medicação”	Dispendioso: requer visitas continuadas; requer que os dados sejam descarregados dos frascos para o computador
Avaliação de marcadores fisiológicos (p.ex.débito cardíaco em doentes que tomam β -bloqueadores	Em regra, fáceis de aplicar	Os marcadores podem estar ausentes por outras razões (aumento do metabolismo, baixa absorção, ausência de resposta)
Registo diário feito pelo doente	Auxiliar de memória	Fáceis de alterar pelo doente

Adaptado de Osterber e Blaschkek (*cit. in* Mira e Costa,2009)

Anexo 11

“Sistemas Multicompartmentais”



Sistema multicompartimentado que permite a distribuição da medicação semanal do doente.

Fonte: Walgreens.com

Anexo 12

“Cartão: *Os Meus Medicamentos*”

Anexo 13
Etapas do Método Dáder®

