

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.



UAlg **FCT**

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

***ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO EM
DOENTES COM DIABETES MELLITUS.
BARREIRAS E FACILITADORES DA IMPLEMENTAÇÃO DO
SERVIÇO.***

Rafaela Espírito Santo

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Dissertação efetuada sob orientação de:
Professora Doutora Mónica Sofia Leal Condinho

2018



UAAlg FCT

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

***ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO EM
DOENTES COM DIABETES MELLITUS.
BARREIRAS E FACILITADORES DA IMPLEMENTAÇÃO DO
SERVIÇO.***

Rafaela Espírito Santo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Dissertação efetuada sob orientação de:
Professora Doutora Mónica Sofia Leal Condinho

2018

***ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO EM DOENTES
COM DIABETES MELLITUS. BARREIRAS E FACILITADORES DA
IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO.***

Declaração de autoria de trabalho:

Eu, Rafaela do Espírito Santo, declaro ser a autora deste trabalho, sendo este original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da lista de referências bibliográficas apresentada.

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Copyright © 2018 Universidade do Algarve, Portugal

Rafaela Espírito Santo

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Dedicatória

À minha mãe e aos meus irmãos, Ana, Raquel e Pedro.

Por serem o meu mundo.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Agradecimentos

Nesta hora, de balanço geral, vem o temor de não conseguir ser justa com todos os que me auxiliaram nesta caminhada tão árdua, que nunca conseguiria ultrapassar sozinha. Tenho a certeza, que cada contacto, cada encontro, cada conversa, por mais informal e desconectada que pareça ser, é parte da nossa história neste mundo. Àqueles que, de alguma forma, influenciaram a minha vida, o meu agradecimento sincero.

De qualquer forma, cabe-me especificar algumas figuras marcantes nesta minha trajetória.

Especialmente à minha orientadora, Professora Doutora Mónica Sofia Leal Condinho, pelas orientações exemplares de elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente e fecundo, uma visão crítica e oportuna, um empenho inexcedível e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer, com a maior das dedicações, todas as etapas subjacentes à elaboração deste trabalho.

Aos entrevistados durante a pesquisa de campo e entidades do setor farmacêutico. Pela compreensão de que a evolução científica requer dados reais disponibilizados por profissionais qualificados.

Aos meus colegas da Farmácia Silveira do Fórum Sintra, a todos, sem exceção, por me terem gratificado com tantos momentos bons, de força e companheirismo.

Ao Tiago, por me fazer rir nos momentos mais difíceis e pelo apoio constante durante toda esta fase.

Por último, tendo consciência que sozinha nada disto teria sido possível, dirijo um agradecimento especial à minha mãe, por ser um modelo de coragem, pelo seu apoio incondicional, incentivo e amor inexplicável, e aos meus irmãos, pela amizade e total apoio na superação de obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo. Dedico-lhes este trabalho!

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Resumo

A Diabetes *Mellitus* constitui um importante problema de saúde pública com crescimento exponencial. O Acompanhamento Farmacoterapêutico permite acompanhar a terapêutica do doente e aumentar os resultados positivos em saúde.

Este estudo teve como objetivos analisar e descrever o contributo do Acompanhamento Farmacoterapêutico para o estado de saúde de doentes selecionados com DM. Pretendeu, ainda, identificar, na prática, as barreiras e os facilitadores da implementação do serviço.

Durante um período de sete meses, duas doentes, selecionadas por conveniência, integraram o serviço na Farmácia Central de Mora. O impacto das intervenções farmacêuticas foi analisado, para os parâmetros clínicos específicos, por comparação com o ponto de partida. As barreiras e os facilitadores da implementação do serviço foram avaliados por questionário aplicado a profissionais de saúde, de duas farmácias, situadas em áreas geográficas diferentes.

As doentes, sexo feminino, tinham idades compreendidas entre 66 e 71 anos, MSB e ANR, respetivamente. Na doente MSB verificou-se uma redução média na glicémia pré-prandial de 215,1 mg/dL para 133,4 mg/dL. Na doente ANR registou-se uma redução média dos valores da glicémia pré-prandiais de 176,4 mg/dL para 139,0 mg/dL. Quanto às barreiras à implementação, identificaram-se, sobretudo, a falta de divulgação e pouco conhecimento do serviço, os fatores económicos, a comunicação com o médico e outros profissionais de saúde e a falta de tempo. Quanto aos facilitadores, identificaram-se a proximidade das populações, o seu envelhecimento, o grau técnico do farmacêutico, a maior divulgação e publicidade do serviço e o aumento de investimento em prevenção na saúde.

Conclui-se que a inclusão das duas doentes em Acompanhamento Farmacoterapêutico, parece ter conduzido a uma melhoria no seu estado de saúde, com redução da glicémia. Em relação ao questionário, na amostra entrevistada, as barreiras e facilitadores estão, em grande medida, de acordo com a literatura.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Acompanhamento Farmacoterapêutico; Cuidados Farmacêuticos;
Barreiras; Diabetes; Facilitadores; Farmácia Comunitária;

Abstract

Diabetes *Mellitus* is a major public health problem with exponential growth. The Pharmaceutical Care practice is used to follow the therapy of the patient as well as increase the positive outcomes in health.

During a period of seven months, two patients, selected for convenience, integrated the service in the Mora Central Pharmacy. The impact of the pharmaceutical interventions was analyzed for the specific clinical parameters by comparison with the starting point. The barriers and facilitators of the service implementation were evaluated by questionnaire applied to health professionals from two pharmacies, located in different geographic areas.

The female patients were between 66 and 71 years old, MSB and ANR, respectively. In the patient MSB, a reduction in preprandial blood glucose was observed, from 215,1 mg /dL to 133,4 mg/dL. In the patient ANR, preprandial blood glucose values decreased from 176,4 mg/dL to 139,0 mg/dL. Regarding the barriers to implementation, the lack of dissemination and lack of knowledge about the service, economic factors, communication with the doctor and other health professionals and lack of time were identified. As for the facilitators, the proximity of the populations, their aging, the technical degree of the pharmacist, the greater dissemination and publicity of the service and the increase of investment in health prevention were identified.

It is concluded that the inclusion of both patients in Pharmaceutical Care appears to have led to an improvement in their health status, with a reduction in blood glucose. Regarding the questionnaire, in the interview sample, barriers and facilitators are in agreement with the literature.

KEYWORDS: Pharmaceutical Care; Diabetes; Barriers; Facilitators; Community Pharmacy

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Índice de Figuras

Figura 1 - Prevalência da Diabetes Mellitus na Europa (20-79 anos), em 2015	5
Figura 2 - Taxa de prevalência da Diabetes Mellitus, em adultos, por país.....	7
Figura 3 – Distribuição da Prevalência da Diabetes Mellitus por região, na população entre os 25 e 74 anos	7
Figura 4 – Fluxograma do Método de Dáder	22

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Evolução da Pressão Arterial Sistólica e Diastólica, da doente MSB.....	58
Gráfico 2 – Perfil Glicémico pré-prandial, da doente MSB	60
Gráfico 3 - Evolução do IMC e PC, da doente MSB	61
Gráfico 4 – Evolução da Pressão Arterial Sistólica e Diastólica, da doente ANR	65
Gráfico 5 – Perfil Glicémico pré-prandial, da doente ANR.....	68
Gráfico 6 – Perfil Glicémico pós-prandial, da doente ANR	69
Gráfico 7 – Evolução do IMC e PC, da doente ANR, pré e pós-intervenção	70
Gráfico 8 - Distribuição por género	71
Gráfico 9 - Distribuição por faixa etária	72
Gráfico 10 - Distribuição por Categoria Profissional	73
Gráfico 11 - Distribuição por anos de prática em Farmácia Comunitária	73
Gráfico 12 - Importância do serviço na melhoria do estado de saúde do doente.....	75
Gráfico 13 - Necessidade do serviço na Farmácia Comunitária	76
Gráfico 14 – Julga benéfico a existência do serviço de AcF?	76
Gráfico 15 - Factores que levam o doente a integrar o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico.....	77
Gráfico 16 - Barreiras da implementação do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico	78
Gráfico 17 - Facilitadores da implementação do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico.....	79

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Facilitadores dos farmacêuticos praticantes e estrategistas, classificados pela importância e aplicabilidade.	38
Tabela 2 – Intervenções não farmacológicas na doente MSB	56
Tabela 3 – Intervenções farmacológicas na doente MSB	57
Tabela 4 – Intervenções não farmacológicas na doente ANR.....	63
Tabela 5 - Intervenções farmacológicas na doente ANR	64

Índice de Quadros

Quadro 1 – Classificação de DRP	16
Quadro 2 - Classificação de RNM (Terceiro Consenso de Granada)	18
Quadro 3 - Barreiras da implementação dos Serviços Farmacêuticos.	31
Quadro 4 - Facilitadores internos e externos.....	35
Quadro 5 - Facilitadores identificados por Plaza	36
Quadro 6 - Facilitadores identificados por Roberts	37

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Índice Geral

RESUMO	I
ABSTRACT	III
ÍNDICE DE FIGURAS	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VI
ÍNDICE DE TABELAS	VII
ÍNDICE DE QUADROS	VIII
ÍNDICE GERAL	X
ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	XIV
JUSTIFICAÇÃO E IMPORTÂNCIA DO TEMA	1
1. INTRODUÇÃO	5
1.1. A Diabetes <i>Mellitus</i>	5
1.1.1. Impacto Mundial	5
1.1.2. Impacto Nacional.....	6
1.1.3. Impacto Clínico	8
1.1.4. Impacto Económico	8
1.2. O Acompanhamento Farmacoterapêutico.....	10
1.2.1. Evolução Histórica	10
1.2.2. Evolução Metodológica	16
1.2.3. O Chamado Método de Dáder.....	19
1.3. O Acompanhamento Farmacoterapêutico na Diabetes <i>Mellitus</i>	23
1.4. Barreiras e Facilitadores da Implementação do Serviço	29
1.4.1. Barreiras	29
1.4.2. Facilitadores	35
2. OBJETIVOS.....	40

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

2.1. Objetivos Gerais	40
2.2. Objetivos Específicos	40
3. METODOLOGIA.....	42
3.1. Contextualização do Local de Estudo	42
3.2. Tipo de Estudo	42
3.3. Seleção da Amostra	45
3.4. A Implementação do Serviço.....	46
3.5. Ética e Confidencialidade	47
3.6. A Consulta Farmacêutica	47
3.6.1. Intervenção Farmacêutica	49
3.6.2. Parâmetros medidos	50
3.6.3. Fontes de informação.....	51
3.6.4. Pé Diabético.....	52
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	54
4.1. Doente MSB	55
4.1.1. Diabetes <i>Mellitus</i>	55
4.1.2. Hipertensão Arterial	57
4.1.3. Hipercolesterolemia	58
4.1.4. Depressão e Ansiedade	58
4.1.5. Perturbação do Sono	59
4.1.6. Obstipação.....	59
4.1.7. Excesso de Peso e obesidade	59
4.1.8. Evolução Clínica	59
4.2. Doente ANR	62
4.2.1. Diabetes <i>Mellitus</i>	62
4.2.2. Hipertensão Arterial	65
4.2.3. Hipotireoidismo	65
4.2.4. Dor	65
4.2.5. Apneia do Sono.....	66
4.2.6. Onicomicoses (pés).....	66
4.2.7. Excesso de Peso e Obesidade	67
4.2.8. Evolução Clínica	68
4.3. Questionário para avaliação de barreiras e facilitadores.....	71
4.3.1. Caracterização da Amostra	71
4.1.2. Avaliação do Serviço	74
4.1.3. Barreiras e Facilitadores da implementação do serviço	77
4.1.4. Confiança no Farmacêutico	79
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	81

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

5.1. Seleção da amostra	81
5.2. Impacto Clínico.....	82
5.2.1. Doente MSB.....	84
5.2.1. Doente ANR	86
5.3. Questionário	88
5.3.1. Barreiras	88
5.3.2. Facilitadores	91
5.4. Limitações	93
6. CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	111

Índice de Anexos

Anexo 1 – Consentimento informado MSB e ANR.....	111
Anexo 2 - Capítulos e Componentes da ICPC-2.....	116
Anexo 4 – Questionário.....	117
Anexo 5 – Primeiro ES MSB.....	121
Anexo 6 – Último ES MSB.....	123
Anexo 7 – Primeiro ES ANR	126
Anexo 8 – Último ES ANR	129

Acrónimos e Siglas

AF - Acompanhamento Farmacoterapêutico

ASHP - American Society of Hospital Pharmacists

(Sociedade Americana de Farmacêuticos Hospitalares)

CF - Cuidados Farmacêuticos

DGS - Direção Geral da Saúde

DM - Diabetes mellitus

DRP - *Drug Related Problem*

ES – Estado de Situação

FIF - Federação Internacional dos Farmacêuticos

HbA1c – Hemoglobina Glicada A1c

HDL - *High Density Lipoprotein*

ICPC-2 - Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários

IDF - International Diabetes Federation

(Federação Internacional da Diabetes)

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

IPF - International Pharmaceutical Federation

(Federação Internacional Farmacêutica)

IWGDF - *International Working Group on the Diabetic Foot*

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OF - Ordem dos Farmacêuticos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PCNE - *Pharmaceutical Care Network Europe*

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

PIB - Produto Interno Bruto

PRM - Problema Relacionado com Medicamento

PSNT - Problema de Saúde Não Tratado

RNM - Resultados Negativos associados à Medicação

RCNF – Resultados Clínicos Negativos da Farmacoterapia

RPMS - Razão Padronizada de Mortalidade Suavizada

SF - Serviços Farmacêuticos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TAF - Técnico Auxiliar de Farmácia

TG – Triglicéridos

WONCA - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Justificação e Importância do Tema

Este projeto foi desenvolvido no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade do Algarve, para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Com este trabalho, procurou-se implementar o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico (AF), em doentes com Diabetes *Mellitus* (DM), e avaliar o seu impacto no estado de saúde dos doentes intervencionados. Pretendeu-se também avaliar as barreiras e facilitadores da implementação do serviço, na farmácia Central de Mora, por comparação com outra farmácia inserida num meio diferente.

O trabalho de campo, na prática, pretende conhecer o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, de perto, e de como estes cuidados em saúde podem evoluir para uma abordagem mais próxima, por parte do Farmacêutico, ajudando doentes com DM, a aumentar os resultados positivos, em saúde. Considerando o contributo que o farmacêutico pode dar para a melhoria do estado de saúde dos doentes com DM pela prestação do serviço de AF e o facto de ser conhecida a baixa implementação do mesmo, é pertinente o estudo desta problemática na elaboração deste trabalho, no referido mestrado, desenvolvendo o seguinte tema:

“Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.

Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.”

O interesse pelo tema da diabetes e pelo serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, desencadeou uma preocupação crescente em compreender melhor esta problemática e de como o Farmacêutico, como profissional de saúde, qualificado, pode fazer a diferença. Paralelamente, surge como uma inquietação, a necessidade de compreender quais as estratégias que podem ser adotadas para melhorar o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico.

As doenças crónicas atingem mais de metade da população do mundo ocidental, criando um enorme desafio para os sistemas de saúde. Com uma boa gestão das

doenças crónicas, criam-se oportunidades reais para melhorar os cuidados prestados ao doente, reduzindo os custos destas mesmas patologias.(1,2)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) já tinha previsto, num estudo datado de 2005, que a principal causa de incapacidade no mundo, até 2020, seriam as doenças crónicas que, se não fossem bem geridas, representariam a maior carga económica, para os sistemas de saúde. Isso, já se verificava, em 2015, em Portugal, com a DM, a representar cerca de 12% dos gastos em saúde.(3)

A DM é uma doença com alta taxa de mortalidade, que influencia na perda de qualidade de vida do doente e gera altos encargos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Sendo assim, o estudo desta patologia, no âmbito do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, é conveniente. De notar que a DM é uma das principais causas de mortalidade, a nível mundial.(3)

O Acompanhamento Farmacoterapêutico permite o acompanhamento do doente, por parte do Farmacêutico, com o principal objetivo de controlar a patologia e aumentar os resultados positivos, em saúde. Quando se fala deste tipo de serviço, fala-se de um programa da gestão da polimedicação, tendo este por base uma estratégia organizada, com auxílio de uma equipa multidisciplinar.(4) A maior parte dos doentes alvo deste tipo de serviço, são doentes com várias patologias crónicas, sendo o doente abordado como um todo.(5) A filosofia do AF consiste em abordar o doente, tendo em conta todas as suas patologias, preocupações e necessidades de saúde. Neste caso particular, apesar de se tratar do acompanhamento de dois doentes com DM, consideraram-se todas as suas patologias.

Atualmente, a DM é a doença crónica que representa o maior desafio ao SNS. É considerada um dos problemas mais importantes de saúde pública do século XXI. A DM tipo 2 tem aumentado de forma explosiva, tanto na população idosa, em todo o mundo, como entre os mais jovens. A DM é já um problema de saúde pública global(1,3,6), acarretando algumas complicações, tais como a doença coronária, a doença vascular periférica, os acidentes vasculares cerebrais, a neuropatia diabética, as amputações não traumáticas, a insuficiência renal e problemas oculares. Sabe-se que a percentagem de pessoas, com DM que estão sujeitas ao desenvolvimento de

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

úlceras nas extremidades inferiores, é superior a 10%, sendo que em cerca de 90% dos casos essas mesmas úlceras podem dar origem a lesões mais graves decorrentes de neuropatia periférica, bem como doença vascular periférica e deformidades. O pé diabético é uma das complicações de carácter mais grave no que toca à patologia da DM. Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), em 2011, o pé diabético foi responsável por cerca de 70% das amputações realizadas por causas não traumáticas. É por isto, extremamente, importante que haja, por parte do Farmacêutico, durante o processo de Acompanhamento Farmacoterapêutico, a responsabilidade de educar o doente no sentido de prevenir possíveis complicações, com cuidados de saúde preventivos, adequados.(7) Todas estas complicações são responsáveis pela incapacidade crescente do doente diabético, pela diminuição da esperança de vida e pelos elevados custos associados à doença, directamente ou indirectamente.(8,9)

Em relação à implementação do serviço de AF, foram já realizados, vários estudos, não focados na DM, para determinar a redução de custos em saúde, tendo havido um retorno do valor investido num rácio de 1:14;por cada euro investido na prática deste serviço, estima-se que o SNS poderá poupar 14€.(10)

Cabe então, ao Farmacêutico desenvolver o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico como um veículo para melhorar a qualidade de vida do doente, controlando as suas patologias, reduzindo os custos em saúde.(10,11) A gestão em saúde assume um papel importante, neste campo, uma vez que quanto mais informação existir, melhores poderão ser as intervenções na área da saúde.

Com o principal objetivo de implementar o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, pretende-se, determinar as barreiras e facilitadores da implementação, do mesmo, de modo a compreender quais os aspetos a abater e quais os aspetos que devem ser realçados.

Este trabalho está dividido, de forma a desenvolver o tema central: O Acompanhamento Farmacoterapêutico na DM.

1. Introdução

- 1.1. A Diabetes *Mellitus*
- 1.2. O Acompanhamento Farmacoterapêutico
- 1.3. O Acompanhamento Farmacoterapêutico na Diabetes *Mellitus*
- 1.4. Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço

1. Introdução

1.1. A Diabetes *Mellitus*

A DM é uma doença crónica que ocorre devido à produção insuficiente de insulina, ou simplesmente porque o próprio organismo não consegue utilizar, eficientemente, a insulina que produz.(12) A insulina é necessária à regulação da glucose no sangue, sendo que, de qualquer das formas, o que acontece é uma ineficácia no controlo da glicémia, acarretando diversas complicações de saúde, tanto agudas como crónicas.(1)

1.1.1. Impacto Mundial

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, existiam cerca de 422 milhões de adultos com DM. A taxa de doentes, com esta patologia, quadruplicou nos últimos 30 anos, sendo evidente que tal pode dever-se a um estilo de vida sedentário onde prevalece o excesso de peso.(1) Em 2012, esta doença causou a morte a cerca de 1,5 milhões de pessoas, sendo que os valores de glicémia mais altos que o normal,

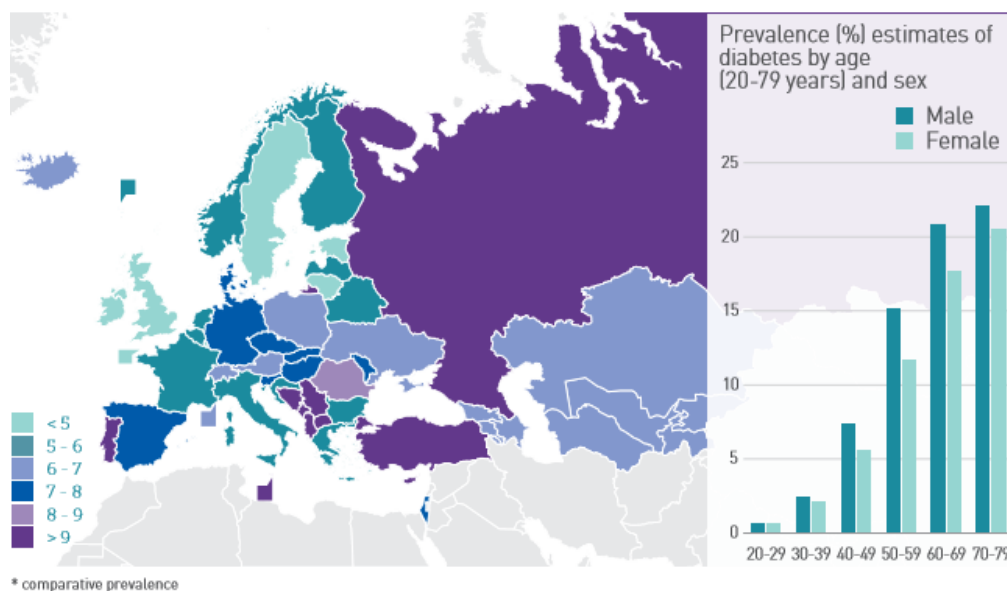


Figura 1 - Prevalência da Diabetes *Mellitus* na Europa (20-79 anos), em 2015
Fonte: International Diabetes Federation(13)

aumentaram a mortalidade em 2,2 milhões devido ao risco cardiovascular e de outras doenças. Relativamente à idade, 43% destas mortes ocorreram antes dos 70 anos.(6,11)

A idade é um fator de risco quando se fala da DM, sendo que na Europa, em 2015, cerca de 30,8% da população estava entre os 50 e os 79 anos, o que constitui uma maior possibilidade da prevalência desta patologia. Percebe-se que a grande prevalência da DM tipo 2 pode ser uma consequência do envelhecimento da população.(13)

Mais de 620,000 pessoas morreram como consequência da DM, em toda a Europa, em 2015. A taxa de mortalidade causada pela DM, na Europa, é superior em indivíduos do género feminino.(13)

Segundo a *International Diabetes Federation* (IDF), o número de doentes com DM, aumentará de 415 milhões, em 2016, para 642 milhões, em 2040.(1)

1.1.2. Impacto Nacional

Em Portugal, a DM, afeta, significativamente, a saúde pública, sendo associada a problemas de mortalidade e morbilidade cardiovascular. É importante denotar, alguns aspetos, que podem ter contribuído para o aumento do impacto desta doença, em Portugal, nos últimos vinte anos.(14) O envelhecimento da população, em primeiro lugar poderá ser uma das principais razões, sendo que o número de pessoas, com 65 ou mais anos, aumentou de 9,7% em 1970 para 20,3% em 2014.(15) O envelhecimento da população só tenderá a piorar, segundo o relatório mais recente do INE (Instituto Nacional de Estatística) , que prevê um aumento da população idosa de 2,1 para 2,8 milhões, entre 2015 e 2080.(16)

O Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) apurou a prevalência da DM na população residente em Portugal com idades entre os 25 e 74. A prevalência é de 9,8% (superior à média europeia de 9,1%) sendo mais elevada nos homens que apresentam uma prevalência de 12,1% e de 7,7% nas mulheres.(17)

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

O Relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2017, estima que a taxa de prevalência da DM, em Portugal, chega aos 9,9% em adultos, valor que se encontra acima da média da OCDE, que está nos 7%.(18)

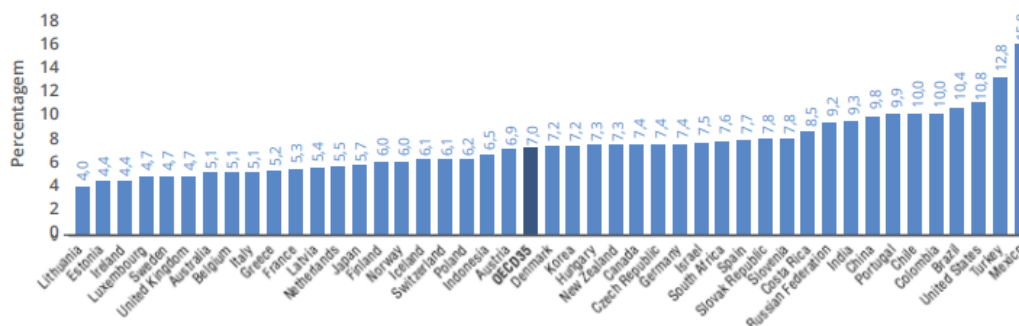


Figura 2 - Taxa de prevalência da Diabetes Mellitus, em adultos, por país.

Fonte: Health at a Glance 2017. Idades 20-79 anos diagnosticados com DM1 e DM2 (18)

A prevalência desta doença varia, ainda, nas diversas regiões do país. Dados de 2015 apontam para uma maior prevalência nas áreas rurais, como é o caso do Alentejo (11,3%) e uma menor prevalência na região algarvia, com uma taxa de 7,7%, ainda assim, mais elevada que a média da OCDE.(17)

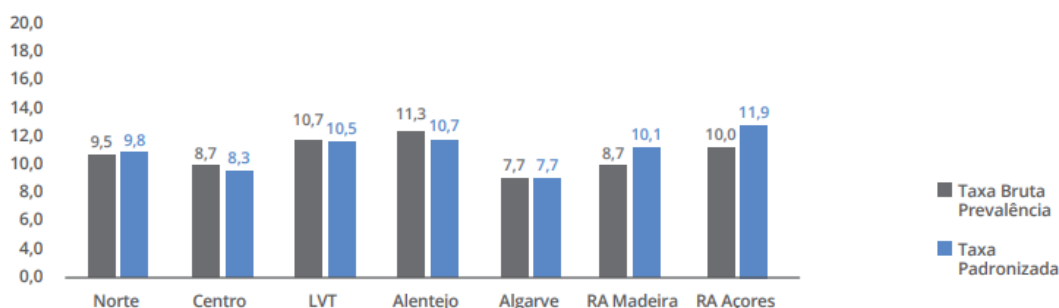


Figura 3 – Distribuição da Prevalência da Diabetes Mellitus por região, na população entre os 25 e 74 anos

Adaptado de (17)

Outro fator que pode estar associado às taxas de prevalência da DM, é prevalência da obesidade e excesso de peso, em Portugal. Em 2014, mais de metade da população portuguesa (52,8%) apresentava excesso de peso.(19) Associada também à DM estarão as desigualdades demográficas e as condições sociais e económicas das famílias, que afetam tanto a mortalidade como a prevalência. Ao mesmo tempo, os valores associados ao sedentarismo também aumentaram, contribuindo para a evolução, precoce, da doença. Dados do Eurobarómetro (2014) revelam que 72% dos

portugueses “nunca” ou “raramente” praticam exercício ou desporto, e apenas 23% cumprem as recomendações da OMS.(20)

O Relatório da OCDE de 2017 revela que, é no Alentejo que se encontra a prevalência mais elevada de obesidade no continente.(17)

1.1.3. Impacto Clínico

A DM é considerada uma doença sem cura, havendo um tratamento eficaz que evita ou retarda o aparecimento de complicações associadas à mesma. O objetivo deste tratamento é permitir uma melhoria no estado de saúde, do doente. À DM associam-se várias complicações, que podem ser agudas ou mesmo crónicas. O risco de doenças cardiovasculares, vasculares periféricas e cerebrovasculares é superior no diabético. Todas as complicações, que podem ser evitadas, desencadeiam um impacto negativo na qualidade de vida do doente, pelas incapacidades que provoca.(21,22) A maior parte destas complicações tornam-se as principais causas de recorrência aos serviços de urgência. É, por isto, importante, prevenir estas complicações com tomas de decisão adequadas, na gestão da doença, por parte do doente; a educação e inclusão do doente é crucial.(6)

A DM muda a vida de um doente, permanentemente. A terapêutica medicamentosa pode consistir na utilização diária de antidiabéticos orais e/ou insulina. Uma correta monitorização da glucose e uma dieta equilibrada são dois fatores determinantes na qualidade de vida do doente.(23) Estudos indicam que a qualidade de vida dos doentes com DM é mais reduzida, devido às complicações relacionadas com a patologia.(24)

1.1.4. Impacto Económico

A DM está associada a um grande peso económico, estando este relacionado, diretamente, a custos médicos e, indiretamente, a custos associados à perda de produtividade e mortalidade prematura.(1)

Em Portugal, os custos da DM representavam cerca de 1% do PIB (Produto Interno Bruto) português, em 2015, já que no ano anterior, esta doença representou um custo direto estimado entre 1300 a 1500 milhões de euros.(3) Os custos, associados a esta doença, representam cerca de 12% da despesa em saúde, em 2015. Os custos diretos

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

estão associados, tanto à prevenção da doença como ao tratamento da mesma, e às suas complicações.(3)

Todas estas despesas incluem material médico, profissionais de saúde qualificados e medicamentos.(25) Os gastos anuais com a DM, ultrapassam os 700 mil milhões de euros, a nível mundial.(11) É essencial que haja um maior controlo desta patologia crónica, a nível nacional, com o principal objetivo de reduzir os custos associados à mesma.

1.2. O Acompanhamento Farmacoterapêutico

O Acompanhamento Farmacoterapêutico é um modelo de prática farmacêutica que permite um acompanhamento individualizado e personalizado. É um processo centrado no doente, que utiliza o conhecimento técnico-científico, por parte do farmacêutico, com o foco de melhorar os resultados clínicos, económicos e humanísticos.

A necessidade da implementação deste serviço torna-se maior nos doentes com doenças crónicas, nas quais há um compromisso na redução de complicações relacionadas com a patologia. (26)

1.2.1. Evolução Histórica

“O exercício da atividade farmacêutica tem como objetivo essencial a pessoa do doente”. É desta forma que o estatuto da Ordem dos Farmacêuticos (OF) define a profissão farmacêutica.(27) A profissão farmacêutica deixa de ser centrada, apenas, no medicamento, para começar a ser mais centrada na pessoa do doente.

Com a necessidade de manter a vigilância da efetividade e segurança da terapêutica instituída ao doente, surgiu, em Portugal, o conceito de Cuidados Farmacêuticos (CF). O termo *Pharmaceutical Care* nasceu nos Estados Unidos.(28) Este conceito define uma prática farmacêutica mais centrada no doente e nos problemas relacionados com a terapêutica farmacológica. Ou seja, o farmacêutico não fica restrito à dispensa do medicamento, garantido também, a sua efetividade e segurança. Existem, ainda, algumas incoerências relativamente à definição deste termo, devido a várias interpretações da literatura e traduções diretas que não permitem uma adequada compreensão do seu significado prático.

Em 1975 o termo *“Pharmaceutical Care”* foi definido, primeiramente, como *“the care that a given patient requires and receives which assures safe and rational drug usage”*.(28) Alguns anos mais tarde, Brodie introduziu uma definição mais orientada para o acompanhamento do doente, tendo em conta, a garantia da qualidade da terapêutica instituída e a resposta às necessidades do doente, em relação ao próprio tratamento, e na fase pós-recuperação. Ao questionar-se relativamente ao papel do

Farmacêutico, Brodie concluiu que, apesar da maior parte pensar que a dispensa de fármacos era a principal função do Farmacêutico, na realidade não era essa a única função deste profissional de saúde.(29) Chegou mesmo a argumentar, *“The dispensing function of the pharmacist, while important and even vital for patient care, is essentially a superficial practice of the profession which, by itself, does not utilize knowledge or skills sufficiently basic to merit professional recognition to the depth that lies within the grasp of hospital pharmacists.”* Este argumento reflete também a necessidade da intervenção farmacêutica noutras áreas de saúde, sendo importante compreender o papel do Farmacêutico, que não se resume à concessão do medicamento. Brodie foi também responsável por contextualizar o termo *“drug-use control”*, como a chave do serviço de *“Pharmaceutical Care”*, tendo por base o conhecimento, compreensão, decisões, procedimentos, capacidades, controlo e ética que assegura a qualidade na dispensa e uso do medicamento.

Brodie defendeu uma intervenção farmacêutica mais presente, mas foi apenas em 1990, que após publicação do artigo *“Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”* por Hepler e Strand que começou a haver consciencialização, por parte do Farmacêutico, no sentido de se responsabilizar pela morbi-mortalidade relacionada com a terapêutica farmacológica.(30) Neste artigo, Hepler e Strand defendem que a morbi-mortalidade relacionada com a farmacologia pode ser prevenida, e na maioria dos casos isso mostra-se ser possível com a intervenção farmacêutica a funcionar de uma forma ativa na identificação e resolução dos possíveis problemas relacionados com os medicamentos. O Farmacêutico começa a ser visto como elemento indispensável na saúde, por ser capaz de assegurar a efetividade e segurança da terapêutica farmacológica de cada utente. O Farmacêutico tornou-se responsável por uma dispensa consciente, do medicamento, e pelo acompanhamento do doente, em relação à toma do mesmo.

Em março de 1993, a American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) aprovou, formalmente, o conceito de *“Pharmaceutical Care”* por Hepler e Strand.(31) Por sua vez, a 5 de setembro do mesmo ano, a International Pharmaceutical Federation (IPF) assinou, em Tóquio, o documento das Boas Práticas Farmacêuticas. Este documento teria como objetivo, normalizar a profissão farmacêutica, em todos os meios, a nível

global. As *guidelines* das Boas Práticas Farmacêuticas são baseadas no conceito de *Pharmaceutical Care*, por parte do Farmacêutico, pelo que este documento veio também chamar a atenção das diferentes organizações farmacêuticas e governos, de cada país, no sentido de iniciar a sua implementação.(32)

O Acompanhamento Farmacoterapêutico e os Cuidados Farmacêuticos são duas áreas que se desenvolveram bastante, ao longo dos anos.(33) A motivação para implementar as novas *guidelines* era já notada, sendo que a *Pharmaceutical Care Network Europe* (PCNE) surge em 1994, criada por vários investigadores de inúmeras áreas, que se dedicavam ao *Pharmaceutical Care* em diferentes países, visando defender este conceito como essencial à prática farmacêutica realizada na Europa.(34)

Foram ainda lançados alguns artigos científicos que continham diferentes definições para o conceito de "*Pharmaceutical Care*". Cipolle, Strand e Morley acabam por lançar um livro. Estes autores evidenciaram a necessidade do farmacêutico acompanhar o doente, aproximando-se assim, cada vez mais, da sua terapêutica.(35) A prática farmacêutica é, desta forma, encarada como a responsabilidade de conceder a farmacoterapia adequada ao doente, de acordo com o plano desenvolvido e acompanhá-lo de forma a melhorar o seu estado de saúde.

Na segunda edição, as atualizações concedem ao Farmacêutico maior envolvimento na terapêutica instalada ao doente e maior capacidade de decisão. A prática passou a ser centrada no doente e é o Farmacêutico que assume a responsabilidade da terapêutica farmacológica e a otimiza, independentemente de ter sido prescrita pelo médico ou não. O Farmacêutico passa também a colaborar com outros profissionais de saúde visando melhor atender as necessidades do doente, melhorando o seu estado de saúde.(36)

Já na Europa, Espanha foi pioneira na implementação deste serviço, sendo que as primeiras traduções dos vários conceitos foram feitas diretamente do inglês para o espanhol, o que se tornou um pouco confuso. O termo *Pharmaceutical Care* foi traduzido como *Atención Farmacéutica*, mas este termo em espanhol não define apenas a prática do serviço, mas sim as funções do Farmacêutico como profissional de saúde, falando de uma forma mais abrangente e não tão específica. Mais tarde

percebeu-se que *Atención Farmacéutica*, da tradução direta de *Pharmaceutical Care*, é o serviço de *Seguimiento Farmacoterapêutico*, que foi também traduzido em Portugal, como Acompanhamento Farmacoterapêutico.(37) Esta confusão, nascida da tradução direta, acaba por afetar a implementação do serviço a nível global, sendo que existem artigos científicos que confundem os dois termos, acabando por conceder informações erradas ao profissional de saúde.(37–39)

Com base na necessidade de existir uma definição correta, o *Ministerio de Sanidad y Consumo Espanhol*, esclareceu todas as dúvidas com a publicação de um artigo que visava um consenso, por parte de todos os farmacêuticos, sobre o que realmente era a *Atención Farmacéutica*.(40) Este consenso, publicado em 2001, refere-se a vários conceitos com uma definição adequada para cada caso, e em dois idiomas (inglês e espanhol), no sentido de esclarecer, definitivamente, as traduções feitas e os seus respetivos significados.

Atención Farmacéutica é a “participação ativa do farmacêutico, na assistência ao doente, na dispensa e acompanhamento do tratamento farmacoterapêutico, cooperando com o médico e outros profissionais de saúde no sentido de conseguir resultados que melhorem a qualidade de vida do doente. Também inclui a participação do farmacêutico em atividades que proporcionem a melhoria do estado de saúde e previnam doenças.”(40) Neste âmbito, fazem parte, a indicação farmacêutica, a prevenção da doença, a educação para a saúde, farmacovigilância e o *Seguimiento Farmacoterapêutico*. Este último engloba a “prática profissional na qual o farmacêutico se torna responsável pelas necessidades relacionadas com o uso do medicamento, mediante deteção, prevenção e resolução de problemas relacionados com a medicação, de uma forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio doente e com os profissionais de saúde envolvidos na sua terapêutica.”

(40) Os objetivos deste tipo de serviço, englobado na *Atención Farmacéutica*, é prevenir, detetar e solucionar Resultados Negativos associados à Medicação (RNM).(40)

Portugal começou, a passos largos, e influenciado por Espanha, a implementar o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico. Ainda que haja alguns autores com

divergências a nível das traduções feitas e do significado dos conceitos, a necessidade de conceder ao doente um acompanhamento individualizado de melhor qualidade permitiu a alguns profissionais de saúde implementar o serviço mesmo sem regulamentação específica para o efeito. A verdade é que em Portugal, o Decreto-lei nº 288/2001, de 10 de novembro, define como principal objetivo da atividade farmacêutica, “a pessoa do doente”. Ou seja, a OF, em 2001, define que a principal responsabilidade do Farmacêutico “é para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral devendo pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança”. Este decreto inclui, desta forma, tanto o Ato Farmacêutico, como outras atividades que estão englobadas no mesmo, como é exemplo: “a atividade de acompanhamento, vigilância e controlo da distribuição, dispensa e utilização de medicamentos”.(41)

Também na língua portuguesa, os termos não designam o mesmo, aquando da tradução direta dos conceitos. O termo *Pharmaceutical Care* foi traduzido para Cuidados Farmacêuticos, sendo este último, a “prática profissional orientada para o doente, em que o farmacêutico intervém em colaboração com outros profissionais de saúde e o doente, com o objectivo de promover a saúde, prevenir a doença, avaliar, monitorizar, iniciar e ajustar a terapêutica farmacológica”(42). Ou seja, o conceito de *Pharmaceutical Care*, corresponde ao *Seguimiento Farmacoterapéutico* em Espanha, e ao serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico em Portugal. Torna-se, desta forma possível, globalizar os termos em países com idiomas diferentes, e é de máxima importância que tal aconteça para que haja uma correta comunicação entre os profissionais de saúde, contribuindo, assim, para a implementação do serviço.(40)

Em 2014, a PCNE quis clarificar, em que consistia *Pharmaceutical Care* e de como pode assegurar melhores *outcomes* ao paciente. “What is Pharmaceutical Care in 2013”, define este serviço, como a contribuição do Farmacêutico ao cuidado do doente, com o objetivo de otimizar a sua terapêutica farmacológica e melhorar os seus *outcomes* em saúde.(34) Independentemente do que define cada um dos termos, a necessidade do Farmacêutico integrar uma equipa de saúde é sempre comum, no sentido de proporcionar, ao doente, a melhor terapêutica possível com acompanhamento

adequado para que os seus resultados, em saúde, sejam positivos e para que a patologia, em questão, seja controlada da melhor forma.

Este tipo de serviço inclui maior envolvimento do doente no seu próprio processo terapêutico. Também pressupõe maior comunicação com outros profissionais de saúde, sendo obrigatório que esta seja clara e concisa, para melhor acompanhar o doente.(43,44)

Algumas das razões que podem justificar a necessidade de implementar serviços de Cuidados Farmacêuticos, como é o caso mais específico do Acompanhamento Farmacoterapêutico, são, o facto de cada doente ter vários médicos que prescrevem diferentes fármacos para a mesma patologia, a grande quantidade de medicação diária do doente, o aumento da complexidade da terapêutica farmacológica, o aumento do interesse, por parte do doente, para seleccionar a sua própria medicação e a elevada morbi-mortalidade que está, cada vez mais, associada à terapêutica farmacológica.(45)

Algumas instituições têm mesmo defendido a implementação de um serviço de acompanhamento mais adequado, por parte do Farmacêutico, no sentido de tornar mais facilitado o processo de terapêutica farmacológica, sendo que a necessidade de reforçar os Cuidados Farmacêuticos é de extrema importância para chegar a bons resultados em saúde. Para tal, a OMS e a Federação Internacional dos Farmacêuticos (FIF) reuniram-se num tratado comum, em 2006, que defende e incentiva a classe farmacêutica a implementar os Cuidados Farmacêuticos.(46)

Pode-se então prever uma mudança no paradigma de que o Farmacêutico é apenas um profissional “focado no produto”, para passar a estar focado no doente. Ao Farmacêutico compete-lhe tudo o que seja relacionado com o medicamento, tendo sempre em vista a pessoa do doente e tendo sempre em conta o estado de saúde do mesmo, sendo a dispensa apenas uma das suas atividades. O maior conhecimento do medicamento deve ser usado numa vertente em que a dispensa seja centralizada na situação de cada doente, contribuindo, desta forma, para a sua melhoria em saúde. O Farmacêutico pode então ser uma das soluções, a nível de saúde, para a morbi-mortalidade relacionada com fármacos e para tantos outros problemas que advêm de uma terapêutica não acompanhada.(47)

1.2.2. Evolução Metodológica

O Acompanhamento Farmacoterapêutico sofreu, ao longo de anos, algumas reformulações, mas, apesar de, em diferentes países, haver interpretações díspares na realização deste tipo de serviço, pode-se dizer que o objetivo principal é detetar, prevenir e resolver Resultados Clínicos Negativos da Farmacoterapia (RCNF).(48)

Hepler e Strand, desenvolveram o conceito de Drug Related Problem (DRP), que foi essencial para o desenvolvimento do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, como o conhecemos hoje.(30,39,49) Para além de avaliar as necessidades do doente relacionados com a medicação, era essencial identificar possíveis DRP. (50–52) Para tal, é importante que haja um plano de cuidado para que a intervenção do Farmacêutico seja realizada da melhor forma, de modo a avaliar o doente e a monitorizá-lo. Este conceito foi sofrendo alterações à medida que, grupos de investigação estudaram o processo de Acompanhamento Farmacoterapêutico, sendo que, primeiramente, era considerado como um evento indesejável experienciado pelo doente e que esteja relacionado com a terapêutica farmacológica, afetando os resultados desejados pelo doente.(49)

Segundo Cipolle, Morley e Strand, as interações farmacológicas são causas de DRP, caracterizado como “qualquer evento indesejável, que o doente tenha experienciado, que envolva(...) a terapêutica farmacológica e que interfere, de forma potencial ou real, com os resultados desejados pelo doente”.(35) Já em 2004, houve uma alteração na definição e categorização dos DRP, sendo que a primeira alteração relevante teve em consideração que, um DRP interfere diretamente com os objetivos terapêuticos pretendidos, e não com aqueles desejados pelo doente. A definição de DRP alterou-se ligeiramente, sendo agora “qualquer evento indesejável, experienciado pelo doente que envolva(...) a terapêutica farmacológica e que interfere com o alcance dos objetivos terapêuticos desejados”(36) O quadro seguinte, demonstra a classificação, ainda hoje aceite, para DRP: (45)

Quadro 1 – Classificação de DRP

Adaptado de (45)

-
1. O medicamento é desnecessário (o doente não tem indicação clínica);
-

O doente tem um problema de saúde:	2. É necessário um medicamento para tratar ou prevenir um problema de saúde;
	3. O fármaco não está a ser efetivo, não produzindo o efeito desejado, no doente;
	4. A dose do fármaco é baixa para produzir o efeito terapêutico desejado;
	5. O fármaco produz uma reacção adversa;
	6. A dose do fármaco é demasiado elevada, provocando um efeito indesejável, no doente;
	7. O doente não está disposto a aderir à terapêutica farmacológica;

Cipolle, Morley e Strand definiram que, para que um DRP seja resolvido, tem de ser avaliado por um profissional. Houve então uma nova atualização da definição de DRP, sendo este “qualquer evento indesejável experienciado pelo doente que envolva (...) a terapêutica farmacológica e que interfere com o alcance dos objetivos terapêuticos desejados, requerendo a avaliação de um profissional para ser controlado”. Nesta definição, os autores pretendem que se entenda que os DRP podem, de facto, ser controlados, desde que o doente, seja devidamente acompanhado.(53)

Em Espanha, investigadores da área criticaram esta definição.(47,50) A fraca adesão terapêutica é um problema que limita o processo de uso do medicamento, mas não é um resultado, podendo até nem constituir nenhuma alteração ao estado de saúde do doente. O mesmo acontece com as interações farmacológicas. Resumindo, a fraca adesão terapêutica e as interações farmacológicas podem surtir resultados clínicos negativos, enquanto as reacções adversas a fármacos são resultados clínicos negativos reais, refletindo uma alteração ao estado de saúde do doente.(50)

O Grupo de Investigação em *Atención Farmacéutica*, da Universidade de Granada, contextualizou, num documento oficial, denominado “Primeiro Consenso de Granada”, a definição completa, ao que chamaram de Problema Relacionado com Medicamento

(PRM). Este documento veio esclarecer que estes “problemas” podem estar, ou não, relacionados com a farmacoterapia. Neste documento oficial, os autores classificaram os PRM em seis categorias, estando estas relacionadas sempre com a necessidade, efetividade e segurança do fármaco.

Foi quando se começou a implementar a teoria, na prática, que os autores espanhóis viram a necessidade de rever o primeiro consenso, que foi dar origem, em 2002, ao Segundo Consenso de Granada, no qual a definição de PRM passou a ser “problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, conduzem à não obtenção do objetivo terapêutico ou ao surgimento de efeitos indesejáveis”.(48)

Após 5 anos, foi criado um novo documento oficial, o Terceiro Consenso de Granada, que define o RNM como “os resultados na saúde do doente, não adequados ao objetivo da farmacoterapia”, e o PRM como “situações que durante o processo de uso do medicamento, causam, ou podem causar, o surgimento de um resultado negativo associado à medicação”. Em conclusão, um PRM pode ocorrer durante o uso do medicamento, condicionando a resposta do doente e podendo afetar o objetivo terapêutico inicial, criando um RNM.

Quadro 2 - Classificação de RNM (Terceiro Consenso de Granada)

Adaptado de (54)

Necessidade:

- 1) *Problema de saúde não tratado*: o doente tem um problema de saúde por não utilizar a medicação necessária;
- 2) *Efeito de medicamento desnecessário*: o doente tem um problema de saúde por utilizar um medicamento que não é necessário;

Efetividade:

- 3) *Inefetividade não quantitativa*: o doente tem um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da medicação;
- 4) *Inefetividade quantitativa*: o doente tem um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da medicação;

Segurança:

- 5) *Insegurança não quantitativa*: o doente tem um problema por uma insegurança não quantitativa de um medicamento;
- 6) *Insegurança quantitativa*: o doente tem um problema por uma insegurança quantitativa de um medicamento;

O Terceiro Consenso de Granada, acabou por ser a base do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, começando a ser aplicado no “*Seguimiento Farmacoterapéutico*”, em Espanha.(4) Apesar da existência deste Terceiro Consenso, ainda existem alguns autores com opiniões contraditórias, sendo que existem várias classificações dos PRM.(55–57)

1.2.3. O Chamado Método de Dáder

Segundo a literatura, o Método de Dáder foi desenvolvido, em 1999, pelo Grupo de *Investigación en Atención Farmacéutica* da Universidade de Granada. Este método confere a base da implementação do serviço de *Seguimiento Farmacoterapéutico*, em Espanha. Foi implementado noutros países europeus, parcialmente, por ser o mais sistematizado e por conceder a possibilidade de um acompanhamento continuado e individualizado, permitindo documentar todo o processo do doente e a sua evolução terapêutica ao longo do tempo. Em Portugal, o método sofreu algumas alterações, de forma a tornar-se mais eficiente e apropriado à prática farmacêutica. Mas não existem regras específicas, e a falta destas, acaba por não uniformizar o serviço. A documentação associada a cada doente permite registar e monitorizar a evolução terapêutica, de cada doente, e avaliar o seu estado de saúde.(58) Esta informação,

acaba também por ser importante, no trabalho de outros profissionais de saúde que acompanham o doente, uma vez que se tem informação sobre a farmacoterapia e o estado de saúde do doente, e a sua evolução, ao longo do tempo.

Com o objetivo de facilitar a elaboração da história clínica e farmacoterapêutica do doente, o Método de Dáder propõe o registo de vários documentos, cruciais para a, posterior, avaliação do Estado de Situação (ES) do doente.(59) Concluindo, é muito importante realizar a recolha da informação clínica disponível; a terapêutica farmacológica, já instituída; os problemas de saúde e as suas maiores preocupações, em relação à sua própria saúde. Esta recolha de dados é feita na primeira consulta farmacêutica e constitui a história farmacoterapêutica do doente. É a partir de todos os dados recolhidos, que se traça o primeiro Estado de Situação (ES) do doente, sendo este, a “fotografia” do seu estado de saúde, no momento.

O Método de Dáder engloba as seguintes fases(59):

- **Oferta do serviço ao utente:** Esta oferta concretiza-se quando se tem um doente-alvo. Este tipo de doente é polimedicado, tem, na maior parte dos casos, dúvidas relacionadas com a terapêutica farmacológica e/ou algum problema de saúde não controlado.

O momento mais oportuno para promover a existência deste serviço poderá ocorrer no caso de haver a medição de um parâmetro fisiológico ou bioquímico fora do normal, quando o doente apresenta alguma preocupação em relação à terapêutica ou a consulta, por parte do doente, de algum problema de saúde, detetado pelo mesmo. A oferta do serviço inicia-se com um esclarecimento, de modo a que o doente entenda em que se baseia este serviço e quais as condições e objetivos, do mesmo. É importante que o doente entenda que este tipo de serviço não vai substituir a consulta médica, nem as funções de outros profissionais de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, etc.). É, posteriormente, marcada uma primeira consulta. Nesta primeira consulta, o doente deve fazer-se acompanhar dos seus medicamentos e das suas, mais recentes, análises.

- **Primeira Consulta:** Baseia-se na recolha, da maior quantidade, de informação possível, relacionada com o doente e com a sua saúde: a sua maior

preocupação em relação à sua saúde; as patologias; a terapêutica farmacológica prescrita e a não prescrita; antecedentes pessoais e familiares de doença; situação pessoal; perspetivas futuras e outras. O inquérito contém perguntas de resposta aberta, semiaberta e, por último, uma revisão geral da saúde do doente;

- **Estado de Situação:** Permite relacionar os problemas de saúde com a terapêutica farmacológica instalada, em determinado momento. O estado de saúde permite um alinhamento dos problemas de saúde, com os respetivos medicamentos, de forma a identificar possíveis RNM;
- **Fase de Estudo:** A etapa de obtenção de informação, respetivamente dos problemas de saúde e da medicação do doente, é crucial. Para cada terapêutica farmacológica, tem de se considerar o princípio ativo e a indicação do medicamento, a dose/posologia e possíveis efeitos secundários. É necessário avaliar a efetividade (avaliada em conjunto, para o mesmo problema de saúde) e a segurança, individual, de cada fármaco. De notar que, a educação para a saúde, integrada neste serviço, não deve ser esquecida, uma vez que também permite atingir objetivos terapêuticos.
- **Fase de Avaliação:** É necessário identificar possíveis RNM, a partir da informação terapêutica disponível com foco na situação clínica do doente; analisa-se a necessidade, efetividade e segurança, de forma a criar uma estratégia farmacoterapêutica.
- **Fase de Intervenção:** Criação de um plano de objetivos terapêuticos, com aprovação, por parte do doente, no sentido de solucionar um ou vários RNM. É criado um plano terapêutico, atualizado a cada consulta;
- **Consultas Farmacêuticas:** Visam avaliar as intervenções feitas, anteriormente, e melhorar o ES sempre com alteração ou reforço do plano de atuação.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

O Acompanhamento Farmacoterapêutico realizado deve findar quando a intervenção farmacêutica deixa de ser necessária.

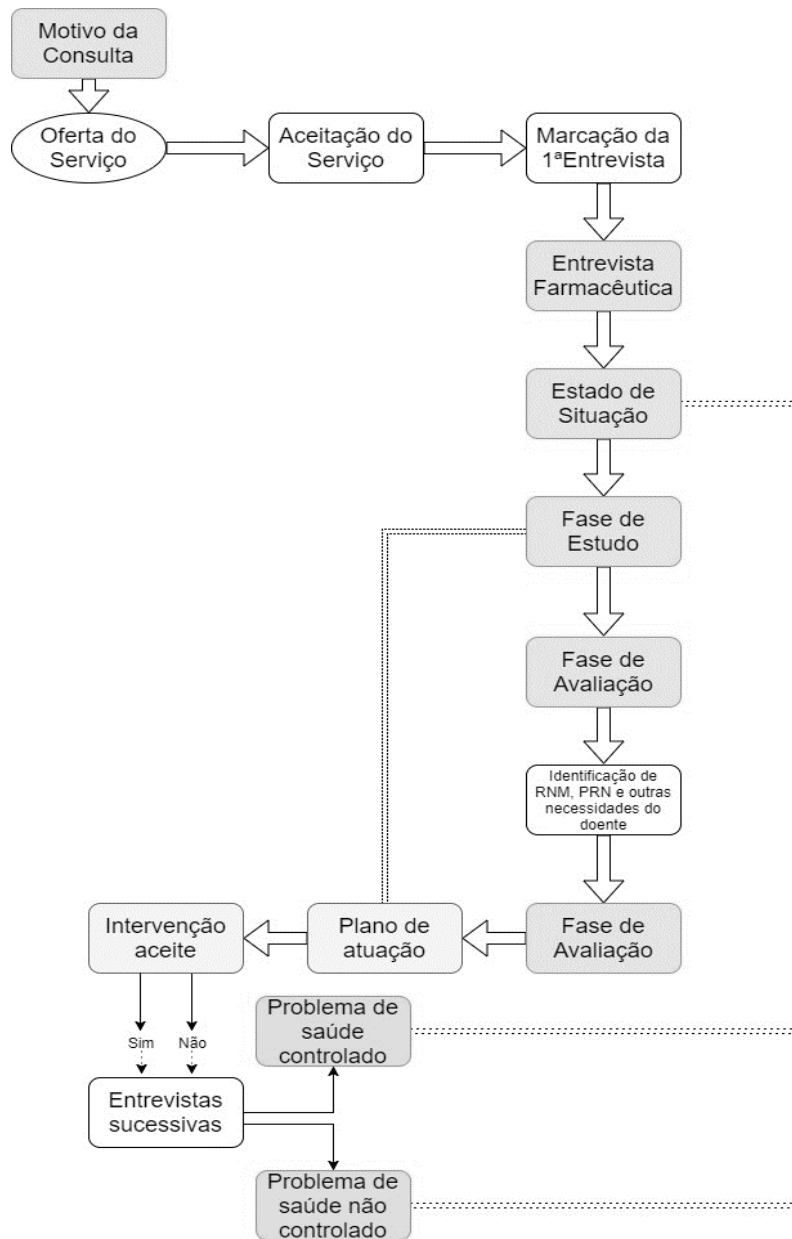


Figura 4 – Fluxograma do Método de Dáder

Adaptado de (59)

O fluxograma do Método de Dáder, esquematiza, todo o processo de Acompanhamento Farmacoterapêutico, e o que deve acontecer, em cada uma das suas fases. Este método deve ser adequado a cada caso, sendo as fases de estudo e avaliação as de maior importância para realizar um plano de atuação.(4,59)

1.3. O Acompanhamento Farmacoterapêutico na Diabetes *Mellitus*

O Farmacêutico, pela sua forte formação na área da farmacoterapia, é o profissional ideal para levar a cabo o serviço de AF.

Pelo seu elevado interesse e relevância a nível terapêutico, é necessário que os resultados em saúde sejam avaliados e medidos. Isto é porque, só desta maneira será possível confirmar e demonstrar os benefícios da integração no serviço de AF e a evolução dos doentes, ao longo do tempo.(59) Para além disto, a experiência pessoal e a opinião profissional, não são suficientes para sustentar decisões clínicas e económicas. Os estudos clínicos, hoje em dia, permitem revelar os resultados mais fiéis, ajudando a identificar quais as necessidades clínicas dos doentes. Num estudo recente, 90% dos farmacêuticos inquiridos mostram-se bastante motivados com as vantagens do programa de Acompanhamento Farmacoterapêutico. Estes resultados acabam por ser esclarecedores, na medida em que demonstram a consciencialização da profissão farmacêutica, expandindo a prática profissional.(60)

O Acompanhamento Farmacoterapêutico beneficia a adesão terapêutica, melhorando toda a terapêutica adjacente à patologia e ao seu controlo. Num estudo, com duração de 36 meses, avaliando idosos com diabetes e hipertensão, concluíram que o controlo patológico aumentou de 50,5% para 83,5%, após integração no serviço de AF.(61) Os valores da HbA1c diminuíram, significativamente, após a intervenção, o que é consistente com outros estudos, que demonstraram uma diminuição de 0,9% e 0,7%, respectivamente, após a intervenção farmacêutica.(61,62)

O Acompanhamento Farmacoterapêutico, com principal foco na DM, tendo em conta também outras patologias interferentes, já foi assunto de vários estudos. Toni e os seus colaboradores, em 2009 publicaram um artigo de investigação no controlo da DM, em contexto de Farmácia Comunitária. Chegaram à conclusão que, a intervenção farmacêutica permitiu aos doentes melhorar os valores de hemoglobina glicada (HbA1c) em 0,4%, de 7,5% para 7,1%. Para além do impacto na DM, esta intervenção permitiu melhorar valores de colesterol LDL e da pressão arterial. Durante este estudo,

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

identificaram-se resultados positivos em saúde, mas não só. O impacto do estudo, a nível financeiro, permitiu poupar cerca de 7% no orçamento anual, do sistema de saúde. De notar que este estudo decorreu com uma amostra de 573 doentes, tendo o programa a duração de um ano.(63)

Foram realizados, mais tarde, vários estudos, relativamente à DM num âmbito mais próximo da população. No Brasil, por exemplo, em 2009, foi realizado um estudo com 161 doentes com DM tipo 2, divididos em dois grupos, no qual apenas um dos grupos recebeu Acompanhamento Farmacoterapêutico durante 12 meses. Os resultados positivos, do grupo acompanhado por profissionais, foram notórios. Este estudo permitiu calcular não só a efetividade do programa de Acompanhamento Farmacoterapêutico, como também permitiu concluir os custos associados ao mesmo. A efetividade foi demonstrada com uma redução de 1,3% dos valores da HbA1c nos doentes que receberam Acompanhamento Farmacoterapêutico.(64)

Em 2012, foi estudado o impacto do programa de Acompanhamento Farmacoterapêutico com doentes com DM numa unidade de Cuidados de Saúde Primários. Durante 9 meses, foram acompanhados 20 doentes. Obteve-se reduções da HbA1c em 0,5% ($p=0,049$). (65) Concluiu-se, aquando da análise do estudo, que o processo de Acompanhamento Farmacoterapêutico melhorou o controlo da patologia, através da melhoria dos seus conhecimentos e da otimização da terapêutica. A diminuição dos resultados clínicos negativos permitiu que os valores médios finais da HbA1c se mantivessem dentro dos valores recomendados pela OMS e aprovados, em Portugal, pela DGS ($HbA1c < 6,5\%$). (66)

Num estudo clínico realizado entre setembro de 2013 e outubro de 2015, foram recolhidos dados das intervenções farmacêuticas realizadas em consultas de Acompanhamento Farmacoterapêutico. A metodologia baseou-se no Acompanhamento Farmacoterapêutico como é caracterizado na literatura.(53,67,68) As consultas foram realizadas a 125 doentes, com o apoio de uma equipa multidisciplinar composta por vários profissionais de saúde, incluindo médicos e enfermeiros.(69)

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

O primeiro ciclo deste estudo consistia em realizar uma série de primeiras entrevistas com o principal objetivo de demonstrar quais as maiores necessidades no grupo de doentes, relacionadas com a terapêutica medicamentosa e a monitorização dos doentes. Os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar concordaram que o Acompanhamento Farmacoterapêutico poderia colmatar lacunas que existiam no sistema nacional de saúde, como a falta de tempo e a falta de profissionais especializados.(69)

Aquando da terceira ronda de entrevistas, a maior parte dos profissionais de saúde, já tinha algo a dizer sobre o trabalho do farmacêutico e de como este se tornou indispensável ao controlo das patologias, devido às interações medicamentosas que tinham sido detetadas, ao longo do tempo. Os médicos consideraram o programa vantajoso e eficaz, na medida em que os comentários sobre interações medicamentosas, efeitos adversos na utilização de fármacos e indicações terapêuticas, por parte do farmacêutico, eram bastante úteis na toma de decisões clínicas. A maior parte ainda salientou a necessidade da revisão terapêutica, por parte do farmacêutico, tendo em conta que a maior parte dos médicos não tem tempo suficiente para o fazer. Os resultados demonstraram que, há medida que mais profissionais de saúde estão cientes da existência deste serviço, mais acham que este é indispensável. Tal, já tinha sido reportado por outros investigadores.(70) Neste estudo, a credibilidade do farmacêutico aumentou, tendo em conta a sua inclusão no processo de decisão clínica, providenciando respostas sobre a terapêutica. Outros estudos têm demonstrado a credibilidade do farmacêutico como fonte de informação relacionada com o medicamento.(71)

Mais recentemente, em 2017, um estudo realizado na República Popular da China, tinha como objetivo avaliar o impacto do serviço de AF nos resultados clínicos de doentes com DM tipo 2. O estudo foi realizado com uma amostra de 240 doentes, no Hospital de Zhongda, tendo a intervenção farmacêutica durado 6 meses.(72)

A intervenção consistiu em entrevistas com os doentes, nas quais o farmacêutico insistiu na educação para a saúde, tendo como foco a diabetes. Os doentes foram elucidados sobre alguns aspetos da doença, como as complicações associadas à

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

mesma, o uso adequado e precauções a ter aquando do uso de antidiabéticos orais e insulina, sinais e sintomas da hipoglicémia, a monitorização da glicémia e estilos de vida mais saudáveis. As entrevistas foram realizadas presencialmente e por acompanhamento telefónico, uma vez por mês. Estas consistiam em discutir, com o doente: a adesão terapêutica; a monitorização e o controlo da glicémia; exercício físico diário; efeitos secundários da terapêutica farmacológica e possíveis interações medicamentosas. Neste estudo, os valores de HbA1c, HDL, TG e IMC melhoraram, significativamente. Estes resultados, evidenciam a importância do Acompanhamento Farmacoterapêutico no controlo patológico e posterior manutenção. Sugere também que a participação do farmacêutico em equipas multidisciplinares tem um valor terapêutico acrescentado.(72)

Uma meta-análise, conduzida com dados de setembro de 2017, avaliou a eficácia das intervenções farmacêuticas, em doentes com DM tipo 2. Um total de 43 estudos de AF, envolvendo 6259 doentes com DM tipo 2, demonstraram que as intervenções realizadas, tinham contribuído para baixar os valores de HbA1c. Não houve indicação de quais as intervenções mais benéficas, nesse sentido. Analisando o estudo, demonstrou-se que todas as intervenções tinham tido um efeito positivo nos valores da HbA1c, havendo maior controlo da glicémia.(73)

A questão da adesão terapêutica acaba por ser também uma das razões pelos quais se atingem melhores resultados em saúde. O efeito causado pelo AF na adesão terapêutica e no conseqüente controlo patológico, foi avaliado, em 2014, num estudo, envolvendo doentes com DM tipo 2. Um total de 241 doentes foram avaliados num Hospital na Malásia, divididos por grupo de controlo (n=121) e grupo de intervenção (=120). O grupo de intervenção teria acesso ao serviço de AF, enquanto o grupo de controlo apenas recebeu o serviço farmacêutico básico. Os resultados foram obtidos após 4, 8 e 12 meses. Avaliando os mesmos, não foram encontradas diferenças muito significativas, na adesão terapêutica nem nos valores da glicémia, entre os dois grupos. Contudo, estatisticamente foram notadas diferenças significativas no que toca aos valores da HbA1c, 9,1% versus os 8% [$P<0,001$], após os 12 meses de intervenções. A adesão terapêutica também foi, significativamente, associada ao aprovisionamento do AF, com uma maior proporção no grupo de intervenção, do que no grupo de controlo,

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

75,0% versus 58,7%; $P=0,007$. Concluindo, o provisionamento do AF tem efeitos positivos no que toca à adesão terapêutica. (74)

Sabe-se que quanto menor for a adesão terapêutica, por parte de doentes com DM, maior é a taxa de admissões nos serviços de urgência. Um estudo conduzido em doentes com DM tipo 2, de fevereiro a julho de 2016, obteve dados de dois grupos de estudo, o grupo de controlo ($n=65$) e o grupo de intervenção ($n=62$). O grupo de intervenção fez parte do serviço de AF, tendo recebido um acompanhamento individualizado e personalizado, face ao grupo de controlo. A adesão farmacoterapêutica e as admissões hospitalares foram avaliadas ao final do terceiro e sexto mês, tendo havido um crescimento de 9,2% para 61,0% no sexto mês, no grupo de intervenção. Já no grupo de controlo, ainda que o crescimento fosse significativo, foi menos notado, de 13,2% para 30,2%. Apenas 23 doentes, do grupo de intervenção, tiveram episódios de descontrolo glicémico que levaram a idas às urgências, comparando com os 48 doentes, no grupo de controlo, resultando assim em menos 52,1% dos internamentos ($P<0,01$). Concluiu-se que serviço de AF, comparado com o serviço farmacêutico clássico, pode aumentar a adesão terapêutica, contribuindo, desta forma, para a redução de admissão hospitalar em doentes com DM tipo 2.(75)

Mudar a prática tradicional da dispensa, para o acompanhamento diário do doente, requer grandes mudanças, por parte dos próprios farmacêuticos, quer na educação como na formação. A dedicação profissional deve ser motivada e encorajada, tendo em conta a importância desta mudança para a prática farmacêutica.(60)

Como qualquer SF, o Acompanhamento Farmacoterapêutico deve ser demonstrado clinicamente e realizado a partir de um sistema bem organizado e o mais atualizado possível. Este serviço deve ser submetido a correções e modificações, de forma a garantir uma melhoria contínua, contando com a participação de todos os farmacêuticos, de acordo com a investigação.(60)

Vários estudos têm comprovado a relação entre morbilidade-mortalidade e a farmacoterapia. Sabe-se que o controlo da terapêutica é necessário, e é mandatário avaliar os benefícios da implementação do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, na saúde dos doentes, principalmente no caso dos

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

polimedicados, em que o risco de interações farmacológicas é maior. De facto, têm sido publicados vários estudos com dados sobre o impacto, deste serviço, nos resultados clínicos, económicos e humanísticos.(76)

O Acompanhamento Farmacoterapêutico, prestado pelo farmacêutico, permite monitorizar adequadamente a efetividade e segurança da terapêutica, maximizando os benefícios terapêuticos. Num estudo realizado a doentes idosos polimedicados, a avaliação do Acompanhamento Farmacoterapêutico na identificação e resolução de PRM (Problema Relacionado com a Medicação) permitiu concluir que este modelo permite reduzir os PRM, considerados uma falha na farmacoterapia, e melhorar, consideravelmente, a qualidade de vida do doente.(77)

1.4. Barreiras e Facilitadores da Implementação do Serviço

Com o intuito máximo de melhorar o estado de saúde dos doentes que participam no serviço de AF, os profissionais que se dedicam a esta área, encontram, pelo caminho, várias barreiras que dificultam a implementação do serviço. As barreiras acabam por estar, na realidade, muito equiparadas com os facilitadores, mas o que acontece, na maior parte das vezes, é que as barreiras acabam por ter maior impacto, sendo difíceis de ultrapassar. É necessário investir nos facilitadores, de forma a implementar este tipo de serviço em Farmácia Comunitária.

Sabe-se que a implementação deste tipo de serviço tem inúmeras vantagens no controlo das patologias do doente e na melhoria do seu estado de saúde, mas aquando da implementação deste serviço são identificadas barreiras, e facilitadores.

1.4.1. Barreiras

Mesmo havendo já dados suficientes que fundamentam as vantagens que advêm da existência do serviço de AF, nomeadamente as clínicas e económicas(5,60,64), a sua implementação não tem sido tão rápida como se esperava.(78) A falta de tempo e atitudes/opiniões de outros profissionais de saúde, a educação clínica, as capacidades comunicativas e a remuneração são indicadas como as principais barreiras da implementação do serviço.(79,80) Sendo que as barreiras não são as mesmas, em todos os países, a maior parte dos estudos permite identificar quais as barreiras com maior expressão.

É o serviço de AF que permite, aos farmacêuticos, tomar decisões terapêuticas que suportem os interesses clínicos do doente, com o principal objetivo de melhorar o seu estado de saúde.(81) Para atingir os objetivos do serviço de AF, o farmacêutico tem de cooperar com o doente, e com outros profissionais de saúde, sempre que necessário, implementando e monitorizando um plano de cuidados que previna e resolva DRP.(82) A perceção e o conhecimento das necessidades do serviço têm de ser alteradas, evoluindo para uma nova fase, em que o farmacêutico tenha maior autonomia.(83) Segundo alguns estudos, muitos dos farmacêuticos, envolvidos em Farmácia

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Comunitária, não evoluem para esta nova realidade, devido à existência de barreiras, que condicionam a evolução do serviço, tais como a falta de conhecimento dos benefícios do serviço, o pouco reconhecimento da mais-valia do serviço, a falta de farmacêuticos especializados ou com formação na área e a falta de comunicação entre farmacêutico e o médico, ou outros profissionais de saúde. (84–86)

A maior parte dos países que desenvolveram o serviço de AF, em farmácias comunitárias, foram confrontados com vários obstáculos, na sua implementação. Apenas alguns conseguiram desenvolver estratégias adequadas para superar barreiras e maior parte falhou, devido à complexidade da prática.(85)

Existem inúmeros estudos que demonstram a existência de barreiras na implementação deste tipo de serviço. Recuando ao ano de 1998, investigadores determinaram, pela primeira vez, as barreiras na implementação de Serviços Farmacêuticos (SF). Estas mesmas barreiras baseavam-se no procedimento inadequado, por falta de conhecimento do próprio farmacêutico, a orientação empresarial do farmacêutico não permitia a disponibilidade para tal, o isolamento dos farmacêuticos, a falta de apoios e o pouco contacto com os doentes.(87)

Passados 3 anos, outro estudo foi realizado, visando identificar as principais barreiras para a implementação de serviços farmacêuticos, no contexto europeu. As principais barreiras foram a falta de tempo para ter um contacto mais profundo com o doente, a falta de recursos económicos e a falta de apoio de organizações representativas, subjacentes a cada país. As barreiras secundárias, menos importantes, mas que ainda assim teriam grande impacto, seriam a falta de privacidade, questões legais e a especialização dos farmacêuticos.(88)

Em 2005, analisaram-se as barreiras em relação ao grau de experiência do farmacêutico. Um farmacêutico experiente com serviços introduzidos, preocupa-se mais com a formação e a comunicação farmacêutico-médico. O farmacêutico que acabou de desenvolver o seu projeto, preocupa-se mais com a falta de recursos, remuneração insuficiente e falta de tempo. O farmacêutico que abandonou a prática, argumentou a falta de tempo, a falta de um espaço próprio na farmácia, a remuneração insuficiente, a falta de consenso nos procedimentos e a falta da

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

colaboração de outros profissionais de saúde, englobando também os colegas da própria farmácia.(89)

Na Europa, continuaram a ser estudadas as possíveis barreiras a ultrapassar aquando da implementação do serviço de AF. Em 11 países da Europa, analisou-se a perceção das barreiras, pelos farmacêuticos, tendo sido destacadas a falta de dinheiro e tempo. No seguinte quadro, apresentam-se as dez barreiras mais mencionadas, aquando deste estudo, em 2005. Apenas um dos 11 países, Espanha, não enumerava o dinheiro como uma barreira, sendo uma das questões mais faladas a de que deveria haver um pagamento pelo ato farmacêutico, prestado.(90)

Quadro 3 - Barreiras da implementação dos Serviços Farmacêuticos.

Adaptado de (90)

AS 10 BARREIRAS MAIS IMPORTANTES

1	Falta de dinheiro
2	Falta de tempo
3	Atitude/opinião de outros profissionais de saúde
4	Falta de habilidades comunicativas
5	Estrutura dos cuidados de saúde
6	Falta de preparação clínica
7	Atitude/opinião dos farmacêuticos
8	Falta de educação em comunicação
9	Falta de competências de gestão
10	Falta de visão sobre o desenvolvimento da profissão

Noutro estudo, realizado pelos mesmos investigadores, ao analisar o ponto de vista do farmacêutico, conseguiu-se entender que a grande barreira se encontrava a nível

universitário, aquando da preparação científica. O farmacêutico, neste estudo, refere a excessiva carga horária a nível científico, em disciplinas como Física, Química e Biologia, em detrimento de disciplinas com maior base de competências clínicas. A estrutura do curso universitário é encarada como uma das barreiras a ultrapassar. Isto só será possível, quando se direcionar a mesma para a prática do acompanhamento terapêutico.(91) De forma a sentir-se mais convicto para responder às necessidades dos doentes, o farmacêutico necessita de um desenvolvimento a nível clínico muito superior, daí ser necessário aumentar a carga horária nas aulas práticas que contribuam para a aprendizagem de CF.

Em relação à barreira da comunicação entre farmacêutico-médico, um estudo realizado, depreendeu que nem todos os médicos de família aceitam a autonomia do farmacêutico, aquando de sugestões de coordenação farmacoterapêutica. A resistência na aceitação da mais-valia do farmacêutico para o controlo patológico do doente, acaba por se sobrepôr, muitas vezes, à saúde do próprio doente.(92)

No caso dos médicos, este setor acabou por se especializar cada vez mais, focando a prescrição e o diagnóstico e deixando o acompanhamento para último. Mesmo assim, uma das grandes barreiras, que vai muito para além da comunicação com o médico, é a falta de confiança. A falta de confiança quer de outros profissionais de saúde, quer do próprio doente. A confiança será sempre um dos elos mais fortes de uma ligação quer seja esta pessoal ou profissional, e esta é também uma das barreiras da implementação do serviço.(93,94)

Pode-se ainda ter em conta outro tipo de barreira comunicativa, entre o doente e o Farmacêutico. Muitos doentes estão habituados a ver a figura do médico apenas como aquele capaz de exercer consultas e de dar acompanhamento terapêutico, desconhecendo muitas vezes as capacidades técnicas do Farmacêutico. A industrialização veio limitar a área farmacêutica apenas à dispensa e mais recentemente, com a criação das parafarmácias, à venda exclusiva de medicamentos de venda livre.(95)

O doente atribui ao farmacêutico a dispensa da medicação, a determinação de parâmetros e o aconselhamento “rápido” ao balcão, limitando assim a atividade

profissional do mesmo. A consulta farmacêutica é ainda algo muito desconhecido pela população, no geral, e muito menos em ambulatório. Um estudo, centrado na opinião e percepção dos utentes em relação ao papel da farmácia comunitária, em saúde, confirma isso mesmo.(96) Estas opiniões acabam por ser uma barreira à implementação do serviço, uma vez que geram desconfiança e não permitem ao doente entender as possibilidades e vantagens que o serviço poderia trazer para o seu próprio bem-estar. Para que estas barreiras possam ser eliminadas, há necessidade de mudança. A implementação, do serviço de AF, está a ser realizada a um passo mais lento do que o esperado, a velocidades diferentes para cada país, sendo afetado por vários fatores externos e por barreiras pessoais e profissionais.(97)

Existem, contudo, investigadores que afirmam que os médicos que colaboram com o farmacêutico, acabam por reconhecer a mais-valia do farmacêutico na melhoria do estado de saúde do doente. Para estes investigadores, esta barreira acaba por ser uma das mais facilmente ultrapassáveis, que, devido à evolução dos tempos, existirá aceitação e credibilização da cooperação entre profissionais de saúde, favorecendo a relação médico-farmacêutico.(98)

Há ainda uma questão muito importante aquando da integração do serviço de AF, a necessidade de profissionais qualificados para executar as consultas. Para o desenvolvimento profissional, é necessário investir em cursos de formação contínua e contratação de profissionais qualificados. Estudos indicam que o recrutamento de profissionais qualificado acaba por ser um problema na prestação deste tipo de serviço.(99)

Avaliando os farmacêuticos “especialistas em SF” e os farmacêuticos comunitários, escolhidos aleatoriamente e de forma estratificada, um estudo identificou uma barreira transversal a todos, a falta de entusiasmo para abraçar um desafio desta dimensão, tendo em conta a segurança que sentiam na sua profissão. De acordo com os especialistas, as principais barreiras eram a mudança de mentalidade do farmacêutico, em relação à sua profissão; a ausência de formação na área e a ausência de entusiasmo (medo da mudança). Não relataram a falta de dinheiro nem de espaço na farmácia. Já os farmacêuticos comunitários, relataram as seguintes barreiras: o

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

excesso de trabalho; a falta de tempo; infraestruturas inadequadas; a falta de motivação económica e investimento; absentismo associado à idade; a inexistência de acessos em farmácias rurais e a falta de colaboração de outros profissionais de saúde.(100)

Já associado a outro tipo de realidade, existem estudos por todo o mundo que refletem as mesmas barreiras. Em 2013, um estudo realizado no Irão, concluiu que as principais barreiras da implementação do serviço de AF estão divididas nos seguintes grupos:

- Falta de recursos tecnológicos para o arquivo médico e histórico do doente;
- Falta de legislação dos procedimentos aquando do serviço de AF;
- Falta de farmacêuticos com aptidão para a realização do serviço de AF e treino específico muito limitado;
- Falta de investimento económico na área.

Estas barreiras ajudam a detetar ameaças à implementação do serviço.(101)

No caso da Islândia, o maior desafio é mesmo a falta de comunicação entre o farmacêutico e outros profissionais de saúde.(102) A maior parte dos profissionais de saúde não reconhece o impacto clínico do serviço de AF. (102) Sabe-se que, para melhorar o estado de saúde do doente, muitas vezes é necessário que haja comunicação e uma colaboração ativa, entre profissionais de saúde. A falta de comunicação é apontada como uma razão *major* para erros de ordem terapêutica, que poderiam ser evitados, se a comunicação fosse existente e colaborativa.(44,103)

Outra barreira existente na implementação do serviço é o facto deste ser pago.(104) O doente não vê o programa como um investimento onde haja retorno financeiro pela redução de custos de medicamentos.(105) Muitas vezes, só depois da integração do serviço é que os doentes acabam por ver os benefícios financeiros, mas sobretudo, terapêuticos do serviço.(106)

A barreira económica que mais afeta o serviço, a nível técnico-profissional, é a falta de profissionais de saúde, qualificados, para realizar consultas farmacêuticas e para

aplicar, em prática o programa de Acompanhamento Farmacoterapêutico.(106) A especialidade farmacêutica ainda não é reconhecida e não existe formação especializada na área, em Portugal, o que dificulta, a existência de mais profissionais de saúde capazes de realizar este tipo de consultas. Para além disso, em Portugal, o aconselhamento farmacêutico, aquando da dispensa do medicamento é uma das características da atividade diária do farmacêutico, sendo realizado, na maioria das vezes, de forma informal e sem qualquer remuneração associada.(107)

Apesar de todas as barreiras já relatadas, a principal barreira continua a ser a mentalidade do farmacêutico. Em forma de conclusão, poderá referir-se que o “novo” farmacêutico não poderá continuar a centrar-se apenas no medicamento, mas deverá olhar para pessoa do doente como o centro de tudo. Deverá assumir-se como o profissional de saúde capaz de cuidar do doente, centrando-se na gestão farmacoterapêutica.

1.4.2. Facilitadores

A referência de facilitadores, em estudos de investigadores permite a evolução do serviço de AF e é importante reconhecê-los.

Segundo estudo realizado por Kotter, há certos elementos-chave que são identificados como possíveis facilitadores para a implementação do serviço. Tais fatores são classificados da seguinte forma(108):

Quadro 4 - Facilitadores internos e externos

Adaptado de (108)

Fatores internos	Fatores externos
Atitude positiva da equipa	Regulamentações
Incentivo à motivação	Apoio de grupos profissionais
Design da farmácia	Prática mais constante
Fluxo de trabalho	Formação de redes
Promoção de um ambiente profissional	Exemplos de liderança dos farmacêuticos

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Já outro estudo identificou a orientação empreendedora da própria farmácia como um dos facilitadores que, mais poder tem sobre o desenvolvimento de SF. Este estudo, através de uma amostra de 324 farmácias comunitárias, determinou a orientação empreendedora, baseada em proatividade, inovação, riscos, autonomia e competitividade. Comprovou-se que farmácias com uma elevada orientação empreendedora estavam mais propensas a prestar serviços de SF, em comparação com farmácias com uma menor orientação empreendedora.(109) Em 2003, seis facilitadores que poderiam aumentar a produtividade do processo dos serviços cognitivos, foram identificados:

Quadro 5 - Facilitadores identificados por Plaza

Adaptado de (89)

- 1. Reembolso da implementação e/ou fornecimento do serviço;**
- 2. Apoio externo ou assistência;**
- 3. Reorganização da estrutura da farmácia e das suas funções;**
- 4. Comunicação;**
- 5. Liderança interna;**
- 6. Delegação de tarefas.**

Outro estudo, que visava identificar os facilitadores de mudança prática, demonstrou algumas semelhanças com o estudo relatado anteriormente. Foram identificados sete facilitadores:

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Quadro 6 - Facilitadores identificados por Roberts

Adaptado de (109)

1. Relacionamento com os médicos

2. Remuneração

3. Layout da farmácia;

4. Expetativa do doente;

5. Pessoal técnico;

6. Comunicação da equipa;

7. Apoio externo e assistência

Neste último, basearam-se na experiência real do farmacêutico e nos programas já implementados em farmácia comunitária. O facilitador mais marcante, durante o estudo, foi o relacionamento com os médicos, tendo sido identificado por mais de metade da amostra, como a resposta a muitas das barreiras identificadas, desenvolvendo uma melhoria notória nos serviços clínicos.(110)

Um estudo realizado em Espanha, no ano de 2009 permitiu interpretar os facilitadores identificados por grupos de farmacêuticos praticantes e estrategistas, de forma a definir a importância e aplicabilidade, de cada um dos fatores, numa escala de 100 pontos. Na seguinte tabela pode-se observar uma discrepância acentuada nas opiniões de farmacêuticos praticantes e de não praticantes. A realidade de quem, todos os dias, está em contacto com as barreiras e facilitadores da implementação do serviço, é bastante diferente de outras realidades. Um dos facilitadores mais mencionados por este grupo é a remuneração do serviço prestado. Pelo contrário, o grupo de farmacêuticos que não trabalha na área, descreve a educação clínica como o principal facilitador.(111)

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Tabela 1 – Facilitadores dos farmacêuticos praticantes e estrategistas, classificados pela importância e aplicabilidade.

Adaptado de (111)

	FACILITADORES	IMPORTÂNCIA	APLICABILIDADE
PRATICANTES	Remuneração	91	40
	Mudanças nos currículos universitários	89	69
	Apoio jurídico	63	59
	<i>Marketing</i> de serviços cognitivos	63	81
	<i>Organização e gestão de recursos</i>	57	90
ESTRATEGISTAS	Educação Clínica	89	91
	Atitude dos farmacêuticos	86	69
	Integração na equipa de cuidados primários	77	59
	Estrutura	74	84
	Reconhecimento Social	71	59
	Remuneração	71	46
	Quadro legal mais favorável	66	57

Compreende-se, desta forma, a discrepância de opiniões dos dois grupos, mas reforçasse a ideia principal de que, para implementar qualquer serviço, na farmácia, o mesmo terá de ser remunerado.

2. Objetivos

2.1. Objetivos Gerais

2.2. Objetivos Específicos

2. Objetivos

2.1. Objetivos Gerais

É objetivo primário deste estudo compreender o impacto clínico do processo de AF, em duas doentes com DM. Pretendeu-se analisar e descrever o contributo do AF para a melhoria do estado de saúde dos doentes selecionados com DM, associada a outras patologias crónicas. Identificou-se, na prática, as barreiras e os facilitadores da implementação do serviço.

O objetivo deste estudo passou por integrar duas doentes, do sexo feminino, no serviço de AF e realizar as intervenções farmacêuticas adequadas. Posteriormente, foram realizadas avaliações aos *outcomes* em saúde.

2.2. Objetivos Específicos

Impacto Clínico nos participantes

1. Registo e avaliação da evolução dos diferentes parâmetros clínicos dos doentes sujeitos a Acompanhamento Farmacoterapêutico;
2. Comparação da evolução clínica dos doentes;

Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço

1. Análise do questionário aos profissionais de saúde em Farmácia Comunitária e tratamento de dados;
2. Avaliação das barreiras e facilitadores, existentes neste tipo de serviço, por parte de profissionais de saúde, em Farmácia Comunitária e comparação com a literatura;

3. Metodologia

3.1. Contextualização do Local de Estudo

3.2. Tipo de Estudo

3.3. Seleção da Amostra

3.4. A Implementação do Serviço

3.5. Ética e Confidencialidade

3.6. A Consulta Farmacêutica

3. Metodologia

3.1. Contextualização do Local de Estudo

Este trabalho foi realizado na Farmácia Central de Mora, Distrito de Évora, na qual, com a ajuda de profissionais de saúde especializados, se desenvolveu o projeto de Acompanhamento Farmacoterapêutico de dois utentes com DM, sob a forma de consulta farmacêutica, durante 7 meses (entre março e setembro de 2017).

3.2. Tipo de Estudo

O método de estudo escolhido foi o estudo de caso, em que foram selecionados duas doentes com DM, associada a outras patologias crónicas.

As consultas foram realizadas, sob orientação da Professora Mónica Condinho e decorreram quinzenalmente às quartas-feiras entre as 10 e as 13 horas.

O serviço de AF foi realizado segundo uma adaptação do Método de Dáder utilizado na prática profissional da Orientadora do presente trabalho.

O contributo do AF para a melhoria do estado de saúde do doente foi avaliado mediante comparações *pre-post* para os principais indicadores clínicos. Realizaram-se questionários sobre barreiras e facilitadores da implementação do serviço a profissionais de Farmácia Comunitária, onde o serviço se desenvolve.

Os dois doentes com DM, integrados em Acompanhamento Farmacoterapêutico, foram selecionados de forma oportunística pela equipa da farmácia, que se prontificou a explicar em que consistia e quais os objetivos do mesmo. Foi explicado a cada doente o enquadramento do estudo, quais os seus objetivos, a metodologia a ser utilizada, a duração do mesmo e os recursos que iriam ser necessários. Foi salvaguardada a sua identificação, sendo os dados usados de forma anónima e não identificável.

O orientador profissional foi o farmacêutico responsável pelo serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico na farmácia, e coincide com o orientador académico. Acompanhou o processo, contribuindo e auxiliando ao desenvolvimento e

sucesso do mesmo. Participou na seleção da amostra e permitiu a recolha de dados durante o período de consultas, estando sempre presente, durante todos os procedimentos, envolvendo os doentes. O orientador profissional também auxiliou ao estudo aquando das várias alterações metodológicas, logísticas e contribuiu para a resolução de dificuldades, e algumas dúvidas, que foram surgindo no decurso do estudo clínico.

Para o desenvolvimento do trabalho dispôs-se de um gabinete e respetiva logística, bem como do apoio de todos os profissionais da farmácia. Apesar da DM ser o foco do estudo, foram também identificadas outras patologias, que, devido à sua importância relacionada com o descontrolo da DM, foram também analisadas.

Usou-se o ICPC-2(112) (*International Classification of Primary Care*) para a classificação das patologias associadas a cada doente. Trata-se de uma ferramenta de codificação utilizada em Cuidados de Saúde Primários, tendo sido publicada em 1987 pela WONCA (World Organisation of Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família). Esta ferramenta permite uma classificação organizada das diferentes patologias e abrange a possibilidade de haver registos para além da doença. O ICPC-2 foi utilizado por ser uma ferramenta útil neste campo, permitindo uma adequada classificação e distribuição dos problemas de saúde em Cuidados de Saúde Primários. O ICPC-2 prima pela classificação de todos os capítulos com base nos sistemas anatómicos individuais, dando prioridade à localização e só depois à etiologia. Este tipo de classificação encontra-se dividida de forma simples, em 2 eixos, um deles com 17 capítulos, cada um destes com um código alfa e, no outro 7 componentes com códigos numéricos.

A recolha de informação clínica e farmacoterapêutica foi efetuada por forma a permitir o adequado acompanhamento dos doentes intervencionados. Esta recolha de dados é feita na primeira consulta farmacêutica e constitui a história farmacoterapêutica do doente. É a partir de todos os dados recolhidos, que se traça o primeiro ES do doente.

Toda a documentação é da responsabilidade exclusiva do Farmacêutico, uma vez que permitem a rastreabilidade da evolução terapêutica individualizada, de forma a ser

possível fazer uma avaliação do impacto clínico. A existência destes documentos, permitem ao Farmacêutico, estabelecer um plano terapêutico e objetivos terapêuticos reais, pertinentes a cada situação. A cada consulta, é realizado um novo ES associado a um novo plano terapêutico. Existem ferramentas que podem ser utilizadas para manter esta rastreabilidade mais acessível e verídica a tempo real, como o programa do *Sifarma*, que permite ao Farmacêutico identificar qual a terapêutica adquirida pelo doente, em datas específicas. Todos os dados referentes ao doente ficam registados na sua ficha.

Com o objetivo de alcançar o controlo da DM e restantes fatores de risco cardiovasculares, o doente integra o serviço e são realizadas mais consultas. Apesar de mais curtas, estas têm como objetivo prevenir e detetar precocemente qualquer tipo de complicação do pé diabético e sensibilizar o doente para as consequências da DM não controlada e benefícios do seu controlo. Dependendo do enquadramento do doente, são realizadas as intervenções necessárias para o controlo patológico. Sempre que necessário, o doente é encaminhado ao médico. Nestas consultas, os objetivos “intermédios” acabam por ter maior relevância, uma vez que incentivam o próprio doente. As consultas seguintes permitem:

- Controlo da DM e fatores de risco cardiovascular;
- Enquadramento no contexto do doente;
- Controlo do Pé Diabético;
- Intervenções;
- Objetivos “intermédios”;
- Encaminhamento.

Assim que há maior controlo, estas consultas podem começar a ser mais espaçadas, começando por haver um acompanhamento quinzenal, que pode passar a mensal ou trimestral, consoante a evolução do doente.

A realização do questionário, em anexo, permitiu chegar aos profissionais de saúde, que trabalham em Farmácia Comunitária e responderam a perguntas específicas sobre

o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, prestado, diariamente, aos seus utentes. Todos os dados, recolhidos durante este estudo, foram tratados confidencialmente. O questionário, realizado para este estudo, em particular, foi composto por 12 questões relacionadas com o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico apresentadas sob a forma de escala de *Likert*, escolha múltipla e escala dicotómica, permitindo entender quais as barreiras e facilitadores da implementação do serviço. Os mesmos foram realizados pela subscriitora, não tendo sido questionários de autopreenchimento.

3.3. Seleção da Amostra

A amostra de utentes a integrar o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico não poderia ser de grandes dimensões, pelo que, foi acordado, desde início, que o ideal seria começar por realizar o estudo em dois doentes com DM não controlada. A amostra foi selecionada, pela equipa da farmácia, à data de fevereiro de 2017, respeitando todos os critérios necessários à inclusão. Os doentes foram convidados a participar no estudo pela equipa da farmácia.

Obedeceu-se a critérios de inclusão específicos, com o objetivo de encontrar doentes com DM não controlada que nunca tivessem participado no serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico.

Os critérios para a seleção da amostra foram:

- Idade superior a 18 anos;
- Doentes com DM não controlada, com ou sem terapêutica farmacológica instalada;
- Capacidade cognitiva não afetada pela patologia. Excluíram-se doentes que tivessem alterações à capacidade cognitiva, o que limitaria a compreensão das intervenções clínicas a serem realizadas durante o estudo (ex.: doentes de Alzheimer);
- Capacidade de deslocação à farmácia, para acompanhamento semanal;
- Independência face a um prestador de cuidados de saúde;

- Ausência de relação familiar com qualquer profissional de saúde, participante no estudo;

O recrutamento dos doentes foi feito, presencialmente, na farmácia. O recrutamento obedeceu à estrutura seguinte:

- Identificação do doente com DM;
- Apresentação do estudo e dos objetivos relacionados com a patologia;
- Convite para o integrar, sem qualquer custo associado;

Após aceitarem a integração no serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, os doentes foram contactados, por chamada telefónica, de modo a fazer a marcação da primeira consulta. Foi pedido que trouxessem, à data da primeira consulta, a terapêutica farmacológica instalada, bem como possíveis meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

As consultas seguintes foram agendadas pela autora do trabalho, em função da disponibilidade do utente e da própria farmácia, tendo sido acordado que as seguintes consultas ficariam marcadas para um dia da semana específico, e a confirmação da mesma ocorreria na consulta anterior. Todas as consultas foram agendadas de forma independente de outras marcações do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, já a decorrer, previamente, na farmácia. Foi acordado que as consultas decorreriam à quarta-feira pelo período da manhã, entre as 10h e as 13h. De notar, que, ao longo do estudo, a frequência de consultas foi sendo ajustado à medida das necessidades dos doentes.

3.4. A Implementação do Serviço

O serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico na Farmácia Central de Mora, estruturou-se sob a forma de Consultas Farmacêuticas semanais, independentes das restantes consultas já existentes ao abrigo do serviço implementado na farmácia.

O serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico baseou-se no método de Dáder(59), descrito anteriormente, tendo sido feitos alguns ajustes ao método original. Estas pequenas alterações decorreram do fato de que, este método torna-se demasiado extenso para realizar na prática clínica.

Todos os procedimentos e informações pessoais, de cada doente, foram registados em formulários específicos, em *Microsoft Excel*[®]. Apesar do registo ser de grande importância para o estudo em questão, privilegiou-se a relação com o doente.

3.5. Ética e Confidencialidade

Garantiu-se a máxima confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Os contactos, aquando das consultas farmacêuticas e na realização do questionário, foram realizados em ambiente de privacidade.

Aquando das consultas farmacêuticas, às duas doentes, foi salvaguardado o respetivo consentimento informado, em anexo. O consentimento informado foi assinado, pelos doentes, na primeira consulta, declarando assim, ter tomado o devido conhecimento do estudo e dos seus principais objetivos. O consentimento informado englobou também a disposição de fornecer dados pessoais e clínicos, permitindo a utilização e tratamento, respetivo, dos mesmos.

3.6. A Consulta Farmacêutica

O registo de informação começou por ser realizado, logo na primeira consulta, a partir de formulários pessoais. Começou-se por pedir os dados sociodemográficos de cada um dos doentes, sendo de extrema importância, solicitar a seguinte informação:

- Nome completo;
- Morada;
- Data de Nascimento;
- Género;
- Contacto telefónico;
- Profissão;
- Grau de escolaridade;
- Médico de família e outros médicos de especialidade;
- Antecedentes pessoais e familiares de doença;
- História clínica e farmacoterapêutica;
- Hábitos de vida;

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

- Alergias;

Após a recolha de informação pessoal e clínica, mediram-se alguns parâmetros, tendo estes sido registados, para posterior análise e comparação. Foram eles:

- Peso;
- Altura;
- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Percentagem de Massa Gorda (MG);
- Perímetro de Cintura (PC);
- Pressão Arterial (PA);
- Glicémia Ocasional;
- Colesterol Total e Colesterol HDL;

Após a primeira consulta, confirmou-se a necessidade dos doentes integrarem o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, após análise independente de todos os dados recolhidos. Estes, foram registados e considerados de maior importância e relevância ao acompanhamento. No ES registou-se os RCNF:

- Problema de Saúde Não Tratado (PSNT) – O doente apresenta um, ou mais, problema de saúde que não está tratado.
- Inefetividade – O doente toma medicamentos para o controlo da patologia, mas esta não se encontra controlada.
- Insegurança – O doente toma um ou mais medicamentos que causam reação adversa.

O ES engloba a farmacoterapia individual e as patologias, consideradas relevantes, sendo este usado em posterior avaliação, do estado de saúde, de cada doente.

O primeiro ES alinhou os problemas de saúde do doente (classificados de acordo com a ICPC-2), com a farmacoterapia pormenorizada, permitindo, desta forma, a avaliação dos resultados clínicos negativos relacionados com a farmacoterapia. Esta primeira avaliação, permite a identificação de situações, relacionadas com o medicamento, sendo estas, menos favoráveis à terapêutica do doente. Esta fase de estudo permite identificar e colmatar possíveis erros relacionados com a farmacoterapia, quer seja

devido, ao facto do medicamento não ser o mais adequado, ou até de uma má adesão à terapêutica.

A intervenção farmacêutica, farmacológica ou não farmacológica, é feita com base na análise do ES de cada doente, onde são registados todos os RCNF encontrados. É realizado um plano de intervenção, que é posto em prática, na consulta seguinte, e dirigido ao doente, com os objetivos terapêuticos pretendidos. Importante denotar que, o ES é atualizado no fim de cada consulta e avaliado, junto do doente, para que este compreenda quais as medidas a adotar para atingir os objetivos terapêuticos. É de grande importância que o doente aceite as intervenções do Farmacêutico, de modo a evoluir positivamente no controlo das patologias. Estas, são também registadas com os resultados obtidos, em posterior avaliação e escritas em formato de papel para o doente. O formato escrito para o doente permite não só a rastreabilidade, mas também evita possíveis distorções do que lhe foi transmitido, verbalmente, durante a consulta. Para além da intervenção ao doente, é guardado um registo do plano terapêutico, com o principal objetivo de manter a rastreabilidade das intervenções realizadas pelo farmacêutico.

Durante o estudo, optou-se por caracterizar a farmacoterapia com critério quantitativo, uma vez que, considerou-se polimedicação, como o uso simultâneo de diferentes fármacos, para diferentes patologias, pelo mesmo doente.(113,114)

Neste estudo, foram tidas em consideração apenas duas categorias de polimedicação, a *minor* (consumo de 2 a 4 fármacos) e *major* (consumo igual ou superior a 5 fármacos), por um período não inferior a três meses. (115,116)

3.6.1. Intervenção Farmacêutica

O processo de Acompanhamento Farmacoterapêutico inclui a intervenção do Farmacêutico em caso de ser necessário fazer alguma alteração à terapêutica do doente, seja esta farmacológica ou não farmacológica. Em ambos os casos, o Farmacêutico que acompanha o doente durante todo o processo tem de saber identificar o(s) RCNF. Na maior parte dos casos, a prevenção do(s) RCNF acaba por ser uma das razões pela qual é feita uma intervenção. A intervenção farmacológica pressupõe uma alteração à terapêutica farmacológica prescrita e/ou na recomendação

de um MNSRM. No primeiro caso, o doente é sempre encaminhado ao médico. Perspetivam-se algumas das intervenções necessárias:

- Adesão à terapêutica;
- Resolução de interações medicamentosas;
- Recomendação de um MNSRM;
- Correção do modo de administração dos medicamentos;
- Sugestão para prescrição de um MSRM devido a PSNT;
- Sugestão para aumento/diminuição de dosagem do MSRM;
- Sugestão para adição/remoção de um MSRM;

Na intervenção não farmacológica, o Farmacêutico aconselha alterações ao estilo de vida do doente, com o principal objetivo de controlar o RCNF (por exemplo, a alteração de hábitos alimentares e da prática de desporto).

Independentemente do tipo de intervenção, o objetivo da mesma, no âmbito do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, é de controlar e/ou prevenir o(s) RCNF. Estas intervenções podem ser dirigidas ao doente ou ao médico. A relação com o médico justifica o objetivo comum de melhor cuidar o doente. Contudo, neste estudo, não foi prevista a transmissão de informação oral ao médico, via doente, uma vez que esta é passível a uma maior deturpação da mensagem.

3.6.2. Parâmetros medidos

Durante o estudo, em cada consulta farmacêutica, foram medidos os principais parâmetros antropométricos para posterior avaliação, da situação de cada doente.

Foram registados, ao longo do estudo:

- Peso;
- Altura;
- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Percentagem de Massa Gorda (MG);
- Perímetro de Cintura (PC);
- Pressão Arterial (PA);

- Colesterolemia (Total, HDL);
- Glicemia (jejum, pré-prandial, pós-prandial e ocasional);
- Níveis séricos de hemoglobina glicada (HbA1c);

Em relação à glicémia, os doentes registaram os seus valores diários para posterior análise. Dependendo da necessidade de controlo glicémico, foi pedido o registo pré-prandial e/ou pós-prandial.

Ao longo do estudo, a evolução clínica, de cada doente, foi registada através da medição dos parâmetros objetivos (sempre que possível) e avaliada de acordo com *guidelines* específicas.(117–121)

Todos os parâmetros foram medidos com recurso a aparelhos devidamente validados.

Os instrumentos de medição usados foram:

- **Peso:** balança elétrica Tanita®;
- **Percentagem de Massa Gorda:** balança elétrica com monitor, Tanita® (método de bio impedância);
- **Perímetro de cintura:** fita métrica MyoTape®;
- **Pressão arterial:** Tensoval DuoControl®;
- **Glicémia:** FreeStyle Precision®;

Alguns indicadores clínicos foram obtidos através das análises clínicas de cada doente, como a colesterolemia ou os níveis séricos de hemoglobina glicada. As análises foram pedidas aos doentes e posteriormente analisadas.

3.6.3. Fontes de informação

Durante o acompanhamento aos doentes, foi necessário obter informações fidedignas e credíveis para melhor analisar a situação de cada doente. A consulta de informação revelou a necessidade de envolver fontes de informação no estudo para facilitar o estudo integrado de cada caso clínico. Demonstraram, ser uma base de trabalho útil ao serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, as seguintes fontes de informação:

- Infomed – Base de dados de medicamentos disponível no site do Infarmed;
- Pubmed – plataforma informática de artigos científicos;

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

- Centro de Informação de Medicamentos da OF;
- Informação científica da DGS e OMS.

Estas fontes de informação foram utilizadas para garantir a credibilidade científica de todo o processo de Acompanhamento Farmacoterapêutico.

O Farmacêutico desempenha um papel fundamental no fornecimento de informação e acompanhamento qualificado da terapêutica do doente, uma vez que é especializado no medicamento.

3.6.4. Pé Diabético

Tendo em conta o risco de complicações ao nível do pé diabético, a consulta de AF também contemplou uma avaliação sumária do pé. A avaliação foi feita pela orientadora, tendo a subscritora apenas observado. A orientadora avaliou o estado das unhas, a pilosidade e a pele do pé, procurando calosidades, gretas, micoses ou outras alterações. Aquando da observação do pé, foi realizada a avaliação do seu estado de hidratação.

Para uma boa análise do pé diabético, foi necessário realizar alguns testes, durante a consulta, que permitiram caracterizar o tipo de pé diabético que o doente tem, e quais as necessidades de atuação primária. Foram avaliados os pulsos do pé, de forma a detetar a presença de arteriopatia, bem como as sensibilidades, de forma a detetar a presença de neuropatia. A sensibilidade à pressão foi testada com o monofilamento de *Semmes-Weinstein* de 10g. Para a avaliação da sensibilidade à vibração, foi utilizado o Diapasão de 128Hz.

A consulta incluiu a revisão dos cuidados diários a adotar com os pés: lavagem, secagem e hidratação. Considerou também o tipo de calçado e meias, bem como a sensibilização para que a remoção de eventuais calosidades seja sempre realizada por um profissional de saúde qualificado.

4. Apresentação de Resultados

4.1. Doente MSB

4.2. Doente ANR

4.3. Questionário para avaliação de Barreiras e Facilitadores

4. Apresentação de Resultados

O processo de Acompanhamento Farmacoterapêutico, com duração de sete meses (entre março e setembro de 2017), foi realizado a duas doentes com DM tipo 2, do género feminino. As duas doentes foram, durante o estudo, identificadas como MSB e ANR.

Uma vez que o objetivo foi determinar o impacto clínico do serviço na DM, foi dada maior importância a parâmetros de controlo relacionado com a doença em estudo.

Foram então analisados durante o estudo diversos PSNT, estando a maior parte deles relacionados com o Aparelho Endócrino, Metabólico e Nutricional, seguido pelo Aparelho Circulatório, Psicológico e Músculo-Esquelético.

As doentes avaliadas encontravam-se, ambas polimedicadas (dois ou mais fármacos), com polimedicação *major* (5 ou mais fármacos).

As intervenções realizadas, foram, como previsto a nível metodológico, escritas, para que a doente não se esquecesse de respeitar as mesmas. Algumas intervenções foram efetuadas apenas oralmente, no caso de serem já intervenções conhecidas pelo doente.

Todos os resultados serão apresentados individualmente, para cada doente.

4.1. Doente MSB

A doente MSB tinha 71 anos. Negou alergias. É reformada, viúva, vive sozinha e tem uma filha (com problemas do foro oncológico). Não fuma, não consome bebidas alcoólicas e bebe um café de manhã, sem açúcar. Assenta num estilo de vida sedentário e apresenta uma alimentação polifracionada, embora ainda desregrada em termos de composição. Tem antecedentes pessoais de laqueação de trompas e de cirurgia às hemorroidas. Entrou, precocemente, na menopausa e desconhece quaisquer antecedentes familiares de doença.

No início do estudo, a DM, a qual foi diagnosticada em 1999, encontrava-se fora dos objetivos terapêuticos previstos, com valores de HbA1c de 8,6%. Esta doente apresentava um quadro bastante preocupante, com valores de glicémia pré-prandial descontrolados, entre 117 a 296 mg/dL, resultado da sua alimentação pouco cuidada e de uma insulino terapia com erros.

Como problemas de saúde registaram-se a DM, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, depressão, perturbação do sono, obstipação e a obesidade. De entre as patologias apresentadas, todas estavam medicadas farmacologicamente, exceto a obesidade. A DM não estava controlada. Nesta doente, efetuaram-se as intervenções necessárias, com o objetivo de controlar o problema de saúde subjacente. Estas foram efetuadas durante sete consultas farmacêuticas.

Por uma questão de facilidade de apresentação do caso, cada PS será apresentado sequencialmente, pela ordem do primeiro ES da doente (Anexo 5).

4.1.1. Diabetes *Mellitus*

Em relação à terapêutica farmacológica, inicialmente prescrita, em 1999, desta fazia parte apenas a terapêutica antidiabética oral (Metformina 850 mg), sendo a posologia de um comprimido após o almoço e um comprimido após o jantar.

Em 2003, por descontrolo glicémico acentuado, foi-lhe recomendado que iniciasse a utilização diária de insulina. A adaptação foi lenta, mas facilitada pelo acompanhamento no centro de saúde, no qual houve sensibilização para a doença. A doente MSB começou a administrar 32U de insulina aspártico solúvel 100UI (30%) +

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Protamina (70%), após o pequeno-almoço. Ainda assim, após 15 anos de utilização, os resultados positivos, outrora existentes, começavam a declinar para resultados menos positivos. De notar que a doente administrava 32U de insulina após a primeira refeição do dia, quando integrou o serviço de AF.

A maior parte das intervenções foram não farmacológicas. As primeiras intervenções basearam-se nos seus hábitos de vida e na sua alimentação. Os cuidados alimentares gerais foram o foco. Solicitou-se que apontasse, diariamente, todos os alimentos consumidos, de modo a avaliar o impacto das refeições nos valores de glicémia registados. As recomendações alimentares incluíram a melhoria da composição das refeições e polifracionamento. O exercício físico também fez parte das recomendações não farmacológicas. Fazendo uma análise mais concreta das intervenções realizadas, tem-se:

Tabela 2 – Intervenções não farmacológicas na doente MSB

Intervenção não farmacológica	Nº de intervenções realizadas
Prática diária de caminhada (30 min)	7
Composição correta dos lanches	6
Cuidados com os pés	1

Das intervenções a nível farmacológico, pode-se salientar a adesão à terapêutica da DM, garantindo uma correta administração dos fármacos, especificamente no caso da insulina, que nesta doente foi vital para melhorar os valores da glicémia.

A insulino terapia foi revista a cada consulta, dando maior atenção à sua conservação, aspeto, homogeneização, locais de administração, rotatividade, tamanho da agulha e a sua reutilização, técnica de injeção, episódios de hipoglicemia, variabilidade da glicemia e lipodistrofias.

Ainda referente à DM, foi observada a avaliação do pé, no âmbito da consulta de AF. Foi observado o teste de sensibilidade à pressão e vibração, aquando do qual, a doente foi informada de todo o procedimento, não estando estas comprometidas. A doente manifestou queixas relativamente à *secura extrema* dos pés. O tratamento baseou-se

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

na recomendação de um creme específico para o pé diabético, o PediRelax[®], tendo sido indicado à doente que o utilizasse diariamente e o incluísse na sua rotina de cuidados diários.

Relativamente ao procedimento de prevenção, analisou-se sistematicamente e entre períodos de tempo curtos, os pés.

Segregando as diferentes intervenções na DM, verificam-se:

Tabela 3 – Intervenções farmacológicas na doente MSB

Intervenção farmacológica	Nº intervenções realizadas
Revisão da insulinoterapia	3
Adesão à Terapêutica	2
Administração da insulina antes da refeição	4

(PA e JT)*

*** PA – Pequeno-almoço JT - Jantar**

O grau de aceitação das intervenções realizadas foi total. A doente demonstrou grande abertura para as sugestões efetuadas pelo farmacêutico responsável pelo serviço.

Foi-lhe pedido o registo pré-prandial, para posterior avaliação.

As intervenções farmacológicas realizadas à doente MSB envolveram a sugestão da administração da insulina, antes da refeição.

4.1.2. Hipertensão Arterial

Considerando os valores de pressão arterial da doente MSB, verifica-se que estes oscilaram pouco significativamente, ao longo das consultas farmacêuticas. A doente MSB já apresentava valores controlados, no início da intervenção farmacêutica, com a toma diária de Enalapril 5 mg.

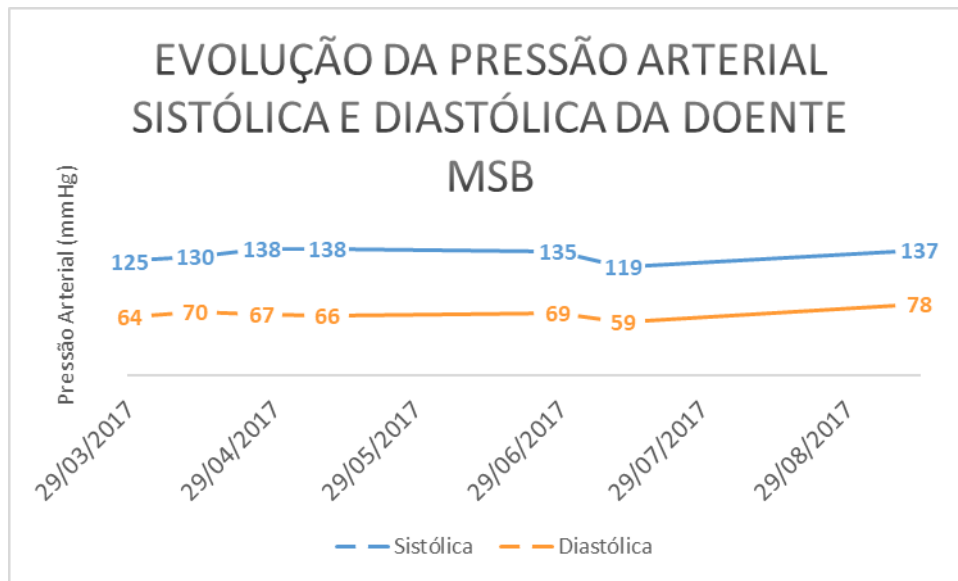


Gráfico 1 - Evolução da Pressão Arterial Sistólica e Diastólica, da doente MSB

4.1.3. Hipercolesterolemia

A terapêutica farmacológica para controlo da hipercolesterolemia manteve-se durante todo o processo de acompanhamento, baseando-se na toma diária de Pravastatina 20 mg, após o jantar. No controlo da hipercolesterolemia registaram-se e compararam-se os níveis de colesterol total e colesterol HDL. A doente estava controlada.

4.1.4. Depressão e Ansiedade

No que respeita à depressão e ansiedade, destacou-se a abordagem motivacional, desenvolvida na doente MSB, que resultou de uma abordagem global da doente. A intervenção farmacêutica, nesta patologia, foi limitada.

A avaliação específica destes problemas de saúde, entenda-se por meio de questionário apropriado, não foi determinada, por limitações de tempo no processo de Acompanhamento e por opções de gestão da intervenção. Mesmo assim, pode-se afirmar, que a doente parecia mais motivada no final do processo de acompanhamento e, também, mais predisposta a manter os novos hábitos adquiridos.

Face à contextualização da doente MSB, considerou-se ser possível e adequado intervir na adesão à terapêutica (prescrita) com inibidor seletivo da recaptção neuronal de serotonina (Venlafaxina 75 mg). A intervenção foi aceite pela doente.

4.1.5. Perturbação do Sono

Identificaram-se, na doente MSB, perturbações do sono, nomeadamente insónia. A doente referia queixas diárias de insónia, sempre que se sentia mais ansiosa que o normal.

4.1.6. Obstipação

A doente MSB manifestava, insistentemente, queixas de obstipação (crónica). Na maior parte das consultas e, considerando o respetivo perfil farmacoterapêutico, instituíram-se medidas não farmacológicas como a correta composição dos lanches e a prática de exercício físico. Recomendou-se, também, a adesão à terapêutica prescrita pela médica de família (Beladona 5 mg + Fenolftaleína 135 mg).

4.1.7. Excesso de Peso e obesidade

De referir que, apesar de a doente apresentar um IMC compatível com obesidade, este problema de saúde não foi alvo de intervenções especificamente direcionadas. Contudo, o IMC e o PC foram registados a cada consulta, garantindo a monitorização dos valores relacionados com a obesidade e risco de complicações metabólicas.

4.1.8. Evolução Clínica

Observando o primeiro ES (anexo 5) e o último ES (anexo 6), pode-se confirmar que, antes de iniciar qualquer tipo de intervenção farmacêutica, a doente MSB tinha valores de glicémia pré-prandiais, no mês anterior, em média, de 215,1 mg/dL. Após integração no serviço de AF, estes valores foram estabilizando, chegando a atingir uma média pré-prandial, no último mês de intervenção farmacêutica, de 133,4 mg/dL. O gráfico seguinte demonstra a evolução dos valores de glicémia, ao longo do percurso de integração no serviço de AF. Para o contexto da doente, o objetivo terapêutico parece ter sido alcançado, atingindo-se valores médios muito próximos dos valores de referência.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

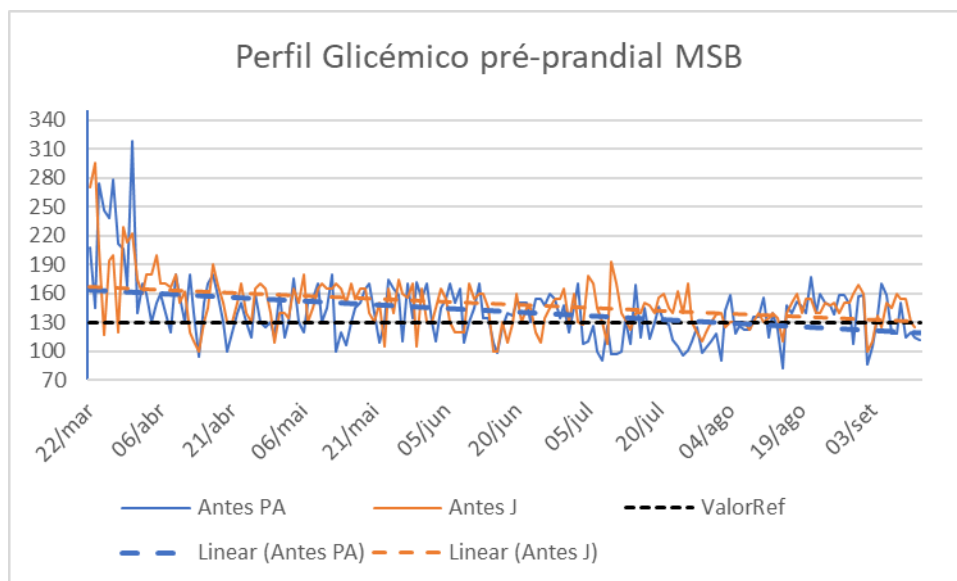


Gráfico 2 – Perfil Glicémico pré-prandial, da doente MSB

O tratamento diário de hidratação, com um creme específico para o pé diabético, diminuiu as queixas, por parte da doente, relativamente à secura extrema dos pés.

Em relação à hipertensão, a doente MSB já apresentava valores controlados, no início da intervenção farmacêutica, o que se manteve até ao fim do estudo.

Ao longo do processo de acompanhamento observou-se uma redução do colesterol total de 10,2% (de 166 mg/dL para 149 mg/dL). O mesmo para o HDL, que atinge uma redução de 0,9% (de 68 mg/dL para 60 mg/dL), esta, menos significativa. No que respeita ao alcance dos objetivos terapêuticos, pretendidos, para a colesterolemia, no diabético, pode dizer-se que a doente MSB os atingiu, tendo inicialmente valores controlados.

Registou-se o controlo das perturbações do sono, por adesão à terapêutica (prescrita) de Alprazolam 1 mg. A avaliação foi efetuada por questionário direto à doente.

No que toca à obstipação, no final do estudo, a doente MSB manifestou, em resposta a questionário verbal, um trânsito intestinal regular. Admite-se que tal terá sido pela promoção da adesão à terapêutica efetuada.

A obesidade, apesar de não ter sido alvo de intervenções especificamente direcionadas, foi alvo de intervenções indiretas para controlo da glicémia. A evolução clínica é demonstrada no gráfico seguinte.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

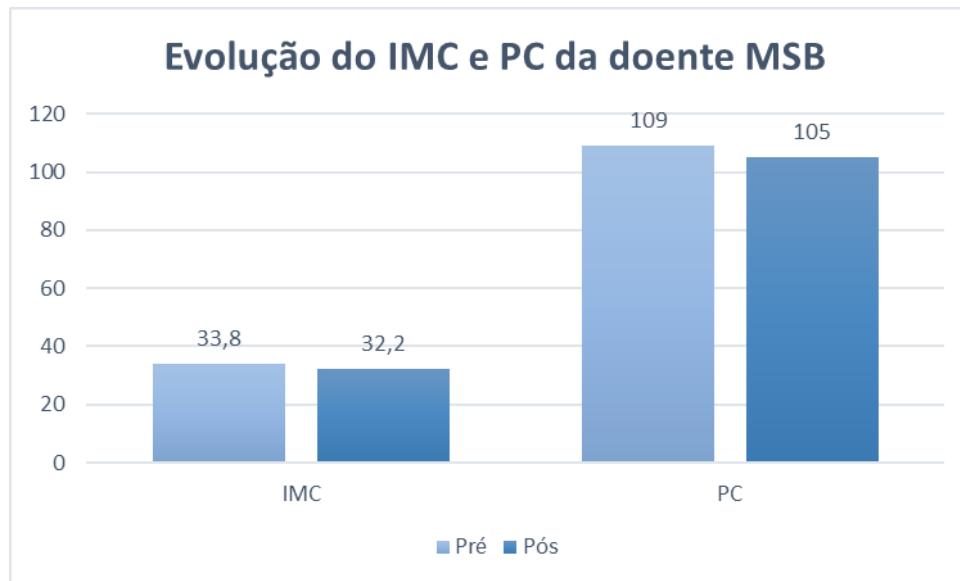


Gráfico 3 - Evolução do IMC e PC, da doente MSB

4.2. Doente ANR

A doente ANR tinha 66 anos. Referiu ser alérgica à penicilina. É reformada, divorciada, vive sozinha. Não fuma, consome bebidas alcoólicas pontualmente e bebe três cafés por dia, com adoçante. Assenta num estilo de vida sedentário e apresenta uma alimentação polifracionada e hiperglucídica. Tem antecedentes pessoais de cirurgia à tiróide, de excisão de quisto e de cirurgia às cataratas. Tem antecedentes familiares, de primeiro e segundo grau, de DM, evento cardiovascular e cancro.

No início do estudo, a DM encontrava-se fora dos objetivos terapêuticos previstos, com valores de HbA1c de 11,9%. esta doente apresentava um quadro bastante preocupante, com valores de glicémia pré e pós-prandial descontrolados, entre 131 a 235 mg/dL, e entre 107 mg/dL a 237 mg/dL, respetivamente, resultado da sua alimentação hiperglucídica e de uma fraca adesão à terapêutica da DM. De referir que a doente se fez acompanhar de umas análises laboratoriais (efetuadas cerca de 1 mês antes) com HbA1c de 10,3%.

A doente fraturou o rádio distal, devido a uma queda, após a integração no programa de AF.

Os problemas de saúde incluíram a DM, hipertensão arterial, hipotiroidismo, dor (proveniente da hérnia discal, e posteriormente da fratura no braço), apneia de sono, onicomicoses, excesso de peso e obesidade. De entre as patologias apresentadas e, previamente diagnosticadas pelos seus médicos, apenas a hipertensão arterial e hipotiroidismo, estavam controladas.

Nesta doente, efetuaram-se as intervenções necessárias, ao longo de seis consultas farmacêuticas. Por uma questão de facilidade de apresentação do caso, cada PS será apresentado sequencialmente.

4.2.1. Diabetes *Mellitus*

No início do estudo, a DM, a qual havia sido diagnosticada recentemente, em fevereiro de 2017, encontrava-se fora do objetivo terapêutico, com valores de HbA1c de 11,9%. Foi identificada uma inefetividade da terapêutica farmacológica, com Sitagliptina 50 mg + Metformina 1000 mg e Insulina Glargina 100UI/mL.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Em relação à terapêutica farmacológica, inicialmente prescrita, desta fazia parte a terapêutica antidiabética oral Sitagliptina 50 mg + Metformina 1000 mg, sendo a posologia de um comprimido após o pequeno-almoço e 10U de Insulina Glargina 100UI/mL, após o jantar. Foi possível observar a adaptação à insulina, por parte da doente ANR, pois a sua introdução coincidiu com a integração no serviço de AF.

Fazendo uma análise mais concreta, nas intervenções realizadas, a nível da DM, foram, sobretudo, não farmacológicas. As primeiras intervenções basearam-se nos seus hábitos de vida e na sua alimentação, iniciando um plano de cuidados alimentares mais saudável, incluindo a prática de caminhada diária. As recomendações alimentares incluíram a redução de açúcares processados e hidratos de carbono, a melhoria da composição das refeições e polifracionamento, visando controlar os valores da glicémia. Neste caso, em específico, os cuidados alimentares gerais representaram quase metade das recomendações.

Fazendo uma análise mais concreta das intervenções realizadas, tem-se:

Tabela 4 – Intervenções não farmacológicas na doente ANR

Intervenção não farmacológica	Nº de intervenções realizadas
Prática diária de caminhada (30 min)	2
Composição correta das principais refeições e lanches	5
Redução no consumo de hidratos de carbono	3
Cuidados com os pés	1

Das intervenções a nível farmacológico, pode-se salientar a revisão da insulino-terapia. Nesta foram revistos vários aspetos que poderiam afetar a terapêutica com insulina, tais como: a sua conservação, o aspeto, o modo de homogeneização, os locais de administração, a questão da rotatividade, o tamanho da agulha e a reutilização da

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

agulha, a técnica de injeção, os episódios de hipoglicemia, a variabilidade da glicemia e as lipodistrofias. A revisão da insulino terapia foi realizada em quatro consultas.

Segregando as diferentes intervenções na DM, verificam-se, na seguinte tabela, as farmacológicas:

Tabela 5 - Intervenções farmacológicas na doente ANR

Intervenção farmacológica	Nº intervenções realizadas
Revisão da insulino terapia	4
Adesão à Terapêutica	1
Sugestão da alteração da prescrição médica	1

Aquando das intervenções farmacológicas, pode-se salientar a adesão à terapêutica, garantindo uma boa adesão e uma correta administração dos fármacos, especificamente no caso da insulina. O controlo da insulino terapia, nesta doente, foi de extrema importância, tratando-se de algo recente na sua terapêutica habitual. Foi-lhe pedido o registo pré e pós-prandial, para posterior avaliação.

As intervenções realizadas à doente ANR, e que envolveram a sugestão de alteração da prescrição médica (aumento da dose da Insulina Glargina 100UI/mL, de 10U para 12U, à noite), de modo a controlar a DM, foram dirigidas e aceites pelo médico responsável pela terapêutica da doente. No caso das intervenções dirigidas ao médico, estas foram enviadas através do doente, com o seu consentimento, em carta aberta. Dada a proximidade física entre o farmacêutico responsável pelo serviço e o médico de família da doente ANR, a mesma informação foi oralmente discutida com o mesmo. As intervenções dirigidas ao médico relacionaram-se com questões farmacológicas, neste caso, o aumento das unidades de insulina administrada à noite, de 10UI para 12UI. Houve boa recetividade, por parte da doente, das intervenções realizadas, a nível farmacológico.

4.2.2. Hipertensão Arterial

Considerando os valores de pressão arterial da doente ANR, verifica-se que estes oscilaram pouco significativamente, ao longo das consultas farmacêuticas. A doente ANR já apresentava valores controlados, no início da intervenção farmacêutica, com uma única toma diária de Perindopril 10 mg+ Amlodipina 10 mg.

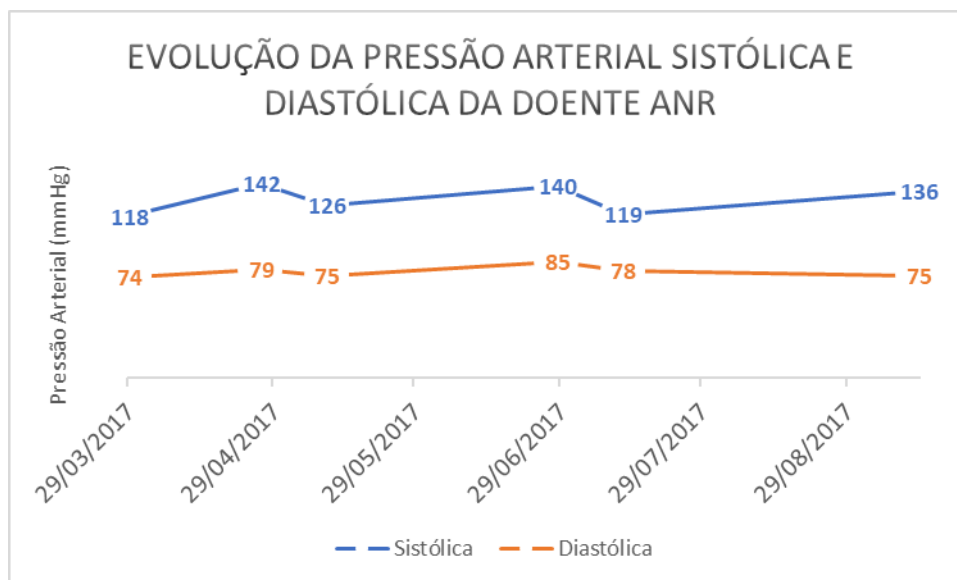


Gráfico 4 – Evolução da Pressão Arterial Sistólica e Diastólica, da doente ANR

4.2.3. Hipotireoidismo

À doente ANR, foi-lhe diagnosticado hipotireoidismo há mais de vinte anos, estando a patologia controlada com administração diária de metade de um comprimido de Levotiroxina Sódica 0.1. Detetou-se uma boa adesão à terapêutica e eficácia e segurança do medicamento.

4.2.4. Dor

Uma das maiores preocupações da doente era a hérnia discal, que causava dores intensas a nível da lombar, caracterizando-a como “uma dor que começa nas costas e se espalha pela perna”. O diagnóstico médico, permitiu uma terapêutica farmacológica adequada, tendo sido prescrito, Paracetamol 325 mg+Tramadol 37,5 mg em SOS (até 3x dia). A doente apresentou boa adesão terapêutica, mas o medicamento não estava a ser totalmente eficaz. A dor acentuou quando a doente, após a integração do serviço de AF, sofreu uma fratura do rádio distal, devido a uma queda. Devido a intervenção médica, ficou cerca de três meses impossibilitada de realizar quaisquer atividades

físicas, tendo sido aconselhada, pela médica de família, a realização de, pelo menos 60 sessões de fisioterapia. A doente ANR realizou fisioterapia até setembro de 2017.

No caso da dor, proveniente da hérnia discal, não foi efetuada intervenção específica. A fratura do rádio distal foi sempre acompanhada pela equipa médica e pela equipa de fisioterapeutas, que se encarregaram de reportar qualquer alteração ao seu estado de saúde, estando a intervenção farmacêutica, neste caso, limitada.

4.2.5. Apneia do Sono

Relativamente às perturbações do sono, nomeadamente a existência de distúrbios respiratórios, estas já tinham sido, previamente, identificadas. A cessação temporária da respiração tinha sido identificada, pela médica de família, por paragem do fluxo de ar dos pulmões. O diagnóstico de apneia do sono, em 2014, estabeleceu a utilização diária de um equipamento médico de pressão positiva contínua nas vias aéreas, o CPAP. Em relação ao AF, a doente não revelou qualquer tipo de preocupação ou queixa relativamente à utilização diária do CPAP.

4.2.6. Onicomicoses (pés)

No início do estudo, a doente ANR apresentava já algumas lesões provocadas por fungos, tendo sido, anteriormente, recomendado, pela médica de família, a utilização de amorolfina 50mg/ml para o tratamento de onicomicoses. As onicomicoses provocaram alteração da cor da unha e da sua espessura, tendo iniciado o tratamento cerca de dois meses antes das consultas. A onicomicose mais predominante foi identificada, superficialmente na unha do Hálux. Face à avaliação farmacêutica, foi possível acompanhar a evolução do pé da doente, e controlar o desenvolvimento fúngico com o verniz medicamentoso.

Foi observada a avaliação do pé diabético, no âmbito da consulta de AF. Foi observada a avaliação da sensibilidade à pressão e à vibração, não estando estas comprometidas. Os pulsos arteriais manifestaram-se diminuídos.

No decurso do estudo, a doente manifestou queixas relativamente à secura extrema dos pés e de incómodo. Quando observado, o pé apresentava hiperqueratoses. O tratamento baseou-se na hidratação com um creme específico para o pé diabético, o PediRelax[®], tendo sido recomendado à doente que o utilizasse diariamente e o

incluísse na sua rotina de cuidados diários. Os resultados foram visíveis e ao fim de três semanas, eliminaram-se as queixas e proporcionou-se maior facilidade na marcha.

Relativamente ao procedimento de prevenção, analisou-se sistematicamente e entre períodos de tempo curtos, o pé.

4.2.7. Excesso de Peso e Obesidade

A evolução clínica da doente ANR foi avaliada pela determinação do IMC, a cada consulta. Com o principal objetivo de garantir a monitorização dos valores relacionados com a obesidade e risco de complicações metabólicas, mediu-se o perímetro de cintura. No caso desta doente, o seu IMC é compatível com obesidade ($\geq 30,33 \text{ kg/m}^2$).

Destacam-se, hábitos inadequados relacionados com o tipo de alimentação, como, por exemplo, o consumo excessivo de alimentos processados, em frente à televisão e a mastigação de forma rápida e inadequada.

Foram efetuadas recomendações, visando reduzir, significativamente, comorbidades associadas ao excesso de peso, tais como: evitar ganhar peso; fazer exercício físico diariamente, incluir na rotina uma caminhada de 30 minutos; reduzir hidratos de carbono e lípidos e aumentar o consumo de legumes; comer porções de fruta, todos os dias; reduzir no sal; aconselhou-se uma adequada composição das principais refeições e lanches.

Ainda assim, a doente ANR não atingiu os objetivos terapêuticos relacionados com a obesidade, mantendo a classificação, de obesidade grau II (entre $35,00 \text{ kg/m}^2$ e $39,99 \text{ kg/m}^2$).

No que ao perímetro de cintura diz respeito registaram-se valores compatíveis com risco muito aumentado de complicações metabólicas, ultrapassando os 88 cm.

A doente ANR mostrou-se apreensiva com o aumento de peso associado à introdução da insulina, tendo sido a intervenção farmacêutica mais focada em prevenir um aumento substancial de peso, reforçando os hábitos de alimentação mais saudáveis, controlando as porções e aumentando a atividade física, diária, gradualmente.

4.2.8. Evolução Clínica

Como se pode observar pela comparação do primeiro ES (anexo 7) com o último ES (anexo 8), antes de iniciar qualquer tipo de intervenção farmacêutica, os valores de glicémia pré-prandiais, em média, eram de 176,4 mg/dl. Após integração no serviço de AF, estes valores foram estabilizando, chegando a atingir uma média, para o mesmo período de tempo, de 139,0 mg/dl. O último ES resume os resultados da DM no gráfico seguinte demonstrando a evolução dos valores da glicémia pré-prandial, ao longo do percurso de integração no serviço de AF.

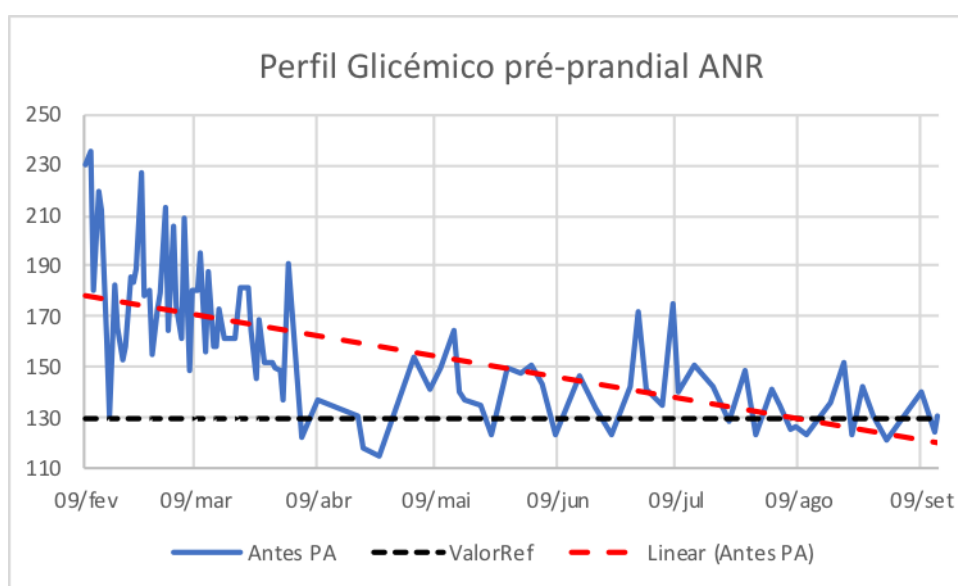


Gráfico 5 – Perfil Glicémico pré-prandial, da doente ANR

Nesta doente, também se teve em conta os valores da glicémia, pós-prandial. Antes da intervenção farmacêutica, a doente ANR tinha valores de glicemia pós-prandiais, em média, de 179,2 mg/dL. Após integração no serviço de AF, estes valores chegaram a atingir uma média, nas últimas semanas de intervenção, de 160,4 mg/dL. O gráfico seguinte demonstra a evolução dos valores da glicémia pós-prandial.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

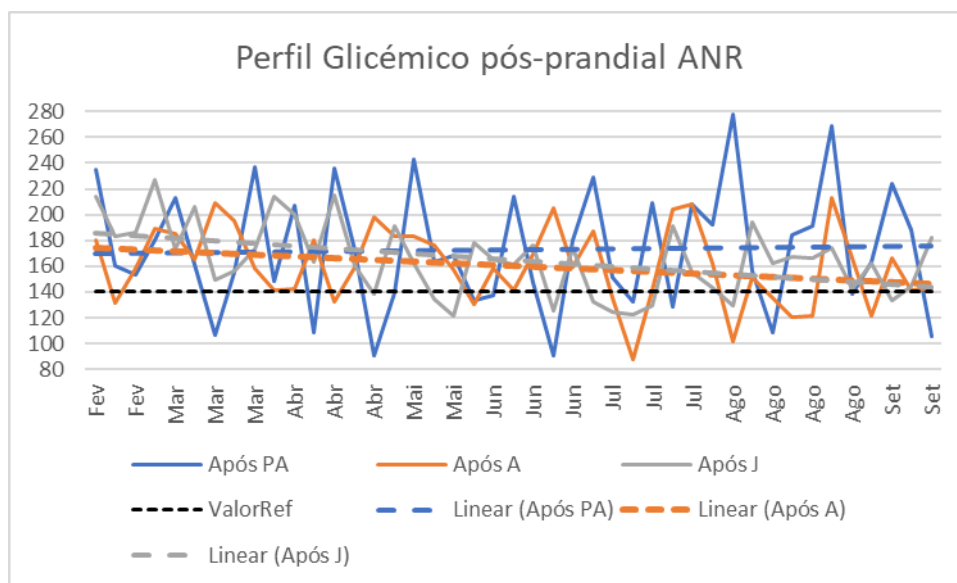


Gráfico 6 – Perfil Glicémico pós-prandial, da doente ANR

O AF, na doente ANR, resultou em melhoria ao nível de outros fatores, como a consciencialização para o risco de complicações relacionados com a patologia, aquando do seu descontrolo.

A hidratação diária com um creme específico para o pé diabético diminuiu as queixas, por parte da doente, relativamente à secura extrema dos pés. Face à avaliação farmacêutica, pode-se confirmar o controlo do desenvolvimento fúngico com o verniz medicamentoso.

Em relação à hipertensão, a doente ANR já apresentava valores controlados, no início da intervenção farmacêutica, o que se manteve até ao fim do estudo.

O hipotireoidismo manteve-se sempre controlado com um valor de TSH ($\mu\text{UI/ml}$) estável, 2,18. O controlo manteve-se, ao longo dos sete meses de intervenção, não havendo qualquer alteração a registar.

A dor associada à hérnia foi controlada, por indicação da doente. Relativamente à fratura, houve boa recuperação pós lesão, com algumas queixas de dor moderada a ligeira.

A obesidade manteve-se descontrolada. A evolução clínica dos valores de IMC e perímetro da cintura foi negativa. A doente iniciou as consultas farmacêuticas com um IMC de $37,2 \text{ kg/m}^2$ evoluindo para um IMC de $38,3 \text{ kg/m}^2$. A evolução dos valores do

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

perímetro de cintura, não foi melhor, tendo aumentado 1,5 cm (de 120,0cm para 121,5cm). O gráfico abaixo apresentado, reflete a evolução clínica dos valores de IMC e perímetro da cintura, da doente ANR, durante os sete meses de intervenção.

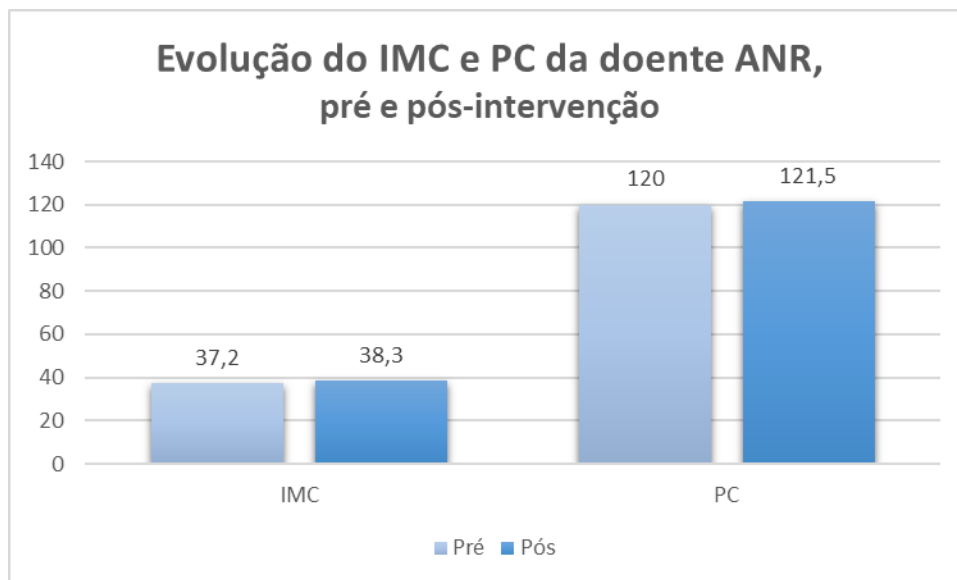


Gráfico 7 – Evolução do IMC e PC, da doente ANR, pré e pós-intervenção

4.3. Questionário para avaliação de barreiras e facilitadores

A amostra obtida foi de 12 questionários e a forma de apresentação dos resultados é feita através de análise gráfica. De notar, que as respostas ao questionário incluem os profissionais de duas farmácias, situadas em áreas geográficas diferentes, não tendo sido exploradas diferenças nas respostas (potencialmente induzidas pela localização e características da farmácia), devido ao pequeno número de participantes.

Nos gráficos que se seguem são apresentados os dados alusivos à caracterização da amostra (Género, Faixa Etária, Categoria Profissional, Anos de Prática em Farmácia Comunitária), Avaliação do Serviço e a caracterização das Barreiras e Facilitadores da implementação do mesmo.

4.3.1. Caracterização da Amostra

4.3.1.1. Género

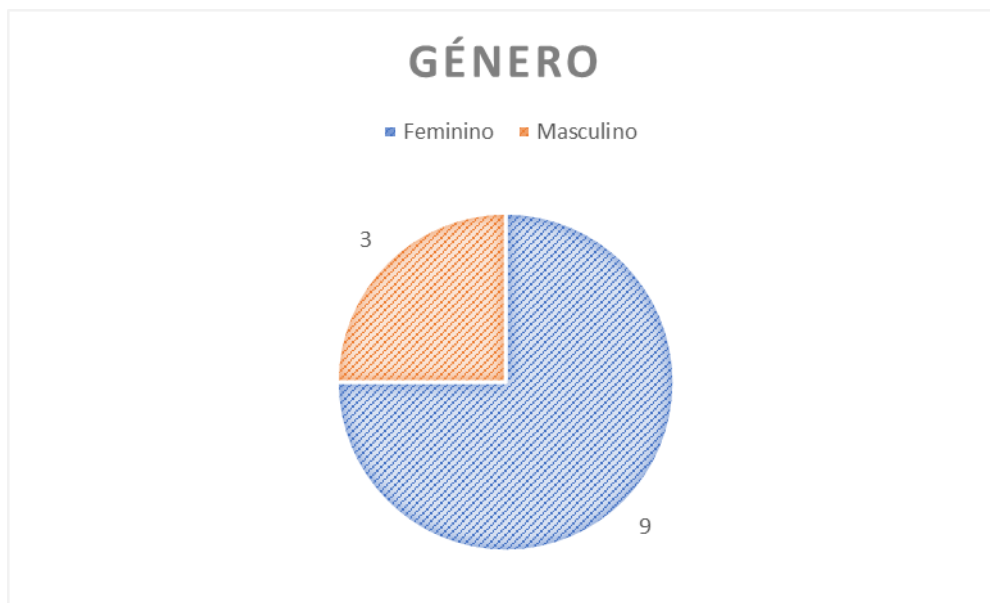


Gráfico 8 - Distribuição por género

Verifica-se a participação maioritária do género feminino, a liderar a amostra. Dos doze inquiridos, nove pertencem ao género feminino.

4.3.1.2. Faixa Etária

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

No Gráfico 2, referente à faixa etária, participante no questionário, pode-se verificar que a grande maioria dos participantes têm idades compreendidas entre os 30-39, seguidos pelas gerações mais jovens, com idades compreendidas entre os 18-29 (*millenials*); dois, dos doze inquiridos, tem mais que 60 anos de idade; e apenas um dos participantes tem idades entre os 40-49 anos.

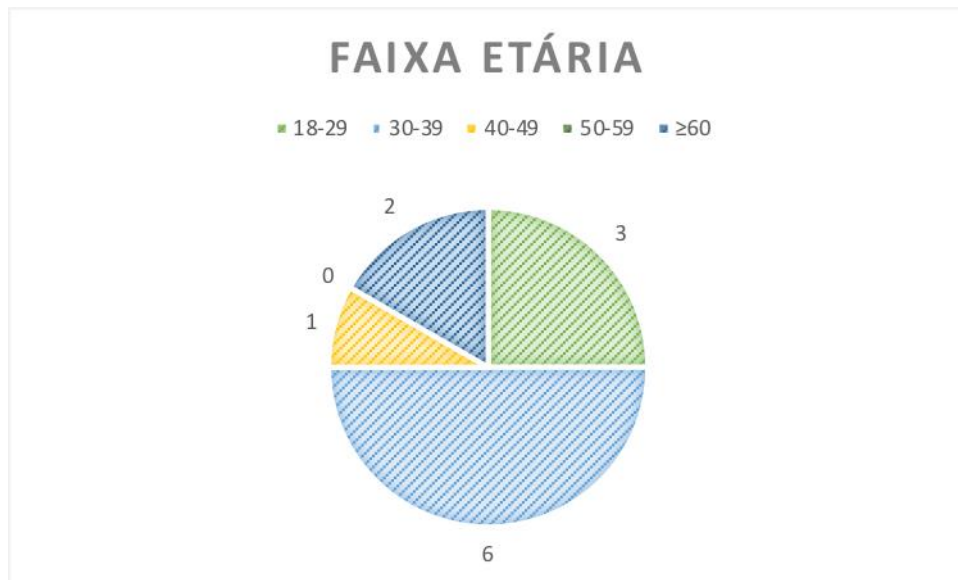


Gráfico 9 - Distribuição por faixa etária

4.3.1.3. Categoria Profissional

Quanto ao grau académico dos inquiridos e à sua categoria profissional, verificou-se, que, metade dos inquiridos, eram farmacêuticos (6/12). Destes, dois participantes pertenciam à diretoria técnica da farmácia e um era Farmacêutico Adjunto. Dos doze inquiridos, três, eram Técnicos de Farmácia e dois, Técnicos Auxiliares de Farmácia (TAF).

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

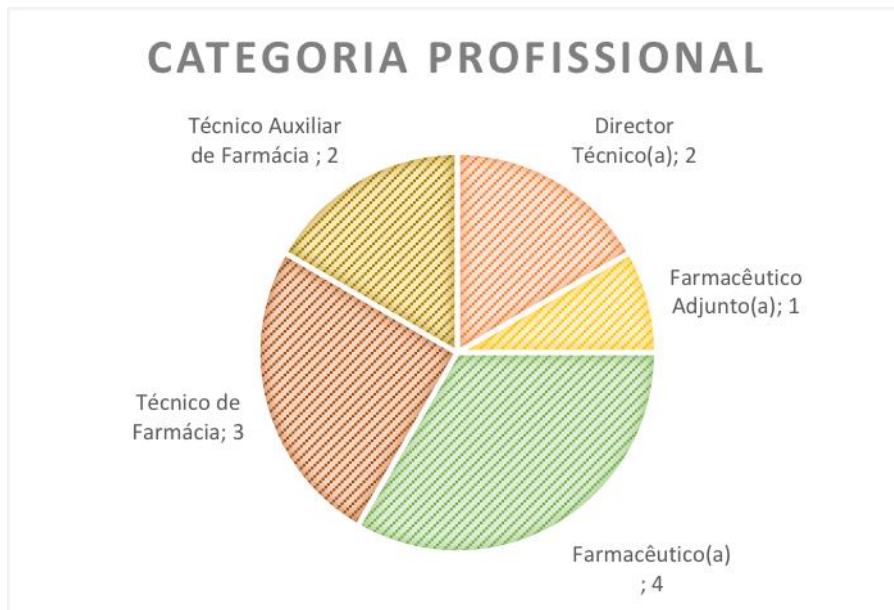


Gráfico 10 - Distribuição por Categoria Profissional

4.1.1.1. Anos de Prática



Gráfico 11 - Distribuição por anos de prática em Farmácia Comunitária

Em relação aos anos de prática dos respetivos profissionais de saúde, pode-se confirmar a participação de uma grande maioria dos inquiridos (cerca de metade), com mais de 10 anos de experiência. Dos 12 inquiridos, três têm entre 5 a 9 anos de experiência em Farmácia Comunitária; dois têm menos de 1 ano de experiência na área farmacêutica de atendimento ao público e apenas um dos inquiridos tem entre 1 a 4 anos de experiência. Verifica-se que, a maioria dos participantes no questionário, já têm mais do que 5 anos de experiência em Farmácia Comunitária.

4.1.2. Avaliação do Serviço

4.1.2.1. Definição de Acompanhamento Farmacoterapêutico

Quando confrontados com uma pergunta de resposta aberta, todos os inquiridos responderam prontamente à definição de Acompanhamento Farmacoterapêutico. Constata-se, contudo, que as definições dadas, por cada profissional de saúde, foram muito diferentes umas das outras, complementando-se entre si.

As respostas dos inquiridos foram as seguintes:

- "Uma ajuda aos doentes, para que possam melhor cumprir a terapêutica e controlar os problemas de saúde, segundo as indicações médicas";
- "Acompanhamento dos doentes e da sua medicação.";
- "Serviço de aconselhamento ao doente, para que haja melhor adesão à terapêutica e melhor uso do medicamento por parte do doente. Ganho em saúde.";
- "É o conjunto de intervenções ao doente, que o Farmacêutico pode realizar, de uma forma mais próxima, garantindo a eficácia da terapêutica instalada.";
- "Acompanhamento, prestado pelo Farmacêutico, a doentes em situações clínicas não controladas.";
- "É um serviço prestado, exclusivamente, pelo Farmacêutico, que ajuda o doente a controlar a(s) sua(s) patologia(s). É um complemento ao ato médico. No caso da cessação tabágica, acaba por ser uma alternativa à consulta médica.";
- "Serviço farmacêutico com vista à melhoria, do estado de saúde, global, do doente.";
- "Acompanhar o doente, individualmente, tendo em atenção os seus problemas de saúde e os medicamentos que toma, com o objetivo de melhorar os resultados em saúde.";
- "Serviço de acompanhamento para garantir a terapêutica farmacológica, instituída pelo médico.";

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

- "Monitorizar a medicação do doente e detetar possíveis interações. Garantir a correta adesão à terapêutica.";
- "Todo o procedimento, realizado pelo Farmacêutico, para além a venda do medicamento e que está subjacente à mesma. Acompanhamento ao doente, garantindo a adesão à terapêutica. É o "tracking" da patologia/terapêutica, realizado pelo Farmacêutico.";

4.1.2.2. *Importância na melhoria do estado de saúde do doente*

Ao avaliar a importância do serviço na melhoria do estado de saúde do doente, numa escala de 1 a 5, (sendo 1-nada importante, 2-pouco importante, 3-importante, 4-muito importante e 5-extremamente importante) a grande maioria dos inquiridos consideram este serviço de extrema importância, dando-lhe a avaliação máxima e apenas um considera o serviço muito importante.

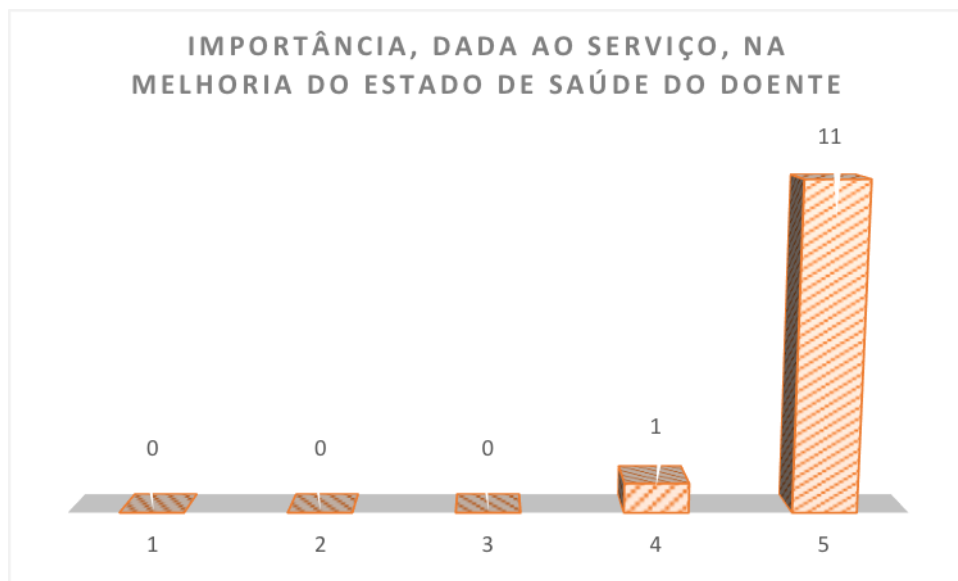


Gráfico 12 - Importância do serviço na melhoria do estado de saúde do doente

4.1.2.3. *Necessidade do serviço na Farmácia Comunitária*

Como observado no gráfico abaixo, ao avaliar a necessidade da existência do serviço na farmácia, numa escala de 1 a 5, (sendo 1-nada necessário, 2-pouco necessário, 3-necessário, 4-muito necessário e 5-extremamente necessário), nove, dos inquiridos afirma ser de extrema importância a existência do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, na farmácia. Apenas dois avaliam o serviço como muito necessário e um considera ser apenas necessário.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

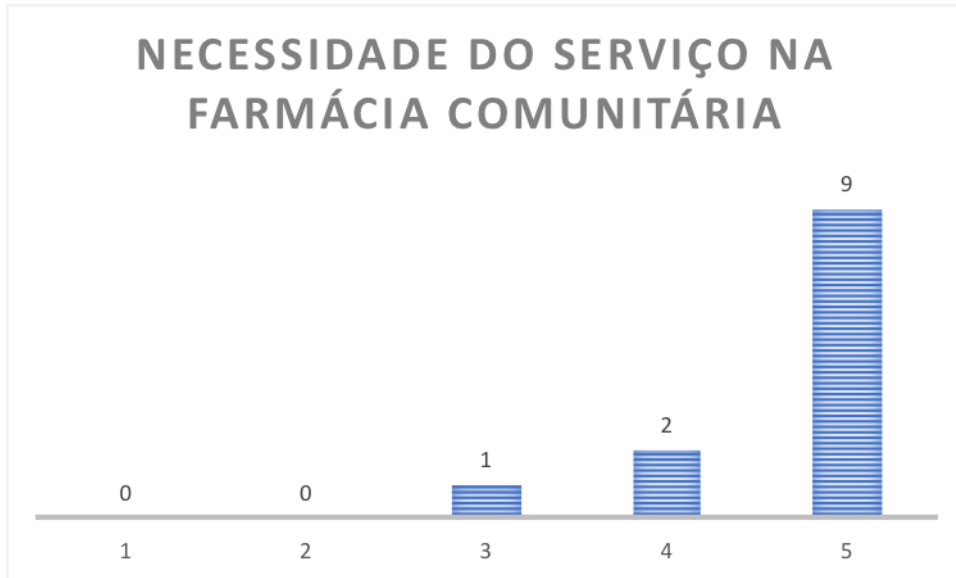


Gráfico 13 - Necessidade do serviço na Farmácia Comunitária

4.1.2.4. *É benéfico a existência do serviço na Farmácia?*

Todos os profissionais de saúde, que participaram no questionário, consideraram ser benéfico, para a farmácia, a existência do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico. Todos os participantes responderam afirmativamente à pergunta colocada e acrescentaram ainda alguns dos benefícios que este tipo de serviço pode trazer ao utente e à farmácia.

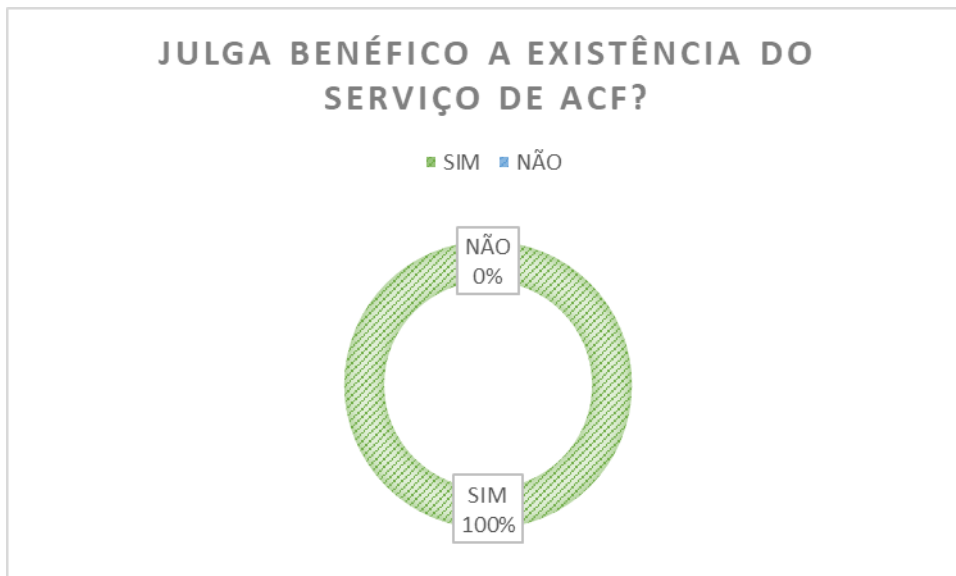


Gráfico 14 – Julga benéfico a existência do serviço de ACF?

4.1.2.5. *Factores que levam o doente a integrar o serviço*

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Aquando da avaliação dos factores que levam o doente a integrar mais vezes o serviço, por parte do profissional de saúde, a maior parte identifica, mais vezes o não controlo da patologia como a razão principal para a integração do mesmo. As dúvidas sobre a terapêutica e o aconselhamento em saúde acabam por ser as razões mais apontadas para a integração do serviço.

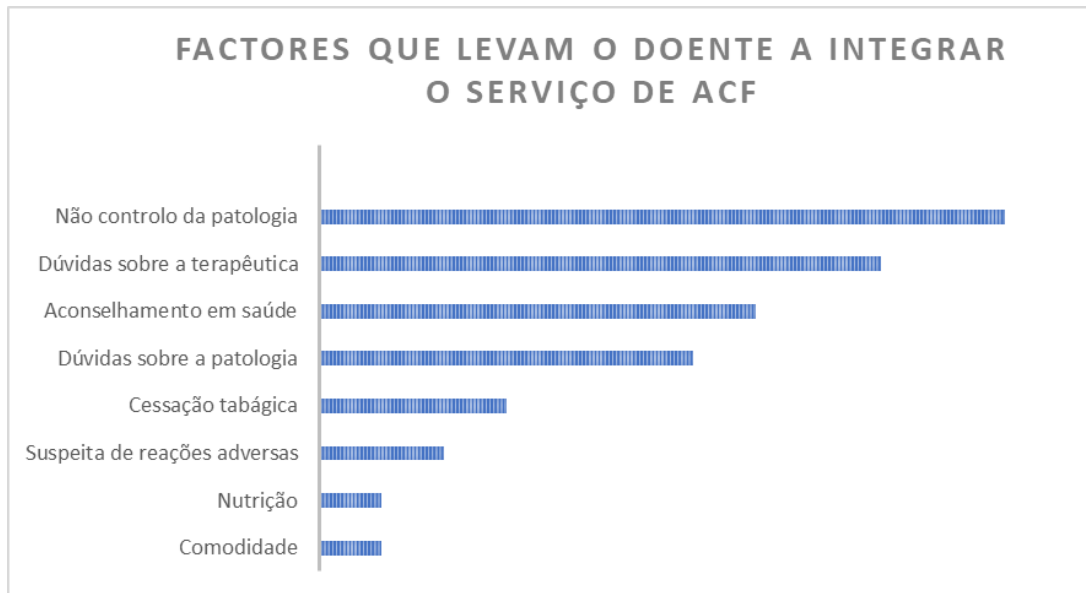


Gráfico 15 - Factores que levam o doente a integrar o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico

A cessaçãotabágica também foi identificada como uma das razões para integrar o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, no entanto, este tipo de serviço acaba por ser um programa mais específico dentro do mesmo. A suspeita de reações adversas, a preocupação com a alimentação e a comodidade acabam por ser os últimos motivos apontados, pelos profissionais de saúde, para a integração do doente neste serviço.

4.1.3. Barreiras e Facilitadores da implementação do serviço

4.1.3.1. Barreiras

Em relação a esta pergunta, esta foi feita de forma aberta, de modo a entender melhor, quais as verdadeiras barreiras da implementação do serviço, diariamente. A principal razão apontada para o facto deste serviço não ser reconhecido é a falta de conhecimento e a pouca divulgação à volta do mesmo. É um serviço recente em

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Portugal e como não é conhecido a nível nacional, as pessoas acabam por ficar um pouco céticas em relação ao mesmo.

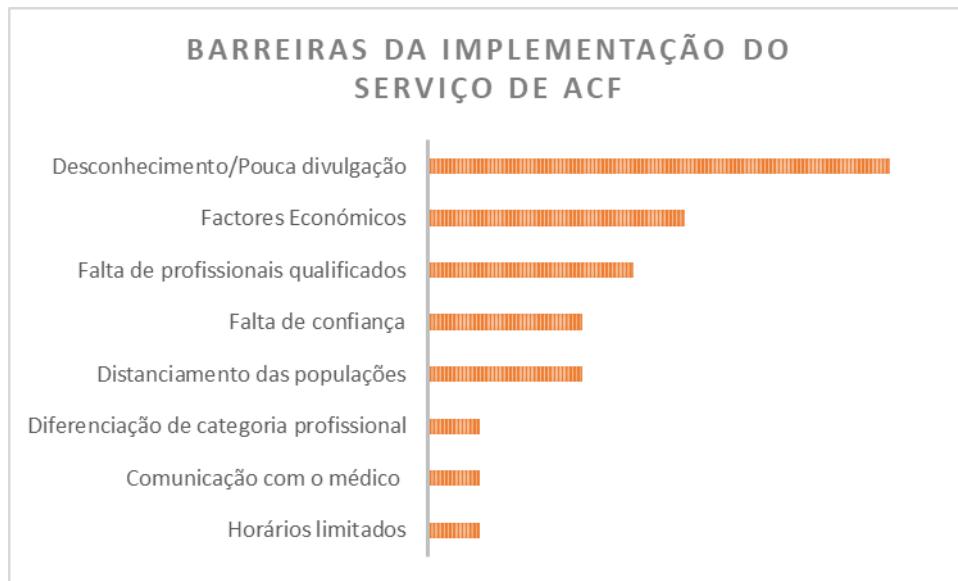


Gráfico 16 - Barreiras da implementação do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico

O segundo motivo, mais expresso pelos profissionais de saúde inquiridos, como sendo uma das maiores barreiras para a implementação do serviço é o factor económico. O serviço tem um custo para o doente e a maior parte das pessoas já tem gastos em saúde bastante elevados, pelo que consideram o serviço, como sendo um custo extra e não um investimento, a longo prazo. A falta de profissionais qualificados e a falta de confiança nos mesmos é também das barreiras mais faladas pelos profissionais de saúde, como sendo das barreiras mais difíceis de ultrapassar. O distanciamento das populações, em áreas urbanas, acaba por ser, também uma grande desvantagem.

As razões, menos apontadas como sendo barreiras à implementação deste serviço foram a diferenciação de categoria profissional, a comunicação com o médico e os horários limitados.

4.1.3.2. Facilitadores

Os facilitadores, ao contrário das barreiras, acabam por ser apresentados no gráfico abaixo demonstrado. Os facilitadores mais identificados como sendo susceptíveis à implementação do serviço são a proximidade dos doentes e o grau técnico do Farmacêutico, que é o profissional de saúde qualificado para realizar este tipo de serviço.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

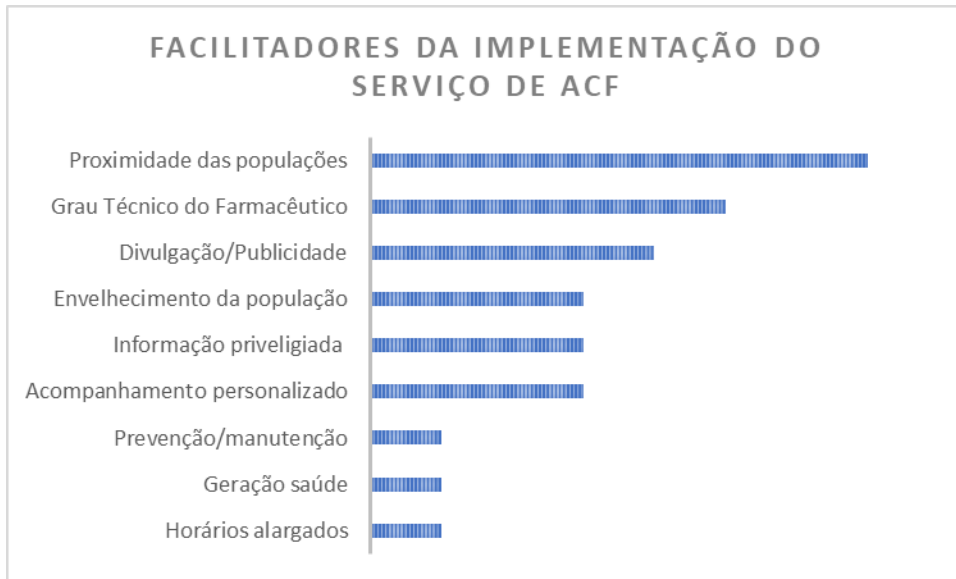


Gráfico 17 - Facilitadores da implementação do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico

A divulgação e a publicidade são considerados facilitadores para combater o desconhecimento pela parte da população, em geral, deste serviço e dos seus benefícios.

O envelhecimento da população é também um grande facilitador, tendo em conta que este é o público-alvo. A informação privilegiada e o acompanhamento personalizado do doente acabam por ser grandes benefícios de que o Farmacêutico pode usufruir, com o intuito de ajudar o seu doente a conseguir melhores resultados em saúde.

Os facilitadores menos mencionados, durante o questionário, foram a manutenção, a nova geração *saúde* (que prefere fazer uma prevenção na saúde, em vez de recorrer ao tratamento, em último caso), e os horários alargados.

4.1.4. Confiança no Farmacêutico

Quando se fala no nível de confiança atribuída ao Farmacêutico, numa escala de 1 a 5, (sendo 1-nada confiante, 2-pouco confiante, 3-confiante, 4-muito confiante e 5-extremamente confiante), aquando da integração do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, por parte do doente, a maior parte dos profissionais inquiridos (10, dos 12 inquiridos) dão o nível máximo de confiança ao Farmacêutico.

5. Discussão dos Resultados

5.1. Seleção da amostra

5.2. Impacto Clínico

5.3. Questionário

5.4. Limitações

5. Discussão dos Resultados

Os dados representados acima, resultaram de um estudo que permitiu entender o processo de Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com DM e entender quais as barreiras e facilitadores do processo de integração neste tipo de serviço. São subentendidos, para a execução deste estudo, três tipos de conhecimentos e competências: a avaliação da pessoa do doente; avaliação patológica e avaliação da farmacoterapia de cada doente.

5.1. Seleção da amostra

A amostra foi dimensionada com vista ao estudo centrado na DM em Acompanhamento Farmacoterapêutico, tendo sido preferível uma amostra pequena, devido a toda a logística envolvida. Assumiu-se que tal iria condicionar o nível de consistência dos resultados clínicos. Não foram tidos em conta critérios de distribuição de patologias (ex.: mais intervencionadas; mais prevalentes), de grupos etários específicos ou outros. Definiu-se, à partida, que os doentes selecionados teriam de ter mais de 18 anos, DM, capacidades cognitivas básicas e capacidades de deslocação à farmácia (por questões logísticas). A seleção foi por conveniência.

A dificuldade de recrutamento relatada na literatura foi, facilmente, ultrapassada, devido aos benefícios demonstrados, junto da comunidade, relativamente ao serviço de AF, que já era, previamente, realizado na Farmácia Central de Mora.

Aquando da seleção das duas doentes, por ser necessário a presença do farmacêutico responsável pelo serviço de AF, decidiu-se que as consultas seriam marcadas para o mesmo dia, quinzenalmente. Isto permitiria ao candidato o estudo aprofundado da consulta, de forma a poder atuar na consulta seguinte. As doentes escolhidas para o estudo beneficiaram de consultas de AF completamente gratuitas, disponibilizando-se inteiramente para avaliações periódicas. A assiduidade das doentes foi bastante aceitável, sendo que a doente ANR faltou apenas à primeira consulta, com aviso prévio, devido a assuntos pessoais, sendo essa razão pela qual tem menos um estado de situação. A assiduidade manteve-se, após integração do serviço, tendo as doentes

demonstrado valorizar o serviço, como forma de alcançarem os seus objetivos em saúde.

No que toca aos problemas de saúde das duas doentes intervencionadas, ambas são diabéticas, sendo que as outras patologias mais prevalentes e também avaliadas durante o estudo, pertencem ao Aparelho Endócrino, Metabólico e Nutricional. Analisando por patologias, verifica-se que as duas patologias, paralelas às duas doentes, são a DM e a Hipertensão Arterial.

5.2. Impacto Clínico

Com a comparação dos indicadores clínicos antes e depois do programa de AF, pode-se confirmar a mais-valia da intervenção farmacêutica, no estado de saúde das duas doentes.

Em relação às intervenções farmacêuticas pode-se denotar uma abordagem mais inclinada para intervenções não farmacológicas. O peso, das mesmas, é considerável, tendo em conta, o facto de as patologias estarem relacionadas com os hábitos de vida menos saudáveis, por parte das duas doentes. É explicável que as recomendações fossem relacionadas com os planos alimentares e a prática de exercício físico. Nestas duas doentes, pode-se confirmar as dificuldades que envolvem toda a mudança alimentar e de hábitos, que duravam há anos. Houve necessidade, durante todo o estudo, de reforçar, várias vezes, a importância de um estilo de vida apropriado às patologias em questão, alterando, estratégias e objetivos. Estes objetivos passavam por diminuição de peso, realização de planos alimentares adequados, com a correta composição dos lanches, e a prática de exercício físico diário.

A adesão à terapêutica da DM foi uma das intervenções farmacológicas. Por ser uma das principais causas para o aumento da morbilidade e mortalidade e consequente gasto em saúde, a falta de adesão terapêutica foi um dos temas mais abordados, aquando das consultas farmacêuticas. A adesão à terapêutica é um problema comumente reportado na literatura, sendo que cerca de 50% dos doentes não adere à terapêutica.(123)

O foco para a promoção da adesão passou por intervenções nos comportamentos das doentes, envolvendo a constante revisão da insulino-terapia. Esta última, permitiu obter resultados bastante positivos, denotando que uma das razões pelas quais a DM se encontrava descontrolada, se devia à forma como as doentes administravam a insulina. O empenho em corrigir muitos dos erros na administração da insulina, tornou-se um verdadeiro desafio. As intervenções educacionais basearam-se na sensibilização para o risco da DM, havendo foco nos resultados de autocontrolo da glicémia, mas também incluindo as consultas do pé diabético. Ainda assim, a indução da alteração da prescrição médica, acabou por ser a intervenção farmacológica que tornou possível uma melhoria visível na terapêutica farmacológica da doente ANR. Houve necessidade de aumentar as unidades de insulina, por exemplo. Já na doente MSB, não foi necessário realizar este tipo de intervenção.

A chamada de atenção para um PSNT também foi considerada uma intervenção farmacológica. Detetou-se PSNT em ambas as doentes. No caso da doente MSB, esta relatou perturbações ansiosas. Já na doente ANR, a obesidade foi uma das ênfases da sua evolução clínica, tendo havido alguma sensibilização no sentido de alterar o seu quadro clínico. Em ambos os casos houve foco na vigilância das queixas e na monitorização de parâmetros.

Em ambas as doentes, foi observado a avaliação do pé diabético, no âmbito da consulta de AF, e foi aconselhado que utilizassem o *Pedi Relax*® Pé Diabético visando assim a prevenção da secura extrema. Este creme de utilização diária, com propriedades hidratantes e nutritivas, ajuda a ativar a circulação periférica, limitando o desenvolvimento microbiano e protegendo a pele do pé. Os resultados foram visíveis ao longo do estudo.

A comunicação escrita foi realizada, a cada consulta, com o objetivo de sintetizar tudo o que tinha sido explicado. Garantiu a correta passagem de informação entre farmacêutico e doente, durante todo o processo de consultas. A total aceitação das intervenções foi consequência do conhecimento sobre o serviço de AF, da confiança entre as doentes e o farmacêutico responsável pelo mesmo. É ainda, importante referir, que a relação Farmacêutico – Médico – Doente, foi vista de forma positiva,

tendo em conta que, dessa comunicação, resultaram alterações à terapêutica farmacológica da doente ANR, que melhoraram o seu quadro clínico; um objetivo que deveria ser adjacente a todos os profissionais de saúde. A barreira da comunicação, contudo, já tinha sido ultrapassada, anteriormente, pelo farmacêutico responsável pelo serviço, o que facilitou a intervenção neste estudo.

5.2.1. Doente MSB

A DM foi, em termos relativos, a patologia mais intervencionada, tendo em conta o objetivo deste estudo. Na literatura a DM é uma das patologias mais integradas em programas de CF, com resultados bastante positivos após intervenção farmacêutica. Exemplo disso, é não só um estudo realizado em 2009, que envolveu 161 doentes, havendo uma redução de 1,3% na HbA1c, mas também esta doente, neste estudo, em particular.(64) Relativamente à DM, o empenho no seu controlo demonstrou-se fácil, nesta doente, que aceitou todas as intervenções e esforçou-se para melhorar muitos dos hábitos alimentares pouco saudáveis.

As intervenções não farmacológicas basearam-se nos seus hábitos de vida e na sua alimentação. Tal, serviu para aconselhar a doente da melhor forma, e demonstrar, com números, que tudo o que consome, faz diferença, em cada um dos valores obtidos. O exercício físico representou uma grande parte das recomendações, refletindo, mais tarde, uma melhoria no seu estado de saúde.

A educação para a saúde, nesta vertente, foi constantemente reforçada a cada consulta. Também se abordou os sintomas e sinais típicos das situações de hipoglicemia e de hiperglicemia.

Evoluiu, positivamente, no que toca à insulinoaterapia e à adesão terapêutica. A DM foi, nesta doente, e em termos relativos, tendo em conta o objetivo deste estudo, a patologia com maior interesse e por isso, a mais intervencionada.

Sabe-se que a DM é uma das patologias crónicas com maior número de estudos que comprovam os resultados positivos da intervenção farmacêutica, quando integrada em programas de CF. Em 2009, por exemplo, realizou-se um estudo prospetivo e

controlado, que envolveu 161 diabéticos, comprovando uma redução da HbA1c de 1,3% no grupo intervencionado, por comparação com o grupo de controlo.(64)

Sabe-se que a DM é uma doença silenciosa, pois raramente apresenta sintomas. No entanto, são as complicações a que dá origem que acabam por ter graves consequências. Uma das estratégias para a prevenção de lesões é a educação para a saúde, sensibilizando o doente para a realidade do risco de um não cuidado do pé. Nesta fase, o Farmacêutico deve também pedir a participação de todos os envolvidos; familiares e cuidadores.(124) Nesta doente, observou-se a avaliação do pé diabético, seguindo as recomendações da DGS.

A inspeção periódica dos pés, no diabético, quando controlado, deve ser anual. São identificados os fatores de risco condicionantes de lesões dos pés e são identificados possíveis sinais de neuropatia. Para tal, é feita uma inspeção do calçado e meias. Após avaliação, sabe-se o grau de risco de úlcera.(125)

No caso da doente MSB, não houve apenas melhoria nos resultados dos valores da glicémia. No caso particular da pressão arterial, esta manteve-se controlada durante todo o estudo, com poucas oscilações e a maior parte explicadas por ansiedade aquando da consulta. Já no que à hipercolesterolemia diz respeito, o estudo demonstrou contribuir para a redução dos valores de colesterol total e HDL, ainda que a doente já estivesse dentro dos objetivos terapêuticos.

Outras queixas como a existência de obstipação perturbações do sono e afeções dermatológicas simples, foram tidas em conta pelo farmacêutico. Considera-se que a intervenção farmacêutica em transtornos *minor* é positiva, em termos clínicos, por evitar a utilização desnecessária de recursos médicos, mas também em termos globais, tendo em conta que muitas destas queixas poderiam entrar em conflito com o controlo patológico da DM.

Relativamente à situação da depressão e ansiedade, fez-se apenas uma abordagem motivacional, com intervenção farmacêutica limitada, sendo que o controlo desta patologia não se chegou a verificar, por não ser o foco do estudo e por não ter havido um inquérito de avaliação. Este problema de saúde deveria ser alvo de intervenção farmacêutica, no futuro.

Mesmo que não questionada acerca do assunto, a doente MSB considerou as consultas farmacêuticas essenciais ao seu controlo patológico, chegando mesmo a referir, numa das consultas, que a integração foi fundamental para a melhoria do seu estado de saúde.

Considerando as consultas efetuadas e a evolução desta doente, pode-se dizer que este é um caso de sucesso, em que os resultados do Acompanhamento Farmacoterapêutico foram bastante positivos e notórios.

O AF descrito encontrava-se ainda em prática, quando terminou o período de estudo. Com o decorrer do plano de intervenção, a doente demonstrou mais interesse e motivação, mantendo-se no serviço.

5.2.1. Doente ANR

A DM foi, em termos relativos, a patologia mais intervencionada, tendo em conta o objetivo deste estudo. Relativamente à DM, o empenho no seu controlo demonstrou-se mais difícil, do que no caso anterior.

No caso da insulina, a posologia, para esta doente, era de 10U de Insulina Glargina 100UI/mL (Lantus®), após o jantar. Esta é a insulina basal mais utilizada na terapêutica da DM, uma vez que apresenta um perfil terapêutico seguro e eficaz, para além de um mecanismo de ação já conhecido.(126)

O AF, na doente ANR, resultou em melhoria ao nível de outros fatores, não apenas da DM, como a consciencialização para o risco de complicações relacionados com a patologia, aquando do seu descontrolo.

Várias dificuldades de adesão à terapêutica foram desde logo identificadas na doente ANR, tanto a nível farmacológico como a nível não farmacológico. Ao nível da terapêutica farmacológica a doente apresentava dificuldades na administração da insulina, por ser algo recente, teve algumas dificuldades de adaptação no início do tratamento. Para ultrapassar esta situação, recorreu-se a uma abordagem mais educativa, no sentido de tornar o processo de administração de insulina, o mais correto e facilitado, possível. Também foi explicado, à doente, os benefícios clínicos da terapêutica recomendada, bem como as consequências negativas que pode desenvolver, aquando do seu descontrolo.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Nesta doente, a posologia, inicialmente recomendada, não foi suficiente para controlar os níveis da glicémia, e foi necessário haver comunicação com o médico da doente ANR, com o principal objetivo de ajustar a posologia de forma a obter melhores resultados. Em relação à forma de comunicação, como previsto na metodologia, privilegiou-se a forma escrita. A transmissão de informação oral ao médico, via doente, não foi utilizada devido ao alto risco de deturpação da mensagem.

Foi ainda realizada uma intervenção farmacológica, envolvendo a sugestão da alteração da prescrição médica, à doente ANR. O grau de aceitação foi consideravelmente alto, nas doentes e no respetivo médico aquando das sugestões de alteração da farmacoterapia. O facto destes médicos já estarem familiarizados com o serviço, e terem já uma relação de confiança com o mesmo, demonstrou maior abertura para a aceitação de sugestões, por parte do farmacêutico responsável pelo serviço. A interação profissional foi facilitada pela proximidade física.

Após avaliação inicial de obesidade, detetou-se necessidade imediata de redução de peso. A OMS recomenda, uma redução de peso de 5% a 15%, para indivíduos moderadamente obesos ($IMC < 35,0\text{kg/m}^2$).^(122,127) Esta redução de peso pode ser conseguida através de uma dieta adequada em termos nutricionais e recorrendo à prática de exercício físico, de baixa intensidade, porém de longa duração, o que não se verificou. Foi sugerido o cumprimento de uma alimentação hipocalórica, hipolipidémica e hipossalina. Foi ainda recomendado o cumprimento de um regime alimentar que englobasse fazer várias refeições ao longo do dia, nomeadamente incluir o lanche a meio da manhã e à tarde, comendo também em menores quantidades.

Neste caso, em específico, as recomendações de cuidados alimentares gerais, com base numa alimentação saudável e em exercício físico regular, não foram respeitadas de forma rigorosa, demonstrando o desajuste de hábitos de vida desta doente, refletindo-se nas suas patologias e no descontrolo da DM. Os resultados do Acompanhamento Farmacoterapêutico foram, neste caso, menos notórios, uma vez que a própria doente não cumpriu muitas das intervenções realizadas.

5.3. Questionário

Ao analisar a amostra do questionário, pode-se confirmar a existência de uma maior quantidade de inquiridos do género feminino. Apesar dos resultados não se generalizarem, porque trata-se de uma amostra reduzida, pode-se verificar essa mesma realidade na profissão do farmacêutico. Dados disponibilizados pela OF relatam que 79% dos inscritos são do género feminino. Sendo que também foram entrevistados outros profissionais de saúde, exercendo funções em farmácia comunitária, pode-se pressupor que a realidade do farmacêutico é transversal às outras profissões.

A grande maioria dos participantes têm idades compreendidas entre 30 e 39 anos, comprovando a realidade nacional, de uma classe farmacêutica jovem. Atualmente são mais de 15 mil farmacêuticos nas mais diferentes áreas em Portugal, 68% tem idade inferior a 45 anos e 41% inferior a 35 anos.(128)

Quanto ao tipo de farmácia, a amostra incluiu uma farmácia rural, em Mora, e uma farmácia urbana, na Póvoa de Santa Iria. Existiam três farmacêuticos, a tempo inteiro, em cada uma das farmácias, o que vai de encontro com o estudo que demonstra, no caso da Europa, a maior parte das farmácias comunitárias, têm, pelo menos, dois farmacêuticos, a tempo inteiro.(103) Ambas as farmácias dispunham de local apropriado à realização das consultas farmacêuticas e todos os profissionais eram bastante conscientes da realidade do serviço e qual o tipo de doente a abordar aquando do aconselhamento na integração do mesmo.

5.3.1. Barreiras

A realização do questionário permitiu a identificação de barreiras. Muitos dos profissionais de saúde inquiridos demonstraram ter noção das principais mudanças a serem realizadas para que o serviço seja implementado com menos barreiras.

Este questionário permitiu levantar algumas questões, aos profissionais de saúde em Farmácia Comunitária, que se refletiram na confirmação de que as duas maiores barreiras serão a da divulgação e pouco conhecimento do serviço (desconfiança por parte do doente) e os fatores económicos. Esta experiência confirma os dados do

estudo, realizado em Espanha, com um modelo de serviços farmacêuticos muito semelhante ao português.(91) O mesmo questionário permitiu revelar respostas já antes estudadas, por Plaza, que refere a barreira económica como um realidade.(89) Já em artigos que revelam a realidade da Europa, tal também é demonstrado como sendo verdadeiro.(91)

A maior parte dos resultados obtidos no questionário são coincidentes com as barreiras já relatadas na literatura. As três maiores preocupações são a falta de conhecimento e a pouca divulgação, o pouco investimento económico e a falta de qualificação de profissionais. Estas preocupações confirmam o estudo realizado em 2005 que comprova as preocupações dos profissionais envolvidos no serviço *versus* as dos profissionais que nunca o realizaram.(89)

A população, apesar de cada vez ser mais informada, por causa dos avanços tecnológicos, continua a haver falta de conhecimento, por parte dos doentes, em relação ao serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico. Infelizmente, muitos dos doentes alvo deste tipo de programas não têm consciencia de como a sua integração iria melhorar o seu estado de saúde e diminuir os gastos em saúde. Outros, não aceitam o serviço por se acharem conscientes das suas próprias patologias.

Quanto aos fatores económicos, grande parte dos profissionais que estão em contacto todos os dias com este serviço, revelam pouco investimento para que o serviço seja uma parte significativa do trabalho do farmacêutico, diariamente. No geral, todos afirmam descontentamento na falta de ajudas governamentais.

A maior parte dos profissionais relatam a compreensão, por parte do doente, num serviço diferenciado e do acompanhamento farmacoterapêutico realizado pelo farmacêutico, mas quando explicam que este mesmo serviço tem custos, o doente coloca entraves. De notar que muitos dos doentes-alvo já têm despesas diárias muito avultadas com os seus medicamentos e com consultas médicas, não podendo integrar o serviço. Muitos dos doentes não integram o serviço também por não confiarem no farmacêutico como um profissional de saúde qualificado para realizar este acompanhamento. Muitos questionam se o farmacêutico estará capacitado para tal. E

a verdade é que a falta de cursos e formações, faz com que esta questão se torne válida.

Nem todos os farmacêuticos, hoje em dia, estão realmente qualificados para realizar este serviço. Isto porque, apesar de deterem as capacidades básicas e os requisitos para o fazerem, muitos não estão especializados para tal. E a especialização é essencial para que o serviço seja realizado da melhor forma possível. A inexistência de especializações e cursos práticos, em Portugal, na vertente clínica do farmacêutico é uma das barreiras mais sentidas, pelos profissionais de saúde. Sem especialização, não há profissionais qualificados.

O distanciamento das populações, em áreas urbanas, acaba por ser, também uma grande desvantagem, sendo que tal não se verifica nas populações rurais, onde o serviço se encontra a ser realizado. Uma das opiniões notadas, aquando da realização do questionário, foi a de que o papel do farmacêutico acaba por ser, muitas vezes, distanciando da população, o que prejudica a implementação do serviço. Este serviço requer confiança no profissional de saúde, e requer alguma atenção pelo farmacêutico, ao balcão, no sentido de identificar possíveis doentes-alvo polimedicados.

Outra das barreiras encontradas é a comunicação com o médico, que fica muito aquém das expectativas para a implementação de um serviço que requer um fluxo comunicativo com os outros profissionais de saúde, de forma a afetar, da forma mais positiva possível, o estado de saúde do doente. Globalmente, parece existir ainda muito trabalho multidisciplinar a desenvolver para que se estabeleça a necessária relação de confiança e colaboração entre estes dois profissionais.

A barreira mais evidente é a falta de tempo, apesar desta ter sido a menor das queixas por parte dos inquiridos. Mesmo, assim, muitos relatam a existência de horários limitados para se concentrarem no desenvolvimento do serviço.

Todas estas barreiras são possíveis de ser ultrapassadas. Para tal, a mudança terá de ser implementada, pouco a pouco, pelas novas gerações, a começar agora, pela extrapolação dos facilitadores na realidade.

5.3.2. Facilitadores

A realização do questionário permitiu a identificação de facilitadores, com o principal objetivo de equacionar quais os fatores a melhor, num futuro próximo, para que os doentes tenham acesso a serviços farmacêuticos como o de Acompanhamento Farmacoterapêutico.

Os três principais facilitadores relatados pelos inquiridos são a proximidade das populações, o grau técnico do farmacêutico, que muitas vezes é desvalorizado, e a maior divulgação e publicidade do serviço.

A implementação do serviço de AF acarreta inúmeras vantagens para os doentes. Os doentes veem o controlo das suas patologias melhorado, com maior acompanhamento, beneficiando de uma melhoria no seu estado de saúde, há menos erros de medicação e há uma diminuição de complicações associadas a certas patologias. Estas mais-valias só conseguem ser demonstradas à população se houver um certo grau de proximidade. De outra forma, teria de haver maior investimento de forma a que as populações fossem informadas dos verdadeiros benefícios de um serviço deste tipo.

Quando se fala de proximidade às populações, é importante notar que o grau de proximidade de um farmacêutico à população, de uma área rural, nunca será igual a um farmacêutico que exerce numa área urbana, por razões óbvias. Ainda assim, esta proximidade pode manter-se, dando a possibilidade, ao farmacêutico, de exercer a sua profissão de forma mais passível a intervenções.

A tendência é que a desvalorização demonstrada pela profissão do Farmacêutico seja eliminada, dando lugar à valorização do trabalho do mesmo, noutros contextos da saúde do doente. A implementação do serviço de AF beneficia o doente, mas não só. O farmacêutico também enriquece com a realização desta atividade, pois são valorizados os seus conhecimentos e capacidades, bem como as suas competências como profissional de saúde próximo do doente. Este deverá ser o caminho da farmácia comunitária. Para que tal se suceda, é importante estimular os novos farmacêuticos a evoluírem, profissionalmente, nestas áreas, de forma a incentivar a sua formação e posterior envolvimento.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

O Governo, também, deveria implementar regulamentação específica, novos acordos e legislação própria no SNS, para que o serviço de AF pudesse evoluir, de forma benéfica para todos. Haveria possibilidade de realizar campanhas a explicar em que consiste o serviço, o serviço seria implementado em mais farmácias comunitárias, e os doentes acabariam por sentir maior confiança, num serviço pago, realizado pelo farmacêutico. Isto também traria maior estatuto ao farmacêutico, demonstrando as suas capacidades clínicas juntos dos doentes. A uniformização e divulgação do serviço de AF seria o ideal.

Outros dos facilitadores revelados pelos inquiridos foram o envelhecimento da população, a questão da “geração prevenção” e o facto dos horários terem tendência a serem mais alargados.

Constata-se um maior envelhecimento por parte da população portuguesa.(15) Tal é passível a uma mudança obrigatória, por parte do SNS, na mudança de investimento no sector da saúde. Esta mudança pode promover o investimento em SF como o serviço de AF, que detém mais-valias quer para a saúde do doente, quer para a população em geral, diminuindo os gastos em saúde.(5,10)

Outro dos facilitadores poderá ser o maior investimento em prevenção. A nova geração prefere prevenir a doença do que a “remediar”. Em 2018, o Congresso de Medicina Preventiva, realizado no Porto confirmava os objetivos para o futuro da saúde, em Portugal, revelando que “A prevenção está na ordem do dia. Todos os dias ouvimos a mensagem de que é necessário maior investimento em prevenção para uma saúde sustentável, (...) definirmos pontos de charneira onde uma intervenção bem estruturada provocará uma alteração significativa no futuro.” Tal demonstra todos os esforços a ser realizados de forma a colocar a prevenção em saúde, em primeiro lugar.

Em abril de 2018, foi publicada em Diário da República, a Portaria n.º 97/2018, que define os serviços farmacêuticos e outros serviços de promoção da saúde e bem-estar dos utentes que podem ser prestados nas farmácias comunitárias. O objetivo é englobar novos serviços de promoção da saúde. As farmácias têm vindo a alargar o leque de serviços que podem disponibilizar de forma a satisfazer as necessidades dos seus utentes. Isto também é evidenciado como um dos facilitadores a ter em conta,

visto que agora parece haver maior preocupação, por parte de instituições governamentais, de esclarecer quais os serviços que podem ou não ser prestados em farmácia comunitária.

Os horários das próprias farmácias têm vindo a alargar o que também permite maior investimento em SF, tendo em conta que o tempo de balcão poderá ser dividido, mais facilmente, com o tempo disponibilizado para a realização do serviço.

5.4. Limitações

Uma das grandes limitações, evidentes aquando do estudo do questionário, foi a localização geográfica das farmácias que participaram. Todas as entrevistas foram realizadas presencialmente o que acabou por demorar mais tempo, e requereu mais deslocações, tornando o processo longo e fracionado. Para além disso, a falta de disponibilidade também se verificou, tendo em conta que o local das entrevistas foi a própria farmácia, que estava de serviço, e por isso, muitas das entrevistas eram interrompidas, devido à entrada de utente.

Um ponto menos forte, durante o estudo, prendeu-se com a inexperiência da autora, que não conseguiu desenvolver alguns assuntos mais práticos, com os inquiridos. Era desejável a existência de maior rigor nas entrevistas e de maior desenvolvimento das respostas às questões realizadas. Muitos dos profissionais de saúde limitavam-se a responder à pergunta tal como esta se encontrava formulada, sem aprofundar muito a questão, talvez com algum receio.

A amostra foi reduzida (n=12) e realizada apenas em duas farmácias onde o serviço se realizava, sendo esta uma das maiores limitações do estudo.

Um ponto positivo na opinião da autora é o facto de este estudo, com todas as limitações que tem, poder constituir o ponto de partida para estudos futuros nesta área, com um desenho mais robusto e rigoroso.

É necessário que a comunidade perceba se este tipo de serviço será ou não uma mais-valia tanto para o doente como para o farmacêutico, na medida em que os entraves passam pela remuneração e a falta de tempo. Dados de um estudo realizado, com amostra limitada, demonstraram as consultas farmacêuticas em AF, demoram, em

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

média, por doente, cerca de quinze minutos. Estes quinze minutos semanais revelam-se de extrema importância na melhoria do estado de saúde do doente. Estamos a falar de quinze minutos num horário semanal de 40 horas.(110) Não podemos despende deste tempo? Esta ideia acaba por estar de acordo com a necessidade de o farmacêutico evoluir e passar a centrar-se mais na pessoa do doente, acrescentando valor à profissão.

Outra das sugestões é a implementação de um programa informático que permita ao farmacêutico realizar a revisão da medicação de forma eficaz e mais rápida. Este programa informático poderia evoluir no sentido de ter ferramentas apropriadas ao estudo da farmacoterapia e alertas semanais para as principais ocorrências. Na Holanda, por exemplo, um dos SF prestados baseia-se num alerta dado ao farmacêutico cerca de três semanas antes da medicação do doente acabar, de forma a este poder ser contactado.(129)

Por fim, mas não menos importante, resta saber se a implementação do serviço de AF passa por reivindicar maior apoio por parte da OF, de modo diminuir as barreiras existentes. A implementação do serviço beneficiaria, não só os doentes, mas os Farmacêuticos, com revalidação das carteiras profissionais, recorrendo a cursos de formação prática e incentivos para a mudança. O Farmacêutico seria olhado com outros olhos, por todos os profissionais de saúde, mas essencialmente, pelo doente, que demonstraria um maior apreço pelo seu trabalho.

6. Conclusão

Este trabalho permitiu aprofundar conhecimentos e técnicas na área do Acompanhamento Farmacoterapêutico, uma área promissora, em saúde, mas ainda pouco explorada em Portugal.

Em relação à interação com as doentes, pode-se concluir que, o programa foi bem-sucedido, sempre com muita receptividade por parte das mesmas, o que permitiu atingir a maior parte dos objetivos terapêuticos. As expectativas foram superadas e a capacidade de melhorar o estado de saúde destas duas doentes, acabou por ser bastante gratificante. Verificou-se que o serviço de AF permitiu obter uma melhoria na adesão terapêutica e a consciencialização do doente sobre a importância de ter hábitos de vida saudáveis.

Após integração no serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico, a assiduidade e motivação, por parte das doentes, foi bastante satisfatória, revelando valorização pelo mesmo. O Farmacêutico necessita, então, de demonstrar a sua mais-valia na melhoria do estado de saúde do doente.

No caso da doente MSB verificou-se uma redução na glicémia pré-prandial de 215,1 mg/dl para 133,4 mg/dl. No caso da doente ANR verificou-se uma redução dos valores da glicémia pré-prandiais de 176,4 mg/dl para 139,0 mg/dl. Conclui-se assim, que a inclusão das duas doentes em AF, conduziu a uma melhoria no seu estado de saúde, com redução da glicémia e da HbA1c.

A Diabetes *Mellitus*, hipertensão arterial, hipotireoidismo e hipercolesterolemia foram os problemas de saúde mais prevalentes. A doente MSB apresentou DM, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, depressão e obstipação, enquanto a doente ANR apresentou DM, hipertensão arterial, hipotireoidismo e dor. A doente MSB participou em sete consultas, enquanto a ANR participou em seis. As intervenções foram realizadas sob a forma escrita. As intervenções não farmacológicas, relacionadas com a alimentação (composição correta das refeições e lanches, redução no consumo de açúcares e hidratos de carbono etc.), a prática de exercício físico e outros hábitos de vida (como os cuidados diários com o pé diabético), representam a maioria dos casos.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

As intervenções farmacológicas relacionaram-se com a adesão à terapêutica, a correta posologia e a revisão da insulino terapia. Foi ainda realizada uma intervenção farmacológica, envolvendo a sugestão da alteração da prescrição médica, à doente ANR. O grau de aceitação foi consideravelmente alto, nas doentes e no respetivo médico aquando das sugestões de alteração da farmacoterapia.

A Diabetes *Mellitus* foi a patologia mais intervencionada, com maior foco na insulino terapia, adesão à terapêutica, mudança de hábitos alimentares e consultas de pé diabético.

Nos últimos anos tem sido registado um aumento significativo da prevalência e da incidência da DM, sendo atualmente considerada uma das principais causas de morbilidade e de mortalidade a nível mundial. Os seus principais fatores de risco relacionam-se com adoção de hábitos de vida pouco saudáveis, a falta de exercício físico, a presença de excesso de peso e/ou obesidade, hipertensão e de dislipidemia.

A terapêutica farmacológica instituída tem apenas como objetivo alcançar o controlo metabólico e prevenir o desenvolvimento de complicações. A maior parte dos doentes com DM apenas têm um regime terapêutico medicamentoso, com poucas medidas não farmacológicas associadas.

O farmacêutico, pela sua forte formação na área da farmacoterapia, é um profissional de saúde que atua na primeira linha de cuidados de saúde primários, exercendo, desta forma, um papel crucial na revisão da terapêutica e acompanhamento do doente. O Farmacêutico é, portanto, um profissional ideal para levar a cabo o serviço de AF, sendo responsável pela deteção e prevenção de múltiplos problemas de saúde. Exerce uma atividade fundamental, a nível social, sendo muitas vezes o primeiro apoio em saúde.

A Farmácia Comunitária, em Portugal, apresenta uma extensa distribuição geográfica e garante o acesso aos cuidados de saúde a toda a população. As intervenções farmacêuticas são consideradas abordagens eficazes no processo de melhoria do estado de saúde do doente, integrado no serviço de AF. Como tal, o Farmacêutico encontra-se, neste momento, numa situação privilegiada para atuar no processo de implementação do serviço, de modo a evidenciar, junto da sociedade civil e das

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

restantes classes profissionais, as suas competências como interlocutor no serviço de AF.

A intervenção farmacêutica deve tornar as barreiras em facilitadores, elegendo estratégias mais adequadas à implementação do serviço, em todo o país, sendo assim capaz de promover a saúde e os benefícios da intervenção farmacêutica na terapêutica do doente.

Em relação ao questionário, no geral, todas as barreiras e facilitadores identificados, pelos profissionais de saúde que trabalham com o serviço, foram também mencionados na literatura. As barreiras mais relatadas foram a falta de divulgação e pouco conhecimento do serviço, os fatores económicos, o distanciamento do farmacêutico, (em relação à população), a comunicação com o médico e outros profissionais de saúde, e a falta de tempo. Já os facilitadores identificados foram a proximidade das populações, o envelhecimento da população, o grau técnico do farmacêutico, a maior divulgação e publicidade do serviço e o aumento de investimento em prevenção na saúde.

A necessidade de farmacêuticos, no futuro, estará dependente da prestação dos SF, como o de AF, centrados no doente. O novo farmacêutico não poderá cingir-se apenas à dispensa de medicamentos, devendo assumir-se como o profissional de saúde capaz de cuidar do doente através da sua terapêutica farmacológica e não farmacológica. Sendo assim, o Farmacêutico deverá promover-se a si mesmo como um profissional de saúde moderno capaz de implementar o serviço de AF e ultrapassar as barreiras acima descritas.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Global Report on Diabetes. 2016;78-88.
2. Friedman C, Kao E. Preventing chronic disease - public health research, practice and policy. Preventing Chronic Diseases. 2008;5.
3. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes - Factos e Números - O ano de 2014. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes - Edição de 2015. Observatório da Diabetes. 2015:1-5.
4. Freeman L. Metodologias de Acompanhamento Farmacoterapêutico. Revista Mundo Farmacêutico. 2014:48-49.
5. Condinho M, Sinogas C, Miranda F, Vidinha M, Cavaco M. "Positive Impact of a Pharmacotherapeutic Follow-up Program on the Health Condition of a Geriatric Population. A New Strategic Approach". International Journal of Clinical Pharmacy. 2011.
6. Seuring T, Archangelidi O, Suhrcke M. The Economic Costs of Type 2 Diabetes: A Global Systematic Review. Vol. 33, PharmacoEconomics. 2015:811-31.
7. Ferreira V, Martins J, Loureiro L, Loureiro T, Borges L, Silveira D. Consulta multidisciplinar do pé diabético – avaliação dos fatores de mau prognóstico. Revista Angiologia e Cirurgia Vascul. 2014;10(3):146-50.
8. Pasqualotto KR, Alberton D, Frigeri HR. Diabetes mellitus e Complicações. J Biotechnol Biodivers. 2012;3(November):134-45.
9. Tschiedel B. Complicações crónicas da Diabetes mellitus. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial. 2014;102(5):7-12.
10. Condinho M. Contributo para o Estudo do Impacto Económico do Acompanhamento Farmacoterapêutico. 2014.
11. Touchette DR, Doloresco F, Suda KJ, Perez A, Turner S, Jalundhwala Y, et al. Economic evaluations of clinical pharmacy services: 2006-2010. Vol. 34, Pharmacotherapy. 2014:771-93.

12. Department of Human Services. Diabetes. State Government of Victoria. 2013.
13. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas 7th Edition. 2015:74-78.
14. Santana P, Costa C, Loureiro A, Raposo J, Boavida JM. Geografias da Diabetes Mellitus em Portugal: Como as condições do contexto influenciam o risco de morrer. *Acta Med Port*. 2014;27(3):309–17.
15. Instituto Nacional de Estatística (INE). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Destaque Informação à Comunidade Social. 2015;1–8.
16. Instituto Nacional de Estatística (INE). Projecções de População Residente 2015-2080. 2017;(2015).
17. Gaio V, Antunes L, Namorado S, Barreto M, Gil A, Kyslaya I, et al. Prevalence of overweight and obesity in Portugal: Results from the First Portuguese Health Examination Survey (INSEF 2015). *Obes Res Clin Pract*. 2018;12(1):40–50.
18. OECD. Health at a glance 2017: OECD Indicators. OECD Publishing. 2017;210.
19. Jorge DR, Ue R. Inquérito Nacional de Saúde 2015 e Infografia. 2015;1–17.
20. Vassiliou A. Eurobarómetro do desporto e do exercício físico. 2014;1–4.
21. Direção-Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015-2020. Direção-Geral da Saúde. 2015. Disponível em: www.dgs.pt
22. Silva C, Pereira D, Almeida D, Venâncio M. Pé diabético e avaliação do risco de ulceração. *Revista Enfermagem Referência* . 2014;4(1):153–61.
23. Dawson SM. Self monitoring of blood glucose for people with non-insulin treated type 2 diabetes : An update. *Best Pract J*. 2008;(14):28–30.
24. Spasić A, Radovanović RV, Dordević AC, Stefanović N, Cvetković T. Quality of life in type 2 diabetic patients. *Acta Fac Medicae Naissensis*. 2014;31(3).
25. Ezzati M. Worldwide trends in diabetes since 1980: A pooled analysis of 751 population-based studies with 4 million participants. *Lancet*.

2016;387(10027):1513–30.

26. Ogbonna BO, Oparah AC. A Comprehensive review of pharmaceutical care in type 2 diabetes patients; keeping developing countries in view. *Asian J Pharm Res Heal Care*. 2017;9:41–9.
27. Ordem dos Farmacêuticos. Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos. 1998;1–9.
28. Mikeal RL, Brown TR, Lazarus HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. [Internet]. Vol. 32, *American journal of hospital pharmacy*. 1975. p. 567–74. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1155467>
29. Brodie DC. Pharmaceutical education in perspective. *Am J Hosp Pharm*. 1982;39(4):587–94.
30. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47(3):533–43.
31. Pharmacists AS of H. ASHP Statement on Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm*. 1993;50:1720–3.
32. IPF. Standards for Quality of Pharmacy Services - Good Pharmacy Practice. *Drug Intell Clin Pharm*. 1993;10(1):1–12.
33. WHO. Good pharmacy practice (GPP) in community and hospital pharmacy settings. Geneva World Heal Organ. 1996;1–10.
34. Allemann SS, Van Mil JWF, Botermann L, Berger K, Griese N, Hersberger KE. Pharmaceutical care: The PCNE definition 2013. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(3):544–55.
35. Cipole RJ, Strand LM. *Pharmaceutical Care Practice*. 1st edition. 1st ed. United States of America: McGraw-Hill; 1998.
36. Cipole RJ, Strand LM MP. *Pharmaceutical Care Practice - The Clinician's Guide*. 2nd ed. United States of America: McGraw-Hill; 2004.
37. Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars*

Pharm. 2000;41(1):137–43.

38. Salazar A, Carrascal V, Benjumea D, Amariles P. Farmacia clínica, atención farmacéutica: conceptos, filosofía, práctica profesional y su aplicación en el contexto colombiano. Rev la Fac química Farm. 2012;19(1):109–29.
39. Bonal J, Alerany C, Bassons T, Gascón P. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Farm Hosp - Tomo I. 2002;1(2):275–93. Disponível em: files/189/farmacia clinica bonal.pdf
40. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Ars Pharm. 2001;42:221–41. Disponível em: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/228.pdf>
41. Ordem dos Farmacêuticos. Decreto-Lei n.º 288/2001. Diário da República. 2001;261:7150–65.
42. Rocha AP, Gomes MA, Soares MA. Glossário Farmacêutico Português. Ordem dos Farmacêuticos, editor. 2003.
43. McDonough RP, Doucette WR. Developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians. Continuing program on Value-Added Services for pharmacists. J Am Pharm Assoc. 2001;41(5):682–92.
44. Brock KAK, Doucette WRW. Collaborative working relationships between pharmacists and physicians: an exploratory study. J Am Pharm Assoc (2003). 2004;44(3):358–65.
45. Cipolle R, Strand L, Morley PC. Drug therapy problems. Pharm care Pract Clin Guid. 2004;171–200.
46. Wledenmayer K, Summers RS, Mackle CA, Gous AGS, Everard M TD. Developing pharmacy practice – A focus on patient care. 2006.^a ed. 2006.
47. Fernández-Llimós F, Tuneu L, Baena MI, Garcia-Delgado a, Faus MJ. Morbidity and mortality associated with pharmacotherapy. Evolution and current concept of drug-related problems. Curr Pharm Des. 2004;10(31):3947–67.
48. Santos H, Iglésias P, Fernández-Llimós F, Faus MJ, Rodrigues LM. Segundo

- Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharm.* 2004;43(3-4):175-84.
49. Hepler CD. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, and the Quality of Drug Therapy. *Pharmacotherapy.* 2004;24(11):1491-8.
50. Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez F, Martínez FM. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguim Farmacoter.* 2005;3(4):167-88.
51. Ospina AS, Benjumea G DM, Amariles M P. Problemas de proceso y resultado relacionados con los medicamentos: evolución histórica de sus definiciones. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2011;29(3):329-40.
52. García-Jiménez E, Amariles P, Machuca M, Parras-Martín M, Espejo-Guerrero JD, Faus MJ. Incumplimiento, problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación: causas y resultados en el seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm.* 2008;49(2):145-57.
53. Cipolle RJ, Strand L MP. *Pharmaceutical Care Practice. The Patient Centered Approach to Medication Management.* 3rd ed United States Am McGraw-Hill. 2012;
54. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Em: *Ars Pharmaceutica.* 2007. p. 5-17.
55. Mil F. Drug-related problems : a cornerstone for pharmaceutical care. *J Malta Coll Pharm Pract.* 2005;5-8.
56. Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Classification of drug-related problems. 2003-2010 *Pharm Care Netw Eur Found.* 2007;127(23):3073-6.
57. LaFleur J, Larson BS, Gunning KM, Stoddard GJ, Madden CA, Oderda L, et al. Agreement between pharmacists for problem identification: An initial quality measurement of cognitive services. *Ann Pharmacother.* 2009;43(7-8):1173-80.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

58. Dader MJF, Romero FM. La Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharm Care Esp*. 1999;1:52–61.
59. Hernández D, Castro M. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapêutico. Grup Investig en Atención Farm. 2007;
60. Al-Quteimat OM, Amer AM. Evidence-based pharmaceutical care: The next chapter in pharmacy practice. Vol. 24, *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2016. p. 447–51.
61. Obreli-Neto PR, Guidoni CM, Baldoni A, Pilger D, Cruciol-Souza JM, Gaeti-Franco WP, et al. Effect of a 36-month pharmaceutical care program on pharmacotherapy adherence in elderly diabetic and hypertensive patients. *Int J Clin Pharm*. 2011;33(4):642–9.
62. Borges APDS, Guidoni CM, Ferreira LD, de Freitas O, Pereira LRL. The pharmaceutical care of patients with type 2 diabetes mellitus. *Pharm World Sci*. 2010;32(6):730–6.
63. Fera T, Bluml BM, Ellis WM. Diabetes Ten City Challenge: Final economic and clinical results. Vol. 49, *Journal of the American Pharmacists Association*. 2009. p. 383–91.
64. Correr CJ, Pontarolo R, Wiens A, Rossignoli P, Melchioris AC, Radominski R, et al. Economic evaluation of pharmacotherapeutic follow-up in type 2 diabetes mellitus patients in community pharmacies. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2009;53(7):825–33.
65. Lopes CT. Acompanhamento farmacoterapêutico a doentes com diabetes mellitus numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários. *Estud Geral*. 2012;
66. Direcção Geral da Saúde. Prescrição e Determinação da Hemoglobina Glicada A1c. Norma Da Direcção Geral Da Saúde. 2013;(1)
67. Cipolle RJ, Strand L MP. *Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide*. 2nd ed McGraw-Hill Med. 2004;

68. Cipolle RJ, Strand L MP. *Pharmaceutical Care Practice*. McGraw Hill. 1998;
69. Blondal A, Sporrang S, Almarsdottir A. Introducing Pharmaceutical Care to Primary Care in Iceland—An Action Research Study. *Pharmacy*. 2017;5(2):23.
70. Muijers PE, Knottnerus AJ, Sijbrandij J, Janknegt R. Changing Relationships: Attitudes and Opinions of General Practitioners and Pharmacists Regarding the Role of the Community Pharmacist. *World Sci*. 2003;235–41.
71. Kolodziejak L, Rémillard A, Neubauer S. Integration of a primary healthcare pharmacist. *J Interprof Care*. 2010;24(3):274–84.
72. Shao H, Chen GM, Zhu C, Chen YF, Liu YM, He YX, et al. Effect of pharmaceutical care on clinical outcomes of outpatients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:897–903.
73. Bukhsh A, Khan TM, Lee SWH, Lee LH, Chan KG, Goh BH. Efficacy of Pharmacist Based Diabetes Educational Interventions on Clinical Outcomes of Adults With Type 2 Diabetes Mellitus: A Network Meta-Analysis. *Front Pharmacol*. 2018;9:339.
74. Chung WW, Chua SS, Lai PSM, Chan SP. Effects of a pharmaceutical care model on medication adherence and glycemic control of people with type 2 diabetes. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:1185–94.
75. Erku DA, Belachew SA, Tegegn HG, Ayele AA. The impact of pharmacist-led medication therapy management on medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled study. *Value Heal*. 2017;20(9):402.
76. Storpirtis S. Perspectives and challenges in pharmaceutical care. *Brazilian J Pharm Sci*. 2012;48(4).
77. Lyra DP, Kheir N, Abriata JP, Rocha CE, Santos CB, Pelá IR. Impact of Pharmaceutical Care interventions in the identification and resolution of drug-related problems and on quality of life in a group of elderly outpatients in Ribeirão Preto (SP), Brazil. *Ther Clin Risk Manag*. 2007;3(6):989–98.

78. Martins SF, van Mil JWF, da Costa FA. The organizational framework of community pharmacies in Europe. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(5):896–905.
79. Ivarez-Risco A1, Yi-Fang L2, Del-Aguila-Arcentales S3 P-WY. Barreras para la provisión de Atención Farmacéutica en farmacias de Tainan, Taiwán. *Pharm Care España*. 2017;(19):58–68.
80. Alvarez-Risco A, Turpo-Cama A, Ortiz-Palomino L, Gongora-Amaut N, Del-Aguila-Arcentales S. Barriers to the implementation of pharmaceutical care in pharmacies in Cusco, Peru. *Pharm CARE ESPANA*. 2016;18(5):194–205.
81. Hoffmann RL, Rohrer WM, South-Paul JE, Burdett R, Watzlaf VJM. The effects of barriers on Health Related Quality of Life (HRQL) and compliance in adult asthmatics who are followed in an urban community health care facility. *J Community Health*. 2008;33(6):374–83.
82. Ax F, Brånstad JO, Westerlund T. Pharmacy counselling models: A means to improve drug use. *J Clin Pharm Ther*. 2010;35(4):439–51.
83. Nicole P, Rouse MJ. Scope of contemporary pharmacy practice: Roles, responsibilities, and functions of pharmacists and pharmacy technicians Executive summary. Vol. 67, *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2010. p. 1030–1.
84. Attia FM, Saber MM, Abou Sheishaa AA, Al Qaydi GA. Achieving medication safety via appropriate pharmaceutical care in UAE. *Int J Clin PharmacyConference 41st ESCP Symp Clin Pharm Pers Safe Ther Barcelona SpainConference*. 2013;October.
85. Abou Sheishae AA, Saber MM, Attia FM, Al Qaydi GA. Pharmacists role in prevention of adverse drug events in UAE. *Int J Clin Pharm*. 2013;35(5):900.
86. Hasan S, Sulieman H, Chapman CB, Stewart K, Kong DC, et al. Community pharmacy services in the United Arab Emirates. *Int J Pharm Pract*. 2012;20(4):218–25.
87. Bell HM, Mcelnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the

- attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Adm Pharm.* 1998;15(4):284–95.
88. Van Mil JWF, De Boer WO, Tromp TFJ. European barriers to the implementation of pharmaceutical care. *Int J Pharm Pract.* 2001;9(3):163–8.
 89. Plaza CM, Draugalis JR. Implications of advanced pharmacy practice experience placements: A 5-year update. *Am J Pharm Educ.* 2005;69(3):296–303.
 90. Martin-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Curr Pharm Des.* 2004;10(31):3969–85.
 91. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barriers for the implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies. *Aten Primaria.* 2007;39(9):465–72.
 92. Haas CE, Yee GC, Cohen LJ, Haase KK, Phillips BG, Farrington E, et al. Board of regents commentary qualifications of pharmacists who provide direct patient care: Perspectives on the need for residency training and board certification. Vol. 33, *Pharmacotherapy.* 2013;888–91.
 93. Doucette WR, Nevins J, McDonough RP. Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians. *Res Soc Adm Pharm.* 2005;1(4):565–78.
 94. Jorgenson D, Laubscher T, Lyons B, Palmer R. Integrating pharmacists into primary care teams: Barriers and facilitators. *International Journal of Pharmacy Practice.* 2014;292–9.
 95. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 134/2005 de 16 de Agosto. *Diário da República.* 2005;1ª Série(156):4763–5.
 96. Cavaco AM, Dias JPS, Bates IP. Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: A qualitative exploratory study. *Pharm World Sci.* 2005;27(1):54–60.
 97. Gregório J, Pizarro A, Cavaco A, Wipfli R, Lovis C, Mira Da Silva M, et al. Online Pharmaceutical Care Provision: Full-Implementation of an eHealth Service Using Design Science Research. *Studies in Health Technology and Informatics.* 2015;

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

261–5.

98. Berenguer B, La Casa C, Matta MJ, Martin-Calero MJ. Pharmaceutical care: past, present and future. *Current pharmaceutical design*. 2004;(10):3931–46.
99. Albrecht S. Evidence-based Medicine in Pharmacy Practice. *US Pharm*. 2009;39(10):14–8.
100. Anderson C, Bates I, Beck D, Brock TP, Futter B, Mercer H, et al. The WHO UNESCO IPF Pharmacy Education Taskforce. *Hum Resour Health*. 2009;7.
101. Gholami K, Najmeddin F. Barriers to Pharmaceutical Care in Iran. *J Pharm Care*. 2013;1(2):39–40.
102. Blondal AB, Jonsson JS, Sporrang SK, Almarsdottir AB. General practitioners' perceptions of the current status and pharmacists' contribution to primary care in Iceland. *Int J Clin Pharm*. 2017;39(4):945–52.
103. Jové AM, Fernández A, Hughes C, Guillén-Solà M, Rovira M, Rubio-Valera M. Perceptions of collaboration between general practitioners and community pharmacists: Findings from a qualitative study based in Spain. *J Interprof Care*. 2014;28(4):352–7.
104. Cavaco M, Condiño M, Miranda F SC. Acompanhamento Farmacoterapêutico - Uma Exigência Social, Uma Necessidade do Farmacêutico. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*. 2009;(87)18–20.
105. Machado V. Judicialização da saúde: Proposta de Acompanhamento Farmacoterapêutico de pacientes em Municípios. Universidade de Sorocaba; 2015.
106. Guerreiro M, Cantrill J, Martins P. Acceptability of community pharmaceutical care in Portugal: A qualitative study. *J Heal Serv Res Policy*. 2010;15(4):215–22.
107. Barros PP. Health policy reform in tough times: The case of Portugal. *Health Policy (New York)*. 2012;106(1):17–22.
108. McIntosh J, Alonso A, MacLure K, Stewart D, Kempen T, Mair A, et al. A case

- study of polypharmacy management in nine European countries: Implications for change management and implementation. *PLoS One*. 2018;13(4).
109. Roberts AS, Benrimoj S, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Implementing cognitive services in community pharmacy: a review of facilitators used in practice change. *Int J Pharm Pract*. 2006;14(3):163–70.
 110. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams K a, Aslani P. Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. *Ann Pharmacother*. 2008;42(6):861–8.
 111. Gastelurrutia MA, Benrimoj SIC, Castrillon CC, De Amezua MJC, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci*. 2009;31(1):32–9.
 112. WONCA. ICPC- 2. Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. Administração Central do Sistema de Saúde IP. Assoc Port dos Médicos Clínica Geral, World Fam Dr caring people. 1999;
 113. Jetha S. Polypharmacy, the elderly, and deprescribing. *Consult Pharm*. 2015;30(9):527–32.
 114. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13(1):57–65.
 115. Silva P, Luís S, Biscaia A. Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Rev Port Med Geral e Fam*. 2004;20(3):323–36.
 116. Bjerrum L, Sjøgaard J, Hallas J, Kragstrup J. Polypharmacy: Correlations with sex, age and drug regimen. *Eur J Clin Pharmacol*. 1998;54(3):197–202.
 117. DGS. Programa Nacional de Combate à Obesidade. 2010;
 118. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield M. Reappraisal of European Guidelines on Hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens*. 2009;(27):2121–58.
 119. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Goto G, Boysen G, Burell G. European

- guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007;14(2):1–40.
120. WHO. Waist circumference and waist–hip ratio: report of a WHO expert consultation. 2008. p. 8–11.
121. NCEP. Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Executive Summary of The Third Report of the National Cholesterol Education Program. *JAMA J Am Med Assoc*. 2001;19(285):2486–97.
122. World Health Organization. Nutrition, Physical Activity and Obesity. WHO. 2013;9.
123. Cabral MV, Silva PA. A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos. ICS Imprensa Ciências Sociais. 2010;
124. Direcção Geral de Saúde. Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético. Orientação DGS. 2011;(3)1–5.
125. Boulton AJM. The pathway to foot ulceration in diabetes. Vol. 97, *Medical Clinics of North America*. 2013;775–90.
126. Strojek K, Szyborska-Kajane A, Grzeszczak W. Glargine (Lantus®) - Long-acting insulin analog. *Diabetol Dosw i Klin*. 2005;5(2):97–104.
127. Ciangura C, Faucher P, Oppert J-M. Physical activity, nutrition and obesity. *Nutr Clin Metab*. 2014;28(4):279–86.
128. Ordem dos Farmacêuticos. “Um Compromisso para a Saúde: O valor do Farmacêutico”. *Rev da Ordem dos Farm*. 2017;(118):11.
129. van Mil JWF. Pharmaceutical care in community pharmacy: practice and research in the Netherlands. *Ann Pharmacother*. 2005;39(10):1720–5.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

130. Mendes R, Fernandes J, Correia M. Guia Prático para a Elaboração de Inquéritos por Questionário. 2014;1–16.
131. Rodrigues E, Boavida C, Truta R, Príncipe P, Carvalho J, Saraiva R. Análise dos resultados do inquérito sobre dados científicos produzidos na Universidade do Minho. 2014;8–11.

Anexos

Anexo 1 – Consentimento informado MSB e ANR

CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÉUTICO
Consentimento informado

A Farmácia central, em parceria com a ACF – Acompanhamento Farmacoterapêutico, Lda., tem implementado um Programa de Acompanhamento Farmacoterapêutico, o qual pretende contribuir para a melhoria do estado de saúde do doente e da sua qualidade de vida, pela maximização dos benefícios da terapêutica e minimização de riscos.

Para integrar este Programa é necessário:

1. Fornecer os dados pessoais de identificação, assim como alguns dados sociodemográficos
2. Fornecer a história clínica e farmacoterapêutica, respondendo às questões colocadas pela farmacêutica responsável
3. Realizar determinações de parâmetros antropométricos, biológicos e bioquímicos, quando necessário
4. Frequentar as consultas, cuja frequência é estabelecida de acordo com a necessidade do doente

A duração do Programa é também ajustada em função da necessidade do doente. Geralmente, permanece integrado enquanto a farmacêutica responsável considerar existir capacidade interventiva para resolução/controlo dos problemas de saúde associados ou disponibilidade por parte do doente para aceitar e implementar as intervenções farmacêuticas.

O doente pode, a qualquer momento ter acesso aos seus dados pessoais, solicitar a retificação, eliminação ou bloqueio dos mesmos. Para tal deverá contactar a farmacêutica responsável.

A frequência das consultas é inteiramente voluntária e o doente pode, se assim o entender, recusar responder a qualquer pergunta ou em qualquer momento desistir, sem prejuízo da sua assistência nesta Farmácia.

A título temporário, uma aluna do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve participará no serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico. Esta participação, que ocorre no âmbito da sua dissertação de Mestrado, será sempre orientada e supervisionada pela farmacêutica responsável pelo serviço (Anexo 1).

Eu li a anterior informação ou, foi-me lida. Declaro ter compreendido os objetivos deste serviço, ter tido oportunidade de colocar as questões que me suscitaram dúvidas com obtenção de resposta esclarecedora e ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se recusar/abandonar o serviço. Eu integro voluntariamente o Programa e autorizo a constituição do meu registo clínico na farmácia e na base de dados da farmacêutica responsável pelo serviço, bem como o acesso desta à minha «ficha de cliente» na farmácia. Autorizo também a utilização dos meus dados de forma anónima ou agregada.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Relativamente à participação no serviço de uma aluna do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas no âmbito da sua dissertação conducente ao grau de Mestre, compreendo o objetivo e concordo com a sua intervenção temporária, desde que orientada e supervisionada pela farmacêutica responsável. Autorizo que a aluna aceda ao meu registo clínico na farmácia, bem como à minha «ficha de cliente». Autorizo também que utilize os meus dados de forma anónima.

NOME (completo):

[Redacted Name]

[Redacted Signature]

(Assinatura do doente)

T. Zúñiga Cordeiro

(Assinatura do farmacêutico responsável;

C.P. OF: 15792; Tm: 915007474)

Data: 25/3/2017

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO
Consentimento informado

A Farmácia Control, em parceria com a ACF – Acompanhamento Farmacoterapêutico, Lda., tem implementado um Programa de Acompanhamento Farmacoterapêutico, o qual pretende contribuir para a melhoria do estado de saúde do doente e da sua qualidade de vida, pela maximização dos benefícios da terapêutica e minimização de riscos.

Para integrar este Programa é necessário:

1. Fornecer os dados pessoais de identificação, assim como alguns dados sociodemográficos
2. Fornecer a história clínica e farmacoterapêutica, respondendo às questões colocadas pela farmacêutica responsável
3. Realizar determinações de parâmetros antropométricos, biológicos e bioquímicos, quando necessário
4. Frequentar as consultas, cuja frequência é estabelecida de acordo com a necessidade do doente

A duração do Programa é também ajustada em função da necessidade do doente. Geralmente, permanece integrado enquanto a farmacêutica responsável considerar existir capacidade interventiva para resolução/controlo dos problemas de saúde associados ou disponibilidade por parte do doente para aceitar e implementar as intervenções farmacêuticas.

O doente pode, a qualquer momento ter acesso aos seus dados pessoais, solicitar a retificação, eliminação ou bloqueio dos mesmos. Para tal deverá contactar a farmacêutica responsável.

A frequência das consultas é inteiramente voluntária e o doente pode, se assim o entender, recusar responder a qualquer pergunta ou em qualquer momento desistir, sem prejuízo da sua assistência nesta Farmácia.

A título temporário, uma aluna do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve participará no serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico. Esta participação, que ocorre no âmbito da sua dissertação de Mestrado, será sempre orientada e supervisionada pela farmacêutica responsável pelo serviço (Anexo 1).

Eu li a anterior informação ou, foi-me lida. Declaro ter compreendido os objetivos deste serviço, ter tido oportunidade de colocar as questões que me suscitaram dúvidas com obtenção de resposta esclarecedora e ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se recusar/abandonar o serviço. Eu integro voluntariamente o Programa e autorizo a constituição do meu registo clínico na farmácia e na base de dados da farmacêutica responsável pelo serviço, bem como o acesso desta à minha «ficha de cliente» na farmácia. Autorizo também a utilização dos meus dados de forma anónima ou agregada.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Relativamente à participação no serviço de uma aluna do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas no âmbito da sua dissertação conducente ao grau de Mestre, compreendo o objetivo e concordo com a sua intervenção temporária, desde que orientada e supervisionada pela farmacêutica responsável. Autorizo que a aluna aceda ao meu registo clínico na farmácia, bem como à minha «ficha de cliente». Autorizo também que utilize os meus dados de forma anónima.

NOME (completa): _____

(Assinatura do doente)

Teresa Gondato
(Assinatura do farmacêutico responsável;
C.P. OF: 15792; Tlm:915007474)

Data: 29 / 3 / 2017

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

ANEXO 1

Tema da Dissertação: "Acompanhamento Farmacoterapêutico em Doentes com Diabetes *Mellitus*. Barreiras e Facilitadores da Implementação do Serviço"

O meu nome é Rafaela Espírito Santo e sou aluna do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve.

No âmbito da Dissertação conducente ao grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas, pretendo estudar, em ambiente real, o contributo do Acompanhamento Farmacoterapêutico para a melhoria do estado de saúde do doente com Diabetes *Mellitus*.

A prestação do serviço, as minhas intervenções e todo o processo será orientado e supervisionado pela Professora Doutora Mónica Condinho, farmacêutica nesta farmácia, no exercício da sua atividade profissional. Tal permitirá que, findo este projeto, o(a) doente se possa manter em Acompanhamento Farmacoterapêutico, se assim o desejar. O sigilo profissional está garantido, estando eu também abrangida por este dever.

Permitindo-me desenvolver este estudo está a possibilitar o avanço do conhecimento nesta área.

Neste sentido, venho pedir-lhe permissão para, durante cerca de 4 meses, acompanhá-lo(a) em ambiente de consulta de Acompanhamento Farmacoterapêutico, nas condições descritas no consentimento informado.


Rafaela Espírito Santo

Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
da Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade do Algarve

Data: 29 / 03 / 2023

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Anexo 2 - Capítulos e Componentes da ICPC-2

Capítulos	
A	Geral e Inespecífico
B	Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos (baço, medula óssea)
D	Aparelho Digestivo
F	Olhos
H	Ouvidos
K	Aparelho Circulatório
L	Sistema Músculo-Esquelético
N	Sistema Nervoso
P	Psicológico
R	Aparelho Respiratório
S	Pele
T	Endócrino, Metabólico e Nutricional
U	Aparelho Urinário
W	Gravidez e Planeamento Familiar
X	Aparelho Genital Feminino (incluindo mama)
Y	Aparelho Genital Masculino
Z	Problemas Sociais
Componentes (iguais para todos os capítulos)	
1	Componente de sinais e sintomas
2	Componente de procedimentos diagnósticos e preventivos
3	Componente de medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos
4	Componente de resultados de exames
5	Componente administrativo
6	Componente de seguimento de outros motivos de consulta
7	Componente de diagnósticos e doenças, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> • doenças infecciosas • neoplasias • lesões • anomalias congénitas outras doenças específicas



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências e Tecnologias

Mestrado Integrado em Ciências

Farmacêuticas

O presente questionário enquadra-se no âmbito da Tese de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas que se intitula de “Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*. Barreiras e Facilitadores da Implementação do Serviço.” desenvolvida pela aluna Rafaela do Espírito Santo, na Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade do Algarve.

Pretende-se avaliar e entender quais as barreiras e facilitadores da implementação do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico em Farmácia Comunitária.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para responder a este questionário. Os dados obtidos serão apresentados na dissertação de mestrado de forma confidencial e anónima. (130,131)

Caracterização pessoal

1. Género

Masculino

Feminino

2. Faixa etária

18-29

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

30-39

40-49

50-59

≥60

3. Categoria Profissional

a. Diretor(a) Técnico(a)

b. Farmacêutico(a) Substituto(a)

c. Farmacêutico(a)

d. Técnico(a) de Farmácia

e. Técnico(a) Auxiliar de Farmácia

4. Anos de prática em Farmácia Comunitária: _____

Caracterização do serviço e a sua importância

5. O que entende por Acompanhamento Farmacoterapêutico?

R:

6. Numa escala de 1 a 5, (sendo, 1-nada importante; 2- pouco importante; 3- importante; 4-significativamente importante; 5-muito importante) avalie a importância deste serviço na melhoria do estado de saúde do doente.

1 2 3 4 5

7. Numa escala de 1 a 5, (sendo, 1-completamente desnecessário; 2- pouco necessário ; 3- necessário; 4- significativamente necessário; 5- muito necessário) avalie a necessidade do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico na sua farmácia.

1 2 3 4 5

8. Julga benéfico, para a farmácia, a existência deste serviço?

Sim

Não

**Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.**

9. Quais os fatores que levam o doente a integrar este serviço farmacêutico?

Suspeita de reações adversas

Aconselhamento em saúde

Não controlo da patologia

Dúvidas sobre a patologia

Dúvidas sobre a terapêutica

Outro: _____

10. Em sua opinião, quais são as barreiras à implementação deste tipo de serviço nas Farmácias Comunitárias?

R:

11. Em sua opinião, quais são os facilitadores da implementação deste tipo de serviço nas Farmácias Comunitárias?


R:

12. Numa escala de 1 a 5, (sendo, 1-nada confiante; 2- pouco confiante; 3-confiante; 4-muito confiante; 5-extremamente confiante) avalie o nível de confiança atribuída pelo doente ao Farmacêutico, aquando da implementação deste serviço.

1 2 3 4 5

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Anexo 4 – Primeiro ES MSB

	MSB	Doméstica, reformada, viúva, habita sozinha e tem uma filha doente. Não fuma, não consome bebidas alcólicas e toma um café por dia, sem açúcar. Sedentária. Apresenta alimentação polifracionada, embora ainda desregrada em termos de composição. Antecedentes pessoais de laqueação de trompas (1999) e de cirurgia às hemorroidas (1988). Menopausa precoce. Desconhece antecedentes familiares.	Farmácia Central	Dr.CC (MGF) e Dr.A	29/03/2017

ES nº1	Gén.: F	Idade: 71	IMC (kg/m ²): -	MG (%): -	PC (cm): -	RCV 10a (%): -	Alergias: -
--------	---------	-----------	-----------------------------	-----------	------------	----------------	-------------

Início	ICPC-2	Problema de Saúde	Contr.	Início	ATC	Medicamento	Posol. prescrita	Posol. tomada	Adesão	E	S	RCNF
1999	T89	A. Diabetes Tipo 2	NC	2003	A10AD05	1. Insulina aspártico solúvel 100UI (30%) +Protamina (70%) (Novomix 30 Penfill®)	32UI+0+22UI (Após)	32UI+0+22UI (Após)	B	N	S	IQ
				09/99	A10BA02	2. Metformina 850 mg (Generis®)	0+1+1 (Após)	0+1+1 (Após)	B			
2000	K86	B. Hipertensão Arterial	C	2000	C09AA02	3. Enalapril 20 mg (Ratiopharm®)	1/2+0+0 (Após)	1/2+0+0 (Após)	B	S	S	-
2000	T93	C. Hipercolesterolemia	?	2000	C10AA03	4. Pravastatina 20 mg (Teva®)	0+0+1(Após)	0+0+1 (Após)	B	?	S	-
1999	P76	D. Depressão	?	1999	N06AX16	5. Venlafaxina 75 mg (Ratiopharm®)	1+0+0 (Após)	1+0+0 (Após)	B	?	S	?
1999	P06	E. Perturbação do sono	C	1999	N05BA12	6. Alprazolam 1 mg (Ratiopharm®)	0+0+1 (Após)	0+0+1 (Após)	B	S	S	-
<1987	D12	F. Obstipação	C	1988	A06	7. Beladona 5 mg + Fenolftaleína 135 mg (Doce Alívio®)	SOS (À noite)	SOS (À noite)	B	S	S	-
2000	A98	G. Prevenção de eventos aterotrombóticos	C	2000	B01AC06	8. Ácido acetilsalicílico 100 mg (Aspirina GR®)	0+0+1 (Após)	0+0+1 (Após)	B	S	S	-
<1999	P01	H. Perturbação ansiosa	NC	-	-	-	-	-	-	-	-	PSNT

Observações: **Diabetes:** A doente não trouxe autocontrolo de glicémia.
Depressão: s/ questionário de avaliação
A doente toma ibuprofeno? Terapêutica Continuada? Ou por pouco tempo? (histórico de compras)

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.


Intervenções:

- ✓ Realizou-se a revisão da insulinoaterapia, com recomendação subsequente, da mudança da agulha, a cada picada.
- ✓ Recomendou-se a prática diária de caminhada (30 minutos).
- ✓ Aconselhou-se uma composição correta do lanche.
- ✓ Solicitou-se perfil glicémico e glucómetro.

Data	Parâmetros							
	Peso (kg)	PA (mmHg)		FC (bpm)	HbA1c (%)	Glicémia ocasional (mg/dl)	Colesterol (mg/dl)	
		Sist ólica	Diast ólica				Total	HDL
29/03/17		125	65	Parâmetros medidos, mas inválidos por razões técnicas				

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Anexo 5 – Último ES MSB

	MSB	Doméstica, reformada, viúva, habita sozinha e tem uma filha doente. Não fuma, não consome bebidas alcóolicas e toma um café por dia, sem açúcar. Sedentária. Apresenta alimentação polifracionada, embora ainda desregrada em termos de composição. Antecedentes pessoais de laqueação de trompas (1999) e de cirurgia às hemorroidas (1988). Menopausa precoce. Desconhece antecedentes familiares.	Farmácia Central	Dr.CC (MGF) e Dr.A	13/09/2017

ES nº7	Gén.: F	Idade: 71	IMC (kg/m ²): 32,2	MG (%): 48,7	PC (cm): 105	RCV 10a (%): -	Alergias: -
--------	---------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------	----------------	-------------

Início	ICPC-2	Problema de Saúde	Contr.	Início	ATC	Medicamento	Posol. prescrita	Posol. tomada	Adesão	E	S	RCNF
1999	T89	A. Diabetes Tipo 2	C	2003	A10AD05	1. Insulina aspártico solúvel 100UI (30%) +Protamina (70%) 2. (Novomix 30 Penfill®)	32UI+0+22UI (Antes)	32UI+0+22UI (Antes)	B	S	S	-
				09/99	A10BA02	3. Metformina 850 mg (Generis®)	0+1+1 (Após)	0+1+1 (Após)	B	S		
2000	K86	B. Hipertensão Arterial	C	2000	C09AA02	4. Enalapril 5 mg (Sandoz®)	1+0+0 (Após)	1+0+0 (Após)	B	S	S	-
2000	T93	C. Hipercolesterol emia	C	2000	C10AA03	5. Pravastatina 20 mg (Teva®)	0+0+1 (Após)	0+0+1 (Após)	B	S	S	-
1999	P76	D. Depressão	?	1999	N06AX16	6. Venlafaxina 75 mg (Ratiopharm®)	1+0+0 (Após)	1+0+0 (Após)	B	?	S	?
1999	P06	E. Perturbação do sono	C	1999	N05BA12	7. Alprazolam 1 mg (Ratiopharm®)	0+0+1	0+0+1	B	S	S	-
2017	N94	F. Pé diabético		2017		-	-	-	-	-	-	-
		a) Pele desidratada	C		8. PediRelax®	1x Dia	1x Dia	B	-	-		
<1987	D12	G. Obstipação	C	1988	A06	9. Beladona + Fenolftaleína (Doce Alívio®)	SOS (À noite)	SOS (À noite)	B	S	S	-
2000	A98	H. Prevenção de eventos aterotrombóticos	C	2000	B01AC06	10. Ácido acetilsalicílico 100 mg (Aspirina GR®)	0+0+1 (Após)	0+0+1 (Após)	B	S	S	-
<2012	T82	I. Obesidade	NC	-	-	-	-	-	-	-	-	PSNT

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Observações: Diabetes: Melhores resultados.
Depressão: s/ questionário de avaliação (HADS)

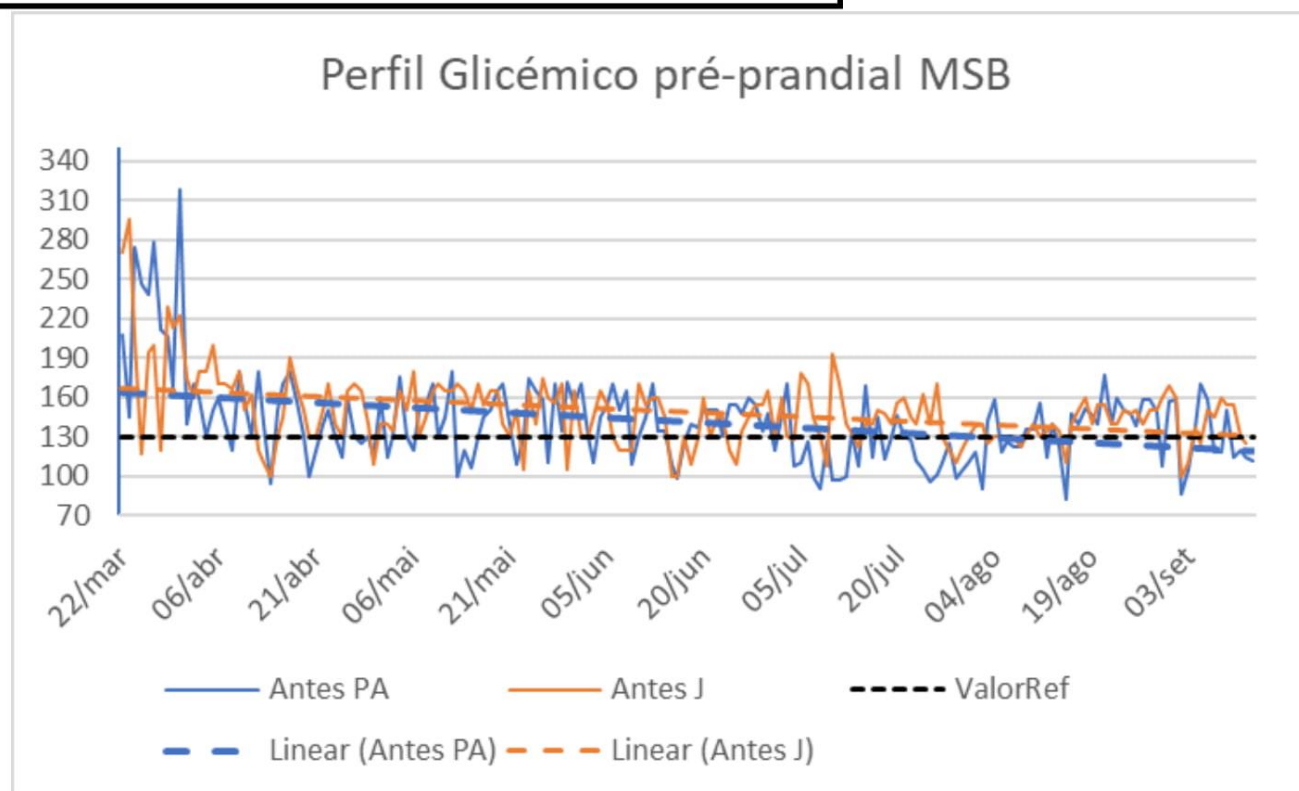
Data	Parâmetros							
	Peso (kg)	PA (mmHg)		FC (bpm)	HbA1c (%)	Glicémia ocasional (mg/dl)	Colesterol (mg/dl)	
		Sistólica	Diastólica				Total	HDL
29/03/17	-	125	64	Parâmetros medidos, mas inválidos por razões técnicas				
12/04/17	74,3	130	70	71	-	90	-	-
26/04/17	74,6	138	67	66	-	109	-	-
10/05/17	75,4	138	66	71	-	160	-	-
01/06/17	-	-	-	-	8,6	281	166	68
28/06/17	75,7	135	69	71	-	61	-	-
12/07/17	76,5	119	59	69	-	180	-	-
13/09/17	75,4	137	78	69	-	201	-	-

* - Após glucotabs, o valor aumentou para 92

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.


Intervenções:

- ✓ Recomendou-se a prática diária de caminhada (30 minutos).
- ✓ Aconselhou-se o correto corte das unhas.
- ✓ Aconselhou-se práticas de higiene diária para tratamento do pé diabético e a utilização diária de PediRelax®.



Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Anexo 6 – Primeiro ES ANR

	ANR	Doméstica, reformada, divorciada, habita sozinha. Não fuma, consome bebidas alcoólicas pontualmente. Toma 3 cafés por dia, com adoçante. Sedentária. Apresenta alimentação polifraccionada e hiperglicídica. Antecedentes pessoais de cirurgia à tireóide com excisão de quisto (Jan.2016) e cataratas. Antecedentes familiares (1º e 2º graus) de diabetes e evento cardiovascular não clarificado.	Farmácia Central	Dr. PC (MGF) e Dr. CN (Medicina Interna)	29/03/2017
---	------------	--	------------------	--	-------------------

ES nº1	Gén.: F	Idade: 66	IMC (kg/m²): 37,2	MG (%): 44,6	PC (cm): 120	RCV 10a (%): -	Alergias: penicilina
---------------	----------------	------------------	-------------------------------------	---------------------	---------------------	-----------------------	-----------------------------

Início	ICPC-2	Problema de Saúde	Contr.	Início	ATC	Medicamento	Posol. prescrita	Posol. tomada	Adesão	E	S	RCNF
Fev 2017	T89	A. Diabetes Tipo 2	NC	03/17	A10AE04	1. Insulina Glargina 100UI/mL (Lantus®)	0+0+10UI (Após)	0+0+10UI (Após)	B	N	S	INQ
				02/17	A10BD07	2. Sitagliptina 50 mg + Metformina 1000 mg (Janumet®)	1+0+0 (Após)	1+0+0 (Após)	B		S	
<1997	K86	B. Hipertensão Arterial	C	2011	C09BB04	3. Perindopril 10 mg+ Amlodipina 10 mg (Coveram®)	1+0+0 (Após)	1+0+0 (Após)	B	S	S	-
<1997	T99	C. Hipotireoidismo	C	<1997	H03AA01	4. Levotiroxina Sódica 0.1 mg (Eutirox®)	½+0+0 (Jejum)	½+0+0 (Jejum)	B	S	S	-
<2012	L20	D. Dor (Hérnia Discal)	NC	2016	N02AX52	5. Paracetamol 325 mg+Tramadol 37.5 mg (Zaldiar EFE®)	SOS	SOS	B	N	S	INQ
2014	P06	E. Apneia do sono	?	2014		6. (CPAP - Continuous Positive Airway Pressure)	-	-	B	-	-	?
2017	S74	F. Pé Diabético	NC	2017	-	7. -	-	-	-	-	-	?
		G. Onicomicose (superficial, na unha do Hálux)	NC		D01AE16	8. Amorolfina 50 mg/ml (Locetar EF®)	1x semana	1x semana	B	N	S	
2015	P20	H. Alteração da memória	C	2015	C04AX17	9. Vinburnina 40 mg (Cervoxan®)	2+0+2	1+0+0	M	S	S	-
<2012	A98	I. Prevenção da úlcera gástrica	C	2010	A02BC03	10. Lansoprazol 30 mg (Gatroliber®)	1+0+0 (Jejum)	1+0+0 (Jejum)	B	S	S	-
2016	F13	J. Sensação ocular anormal (olho seco)	C	2016	S01XA20	11. Carbómero 974P 2.5 mg/g (Siccafluid®)	1 gota 1xdia	1 gota 1xdia	B	-	-	-
<1997	T82	K. Obesidade	NC	-	-	-	-	-	-	-	-	PSNT

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Observações:

Nota: Lansoprazol + Levotiroxina Sódica, faz ao mesmo tempo! Pedir análises à tiróide.

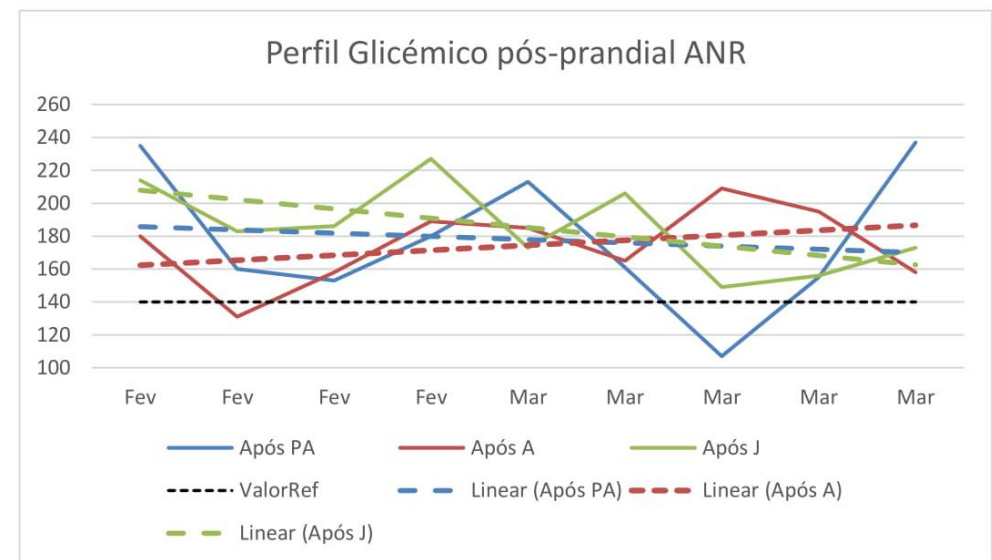
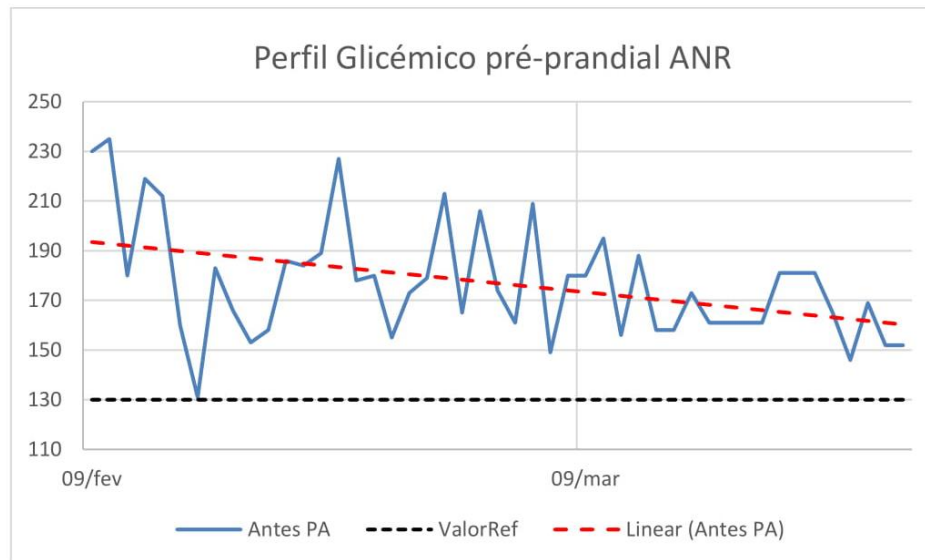
Dor: Doente continua a sentir dor. Não controlo da patologia. Fazer reavaliação.

Data	Pârametros										
	Peso (kg)	PA (mmHg)		FC (bpm)	HbA1c (%)	TSH (μ UI/ml)	FT4 (pg/ml)	Glicémia ocasional (mg/dl)	Colesterol (mg/dl)		Creatinina (mg/dl)
		Sistó lica	Diast ólica						Total	HDL	
12/01/2017						2,18					
09/02/2017					11,9			217	209	53	0,53
02/03/2017	-	-	-	-	10,3			177	-	-	0,58
29/03/2017	75,0	118	74	73	-			103	-	-	-

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.


Intervenções:

- ✓ Realizou-se a revisão da insulinoterapia, com recomendação subsequente, da mudança da agulha, a cada picada.
- ✓ Solicitou-se o perfil glicémico pré e pós-prandial.
- ✓ Aconselhou-se uma redução na ingestão de “açúcares”.
- ✓ Aconselhou-se uma adequada composição das principais refeições e lanches.
- ✓ Recomendou-se a prática diária de caminhada (30 minutos).



Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Anexo 7 – Último ES ANR

	ANR	Doméstica, reformada, divorciada, habita sozinha. Não fuma, consome bebidas alcoólicas pontualmente. Toma 3 cafés por dia, com adoçante. Sedentária. Apresenta alimentação polifraccionada e hiperglicídica. Antecedentes pessoais de cirurgia à tiróide com excisão de quisto (Jan.2016) e cataratas. Antecedentes familiares (1º e 2º graus) de diabetes e evento cardiovascular não clarificado.	Farmácia Central	Dr. PC (MGF) e Dr. CN (Medicina Interna)	13/09/2017
---	------------	---	------------------	--	-------------------

ES nº6	Gén.: F	Idade: 66	IMC (kg/m²): 38,3	MG (%): 46,2	PC (cm): 121,5	RCV 10a (%): -	Alergias: penicilina
---------------	----------------	------------------	-------------------------------------	---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------

Início	ICPC-2	Problema de Saúde	Co ntr	Início	ATC	Medicamento	Posol. prescrita	Posol. tomada	Adesão	E	S	RCNF
Fev 2017	T89	A. Diabetes Tipo 2	?	03/17	A10AE04	1. Insulina Glargina 100UI/mL (Lantus®)	0+0+12UI (Após)	0+0+12UI (Após)	B	?	S	?
				02/17	A10BD07	2. Sitagliptina 50 mg + Metformina 1000 mg (Janumet®)	1+0+0 (Após)	1+0+0 (Após)	B		S	
<1997	K86	B. Hipertensão Arterial	C	2011	C09BB04	3. Perindopril 10 mg+amlodipina 10 mg (Coveram®)	1+0+0 (Após)	1+0+0 (Após)	B	S	S	-
<1997	T99	C. Hipotiroidismo	C	<1997	H03AA01	4. Levotiroxina Sódica 0.1 mg (Eutirox®)	½+0+0 (Jejum)	½+0+0 (Jejum)	B	S	S	-
<2012	L20	D. Dor (Hérnia Discal)	C	2016	N02AX52	5. Paracetamol 325 mg+Tramadol 37.5 mg (Zaldiar EFE®)	SOS	SOS	B	S	S	-
2014	P06	E. Apneia do sono	?			6. (CPAP - Continuous Positive Airway Pressure)	-	-	B	?	?	-
2017	S74	F. Pé Diabético		2017								-
		a) Onicomicose (superficial, na unha do Hálux)	C		D01AE16	7. Amorolfina 50 mg/ml (Locetar EF®)	1xSemana	1xSemana	B	S	S	
		b) Hiperqueratose	C			8. PediRelax®	À noite	À noite	B	-	-	
<2012	A98	G. Prevenção de úlcera gástrica	C		A02BC03	9. Lansoprazol 30 mg (Gatroliber®)	1+0+0 (Jejum)	1+0+0 (Jejum)	B	S	S	-
2016	F13	H. Sensação ocular anormal (olho seco)	C	2016	S01XA20	10. Carbómero 974P 2.5 mg/g (Siccafluid®)	1 gota 2xdia	1 gota 2xdia	B	-	-	-
<1997	T82	I. Obesidade	NC	-	-	-	-	-	-	-	-	PSNT

Acompanhamento Farmacoterapêutico em doentes com Diabetes *Mellitus*.
Barreiras e Facilitadores da Implementação do serviço.

Intervenções:

- ✓ Recomendou-se a prática diária de caminhada (30 minutos).
- ✓ Aconselhou-se o corte de unhas a direito.
- ✓ Aconselhou-se práticas de higiene diária para tratamento do pé diabético e a utilização diária de PediRelax®.

