

FOLHA INFORMATIVA FARMACOTERAPÊUTICA

**CINFARMA – Centro de Informação Farmacêutica do Departamento de
Farmacovigilância, DNME/MINSA**

ANO 0 N.º 6 / 7

Abril a Setembro de 2015

MENSAGEM DE ABERTURA

Todo o nosso esforço tem um único objectivo: proporcionar-lhe, a si e à sua família, melhores dias. Com o seu apoio e amizade atingimos grandes metas, e outras nos esperam. Sentimo-nos realizados com a sua alegria, prosperidade e felicidade, bem como com a valorização da nossa profissão.

Nós acreditamos que é preciso acreditar.

Nós acreditamos que só acreditando é possível construir.

Nós acreditamos que só construindo conseguiremos vencer.

Nós acreditamos na nossa profissão. Em si.

Por isso, apresentamos-lhe mais um feito farmacêutico que gostaríamos que fizesse parte do seu quotidiano laboral, para a sua actualização profissional. Pedimos-lhe que contribua para a sua melhoria.

Esta Folha Farmacoterapêutica estará sempre presente nesta sua Revista da OFA.
Abraça esta causa.

O Director Nacional

Quais os principais problemas relacionados com os medicamentos?

INTRODUÇÃO

A partir da década de 40 (século XX), o uso de fármacos em larga escala foi acarretando uma preocupação em relação à utilização de medicamentos ^{1,2}. Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o uso racional de medicamentos como sendo “o emprego de medicamentos apropriados para a situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo possível” ³. Desta forma, a prescrição de um medicamento deveria estar baseada em uma análise prévia da relação risco/benefício e também do custo do tratamento. Apesar dos esforços em prol do uso racional de medicamentos, existem estudos que demonstram a existência de problemas de saúde cuja origem está relacionada ao uso de medicamentos ^{4,5}. Entre as causas mais comuns encontram-se: cumprimento inadequado do tratamento, automedicação, interacções medicamentosas, reacções adversas, intoxicações, falhas terapêuticas e erros de medicação ⁵.

A farmacoterapia acessível e rápida, na qual analisa-se apenas a eficácia e efectividade relegando para segundo plano o aspecto segurança, parece ser a predominante ⁶.

O aumento no consumo de medicamentos, nos últimos tempos, permite visualizar o problema crescente relacionado ao uso destes produtos ^{7, 8}. De facto, o tema “problemas relacionados com medicamentos (PRM)” tem-se mostrado cada vez mais frequente na literatura ⁵⁻¹².

Em 2002, foi elaborado o Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos que definiu PRM como sendo problemas de saúde, entendidos como resultados negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, conduzem à não obtenção do objectivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos indesejados ¹².

O uso em larga escala pode apresentar situações adversas que são classificadas como problemas relacionados com medicamentos (PRM) (BARBERO GONZÁLES & AFONSO GALÁN, 1999). Os primeiros trabalhos sobre o tema datam do início da década de 70 e os que relatam esse tipo de estudo em emergências acontecem na década seguinte. Entretanto, segundo STRAND e colaboradores (1999), foi em 1990 que se estabeleceu uma definição e uma classificação sistemática para PRM.

As pressões sociais às quais estão submetidos os prescritores, a estrutura de sistema de saúde e o marketing farmacêutico são habitualmente citados como factos envolvidos nesta problemática (TUNEAU VALLS et al.; 2000).

Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs) é um termo frequentemente utilizado na Atenção Farmacêutica e na Farmácia Clínica. Os PRM's podem estar relacionados a Reações Adversas a Medicamentos (RAM's), consideradas não evitáveis e que sempre produzem dano ao paciente, ou Erros de Medicação (EM), considerados evitáveis e que podem ou não causar danos ao paciente. Os EM classificam-se em erros de prescrição, dispensa e administração.

Definição de problemas relacionados com medicamentos (PRMs)

Em 1999, durante a Conferência Europeia sobre Atenção Farmacêutica da “Pharmaceutical Care Network Europe” (PCNE), o Problema Relacionado ao Medicamento (PRM) já havia sido definido como: “a ocorrência de problemas na farmacoterapia de um indivíduo que causa, ou pode causar, interferência nos resultados terapêuticos”. Assim, um PRM acontece se houver uma ocorrência ou mesmo a possibilidade de uma ocorrência na terapêutica medicamentosa (Ivama et al., 2002). Por outro lado, segundo o II Consenso de Granada (2002), “PRMs são problemas de saúde entendidos como resultados clínicos negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, interferem no resultado terapêutico ou levam a efeitos indesejados”. Esta definição contraria o conceito estabelecido pela PCNE que considera também como PRM todas as ocorrências que possam gerar danos (potenciais) à saúde, não sendo necessária a real ocorrência de efeitos indesejados.

Os PRM's incluem também o Erro de Medicação (EM), que é definido como “qualquer erro que ocorra durante o processo de prescrição e utilização do medicamento” (Bates et al., 1993). Estes erros podem estar relacionados com os procedimentos e sistemas da prática profissional que incluem: a prescrição, comunicação de pedido, rotulagem, dispensa, distribuição, administração e adesão do paciente. Implícito na definição de EM está que ele é evitável (Aspden et al., 2007) e ocorre devido a limitações do conhecimento, lapsos, falhas ou defeitos no sistema. Podem ser cometidos, tanto por profissionais inexperientes como pelos experientes, sejam médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos, cuidadores e o próprio paciente.

O termo PRM não é o único utilizado para descrever um problema farmacoterapêutico. Outros termos têm sido propostos como: Problemas Relacionados à Terapia (Cipolle, 1998), Falhas Farmacoterapêuticas (FernandezLlimos, 2004), entre outros (Van Mill, 2004; Rissato et al., 2008).

De acordo com o segundo consenso de granada (comité de consenso, 2002), os problemas relacionados com medicamentos (PRMs), são classificados em¹²:

Necessidade

PRM 1: O paciente sofre um problema de saúde em consequência de não receber um medicamento de que necessita.

PRM 2: O paciente sofre um problema de saúde em consequência de receber um medicamento de que não necessita.

Efectividade

PRM 3: O paciente sofre um problema de saúde em consequência de uma inefectividade não quantitativa do medicamento.

PRM 4: O paciente sofre um problema de saúde em consequência de uma inefectividade quantitativa do medicamento.

Segurança

PRM 5: O paciente sofre um problema de saúde em consequência de uma insegurança não quantitativa de um medicamento.

PRM 6: O paciente sofre um problema de saúde em consequência de uma insegurança quantitativa de um medicamento.

Quanto à ocorrência, os PRMs podem ser:

- Os não evitáveis que causam dano ao paciente. São as reacções adversas a medicamentos (RAMs).
- Os evitáveis que podem ou não causar dano. São os erros de medicação (EM).

RAMs não evitáveis - Causam dano ao paciente

Actualmente, as RAMs são classificadas em seis tipos segundo sua origem e características (Tabela 1) (WHO, 2002). O tipo A de RAM está relacionado a um efeito farmacológico conhecido do fármaco (como, por exemplo, os efeitos anticolinérgicos dos antidepressivos tricíclicos). Mesmo sendo previsível, a sua prescrição não deve ser considerada um erro de medicação. Quando a necessidade clínica supera o risco de ocorrência de efeitos adversos já descritos, a sua prescrição não deve ser considerada como um erro de medicação. Assim, caso este efeito adverso venha a ocorrer, o apropriado é considerá-lo como uma RAM.

Os PRMs levam a um aumento substancial na morbidade (Mannesse et al., 2000) e da mortalidade (Ebbesen et al., 2001), assim como aumentam os custos nos cuidados da saúde (Ernst, 2001), prejudicando tanto o indivíduo, como a sociedade. A prevenção de um PRM seria a condição ideal para que não fosse necessária a sua correcção. Todavia, alguns PRMs podem ser consequência de uma reacção particular e não evitável de um paciente, como é o caso das reacções de hipersensibilidade causadas por agentes anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), antibióticos, anticonvulsivantes, entre outros, comumente diagnosticadas como Síndrome de Stevens-Johnson (Ghislain & Roujeau, 2002). Nesse caso, os PRMs se constituem nas Reacções Adversas aos Medicamentos (RAMs).

Tabela 1 - Classificação das RAMs em relação às suas características e ocorrências

Tipo de reacção	Característica	Exemplos
A (aumento)	Relacionado à dose comum. Relacionado a um efeito farmacológico da droga esperada. Baixa mortalidade	Efeitos tóxicos: intoxicação digitálica; síndrome serotoninérgica com ISRSs; efeitos colaterais: efeitos anticolinérgicos de antidepressivos tricíclicos
B (bizarro)	Não relacionado à dose incomum. Não relacionado a um efeito farmacológico da droga inesperada. Alta mortalidade	Reacções imunológicas: hipersensibilidade à penicilinas; reacções idiossincráticas: porfiria aguda, hipertemia maligna, pseudoalergia (ex rash em uso de ampicilina)
C (crónico)	Relacionada à dose e ao tempo de uso incomum relacionada ao efeito cumulativo do fármaco	Efeitos tromboembólico com o uso de anticoncepcional; infarto agudo do miocárdio com Rofecoxibe
D (atraso, do inglês delayed)	Relacionada ao tempo de uso incomum. Normalmente relacionada à dose. Ocorre ou aparece algum tempo após o uso do medicamento.	Teratogênese (ex: adenocarcinoma associado ao dietietilbestrol); carcinogênese; discinesia tardia
E (fim do uso; do inglês end of use)	Ocorre durante a abstinência. Ocorre logo após a suspensão do medicamento	Síndrome de abstinência a opiáceos. Isquémia miocárdica (suspensão de alfa bloqueador)
F (falha)	Falha inesperada da terapia comum relacionada à dose. Frequentemente causada por interacção medicamentosa	Dosagem inadequada de anticoncepcional oral particularmente quando utilizados indutores enzimáticos

Erros de medicação (EM) evitáveis podem ou não causar dano

São comuns em toda parte do mundo. Na Inglaterra, cerca de 85 mil erros de medicação foram registados pelo Serviço Nacional de Saúde¹⁴. Nos EUA, os erros de medicação contribuíram, anualmente, com a morte de mais de sete mil pacientes dentro e fora dos hospitais¹⁶. Além disso, o custo das doenças relacionadas aos medicamentos triplicou nos últimos anos e excedeu os USD 175 bilhões¹⁶. Esses números podem estar subestimados, pois, centenas de milhares de erros associados ao uso de medicamentos, nunca foram relatados¹⁵. Segundo Timbs¹⁴, os erros de medicação estão divididos nas etapas de prescrição, dispensa e administração. Na Argentina, uma pesquisa detectou um alto índice de prescrições ilegíveis, tanto no sector público, quanto no privado, possivelmente originando enormes danos à população¹⁷. Outro estudo demonstrou que prescrições erradas levaram ao óbito ou geraram lesões graves em mais pacientes norte-americanos do que se poderia ter imaginado, tendo sido estimado que dois terços desses problemas poderiam ter sido evitados¹⁸.

Desta forma, uma vez estabelecidos os conceitos, podemos classificá-los em função de sua ocorrência na terapêutica. As tabelas 2, 3, 4 mostram a classificação dos EM que podem ser erros de prescrição, erros de dispensa e erros de administração. A tabela 5 classifica os EM em função da sua gravidade (Van den Bemt, 2007), enquanto a tabela 1 classifica as RAM em relação as suas características e ocorrências (WHO, 2002). A utilização de vários termos para tratar do mesmo assunto dificulta a comunicação entre os profissionais de saúde. Assim, é conveniente a uniformização nas definições e classificações.

A classificação apresentada reflecte uma tendência mundial de artigos científicos **publicados nesta área, especialmente os** desenvolvidos no continente europeu (Paulino et al., 2004).

A utilização de definições e classificações adequadas, aceitas pela comunidade científica, facilitará a comunicação entre os profissionais de saúde e pesquisadores. Dessa forma, comunicações sobre esta questão tão importante poderão ser confrontadas, propiciando a geração de atitudes para o uso racional de medicamentos.

Tabela 2 - Classificação dos eventos relacionados a erros de prescrição

Erros administrativos e de procedimento
<ul style="list-style-type: none"> • Gerais (ex. Legibilidade) • Dados do paciente (ex. Confusão entre pacientes) • Dados da enfermaria e dados do prescritor • Nome do medicamento • Forma farmacêutica e via de administração
Erros de dosagem
<ul style="list-style-type: none"> • Concentração • Frequência • Dose muito alta ou muito baixa • Ausência de dose máxima em prescrição “se necessário” • Duração da terapia • Orientações de uso
Erros terapêuticos
<ul style="list-style-type: none"> • Indicação • Contraindicação • Monitorização • Interações medicamentosas • Monoterapia incorrecta • Terapia duplicada

Tabela 3 – Classificação dos eventos relacionados a erros de dispensa

- Para a enfermaria errada, ou para o paciente errado
- Monitorização
- Interações medicamentosas
- Monoterapia incorrecta
- Terapia duplicada

- medicamento errado
- forma farmacêutica errada
- concentração errada
- período ou horário errado

Tabela 4 – Classificação dos eventos relacionados a erros de administração

- Omissão
- Não prescrito
- Preparação errada
- Forma farmacêutica errada
- Via de administração errada
- Horário errado (pelo menos 60 minutos Mais cedo ou mais tarde)
- Não consentimento ou não aderência

Tabela 5 – Classificação dos erros de medicação em classes de gravidade

Classe	Descrição
A	O erro ocorreu, mas o paciente não recebeu o medicamento.
B	O erro ocorreu, o paciente recebeu o medicamento, mas não houve dano.
C	O erro ocorreu resultando em aumento na frequência de monitorização, mas não houve dano.
D	O erro ocorreu e houve dano.
D1	Dano temporário necessitando tratamento.
D2	Dano temporário resultando em aumento no tempo de internamento.
D3	Dano permanente.
D4	Paciente em estado grave.
E	O erro ocorreu resultando no óbito do paciente.

MEDICAMENTOS

É importante conhecer os problemas de saúde e os medicamentos em profundidade. Ajudará a esclarecer muitas dúvidas. Porém, nunca se poderá assegurar nada até que o PRM desapareça após uma intervenção.

Para a análise dos medicamentos é importante levar em conta que:

- É necessário realizar um bom estudo dos medicamentos que o paciente utiliza, para que a intervenção tenha maiores garantias de ser útil na sua saúde.
- O estudo dos medicamentos deve ser realizado partindo das características gerais do grupo terapêutico a que pertence cada fármaco, até à análise dos aspectos mais particulares. Isto é muito importante quando se trata de medicamentos novos em determinado grupo, pois estes poderão apresentar os mesmos problemas derivados de seu uso que seus antecessores, e ainda não estar descrito, devido ao pouco tempo de utilização. No caso de medicamentos mais antigos, que aparentemente não apresenta nenhum problema de segurança, em relação a seu grupo, isso pode ser devido mais à falta de existência de publicações, que a ausência de efeito indesejado.

Os aspectos mais importantes a considerar dos medicamentos são os seguintes:

- ✓ **Indicações autorizadas**
- ✓ **Acção e mecanismo de acção**
- ✓ **Posologia**
- ✓ **Margem terapêutica**
- ✓ **Farmacocinética**
- ✓ **Interacções**
- ✓ **Interferências analíticas**
- ✓ **Precauções**
- ✓ **Contraindicação**
- ✓ **Problemas de segurança**

Indicações autorizadas: aponta o uso recomendado dos medicamentos e explicam o porquê de se encontrarem no estado de situação. Ajudam a interpretar a forma que o médico selecciona o tratamento da doença. Também podem explicar os resultados atingidos, desejados ou não, experimentados pelos pacientes.

Mecanismo de acção: indica a maneira pela qual o medicamento actua na doença. Permite que o farmacêutico entenda o que está ocorrendo quando um medicamento é efectivo ou o que deveria ocorrer e não ocorre quando é inefectivo. Desta forma, ao explicar como se manifesta uma possível insegurança do medicamento, o farmacêutico poderá encontrar a chave que o ajudará a planejar a melhor intervenção possível, buscando o benefício do paciente, tanto a curto, como a longo prazo.

Também poderia explicar por meio de reacção química o balanço entre a efectividade desejada e a insegurança previsível. Assim, facilitaria programar uma possível intervenção quando se deseja preservar um medicamento ou explicar uma insegurança justificada pelo mecanismo de acção habitual do medicamento.

Pode dizer-se que, entendendo o mecanismo de acção de um medicamento, entendem-se os efeitos deste no organismo, tanto os desejados como os não desejados.

Margem terapêutica: é aquela descrita na bibliografia como a que produz habitualmente a efectividade do medicamento. Ou seja, a dose que vai da mínima efectiva à máxima segura. Denomina-se janela terapêutica à margem terapêutica aplicada a um paciente de forma individual, e, por vezes, diferente da margem habitual de utilização do medicamento. Cipolle já havia descrito que os pacientes são que têm doses e não os medicamentos¹⁹. Desta forma, uma determinada quantidade de medicamento, que está dentro de sua margem terapêutica usual, em determinado paciente, poderá apresentar-se como uma dose acima da máxima segura, podendo ser efectiva ou jamais chegar a ser.

É muito importante, desta forma, conhecer o que acontece no paciente, pois a margem estabelecida na literatura apenas nos orienta. Dessa forma, é necessário levar sempre em conta os indicadores de efectividade e segurança reais.

Farmacocinética (Tmax, meia vida de eliminação...): fornecem-nos informação para tentarmos conhecer quando medir parâmetros clínicos de efectividade e de segurança, avaliar a possibilidade de interacções, interferências analíticas, efeitos sinérgicos intencionais e a duração do efeito do medicamento.

Interacções: é importante conhecê-las e tentar explicá-las através do mecanismo de acção dos medicamentos e assim entender como se produzem e se manifestam. Avaliar se têm relevância clínica e se podem ser utilizadas de forma intencional como sinérgicas para a acção dos medicamentos.

Interferências analíticas: Determinarão a importância clínica de cada caso, indicando se um valor biológico será consequência do mecanismo de acção do medicamento, ou consequência do processo patológico, apresentando, neste caso, a possível correlação com a evolução da doença. Um caso típico é o da elevação das transaminases produzidas pelas estatinas. É lógico que um medicamento que actua sobre a síntese de colesterol a nível hepático eleva o nível destas enzimas, o que nos indica que o fígado está a funcionar. Uma discreta elevação das transaminases pode indicar que o medicamento está a actuar e, junto ao valor do colesterol, expressará a sua efectividade e não um problema de segurança.

Contraindicações: são situações pelas quais algum medicamento não deverá ser utilizado em determinado paciente. Devem ser entendidas no contexto do mecanismo de acção do medicamento ou de alguma situação de risco do paciente, o que nos leva a pensar que o risco de utilização supera o benefício do mesmo. Em todo caso, estas devem ser diferenciadas dos efeitos secundários e de outros problemas de segurança.

Problemas de segurança: englobam todos os efeitos não desejados do medicamento. É importante discriminar se são consequência do mecanismo de acção ou, pelo contrário, se não guardam nenhuma correlação com este. Isso amplia as possibilidades de actuação sobre eles, permitindo também estabelecer relações entre problemas de saúde tratados com os medicamentos, e os que aparecem como consequência da utilização destes.

Com frequência, aparecem problemas de segurança que podem ser consequência de vários medicamentos utilizados pelo paciente. É interessante ter isso em conta pois, por mais lógica que possa ser a implicação de um medicamento no surgimento de um determinado efeito, nem sempre isso corresponderá à realidade e deve considerar-se todas as possibilidades

COMO ESTABELEECER OBJECTIVO PARA AS SUSPEITAS DE PRM DE UM PACIENTE¹⁹?

É primordial ter uma visão de conjunto, realizando uma sucinta revisão do estado de situação do paciente, para determinar o perfil do paciente e estabelecer prioridades em relação ao balanço efectividade-segurança.

Dentro de uma estratégia farmacoterapêutica para um problema de saúde, as perguntas que determinam as três propriedades que a farmacoterapia deve apresentar: necessidade, efectividade e segurança são as seguintes:

- ✓ Paciente necessita do (s) medicamento (s)?
- ✓ Está ou não está, sendo efectivo (s)?
- ✓ É seguro?

Em caso de estratégias terapêuticas, as perguntas sobre necessidade e efectividade, deverão ser respondidas conjuntamente. Não é aconselhável questionar as estratégias determinadas pelo médico, não se deve duvidar da necessidade de nenhum medicamento que esteja autorizado para tratar um determinado problema de saúde; e uma falta de efectividade não deverá ser interpretada como responsabilidade de um medicamento específico e sim como falha da estratégia terapêutica adoptada.

Entretanto, para os problemas de segurança, que são intrínsecos de cada medicamento, a pergunta relacionada a esta propriedade, deverá ser feita a cada um dos medicamentos utilizados pelo paciente.

Para descrever as suspeitas de PRM que o paciente possa apresentar, utiliza-se a classificação sobre Problemas Relacionados com os Medicamentos do **Segundo Consenso de Granada²** descrita anteriormente:

Para o(s) medicamento(s), de cada fila do estado de situação, deve-se realizar as seguintes perguntas:

O paciente necessita do (s) medicamento (s)?

Deve-se considerar como necessário todo tratamento que apresente uma prescrição consciente por parte de um médico e que o paciente apresente um problema de saúde que a justifique. Em princípio, não se poderá apontar, um medicamento ou uma estratégia terapêutica, como não necessário(s). Apenas ao se verificar que um problema de saúde tratado com um determinado medicamento desapareceu após a intervenção, poderá concluir-se que um medicamento prescrito por um médico não era necessário.

Se a resposta da questão acima é NÃO, se suspeitará de PRM 2, de um ou de cada um dos medicamentos da estratégia, pois não existe problema de saúde que justifique o uso. Neste caso, não será necessário continuar a fazer as outras perguntas sobre o referido medicamento. Não se pode avaliar a efectividade de um medicamento desnecessário, que por si só é inseguro para o paciente, pois, todo medicamento desnecessário é potencialmente inseguro.

Desta forma, os PRMs 2 originam-se como consequência de:

- Utilização de medicamentos sem a existência de um problema de saúde que o justifique, como o uso de analgésicos na ausência de dor.
- Automedicação com fármacos de prescrição, sem ter sido avaliado em consulta médica, como: tomar um hipnótico indicado por um familiar para poder induzir sono.
- Uso de medicamentos prescritos por um médico para um problema de saúde diagnosticado e que não são efectivos para tratar o referido problema, pois a sua origem é consequência da insegurança de outro medicamento. Um exemplo seria a utilização de antitussígenos para acalmar a tosse originada por um tratamento anti-hipertensivo com inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA).

Não seriam considerados PRM 2 situações em que:

- A intervenção do médico para simplificar uma estratégia de abordagem de um problema de saúde, como por exemplo, reduzir politerapias anti-hipertensivas ou analgésicas (casos frequentes), pois em ambos os casos, existia um problema de saúde e uma estratégia consciente de tratamento farmacológico.

No entanto, também não seria um PRM 1 a situação contrária:

- A adição de um novo medicamento a uma terapia já instaurada, quando previamente já existia o problema de saúde e este já estava a ser tratado.

O(s) medicamento(s) está(ão) sendo efectivo(s)?

Uma resposta negativa a esta segunda pergunta levar-nos-ia a suspeitar de problemas de efectividade, tais como:

Os quantitativos, PRM 4, que se referem àqueles problemas de falta de efectividade que provavelmente sejam devido a um problema de quantidade de medicamento em algum momento da evolução do paciente, como dose baixa, interacções com outros medicamentos, fenómenos de tolerância, etc.

Em princípio, diante de uma falta de informação adicional, considera-se como inefectividade quantitativa quando os medicamentos possam ser utilizados em maior quantidade segundo a bibliografia. Porém, nem sempre é assim, pois muito frequentemente encontramos medicamentos, aos quais, mesmo se aumentando a dose, o paciente não responderá. Por isso, é importante ter o máximo de dados possíveis de efectividade para melhor determinar se realmente é a quantidade ou a estratégia que está a falhar.

O medicamento é seguro?

Essa pergunta realiza-se a cada medicamento da estratégia, individualmente, pois como foi dito anteriormente essa característica de segurança é particular de cada medicamento.

Se a pergunta de segurança for respondida de modo negativo, teremos duas possibilidades:

- Problemas de segurança não quantitativos, PRM5, ou seja, o efeito indesejado não depende da quantidade do medicamento. Isto ocorre nos casos em que o problema não tem relação com o mecanismo de acção do medicamento ou naqueles em que o medicamento não chegou a ser efectivo e já está a apresentar-se como inseguro.
- Problemas de segurança quantitativos, PRM6, se o efeito depende da quantidade de medicamento administrado, o paciente manifesta-se como se a dose tivesse ultrapassado a dose máxima segura.

É importante discernir no paciente se realmente o problema de segurança é quantitativo, ou não, independentemente se a dose está dentro da margem habitual do medicamento.

No caso de medicamentos que são inefectivos e inseguros, ainda que a bibliografia estabeleça que a dose do medicamento possa ser aumentada, o problema de inefectividade nunca será quantitativo. Neste caso, apesar de não se ter passado da dose mínima efectiva, o medicamento já se apresenta inseguro e um aumento de dose só agravaria o problema de segurança. Um medicamento que nunca tenha sido efectivo em determinado paciente e que já se manifesta como inseguro, não será o mais adequado a ser utilizado.

E existe algum problema de saúde que não está a ser tratado?

Uma vez analisado cada medicamento que o paciente utiliza, a última pergunta será:

Ainda existe algum problema de saúde que não está sendo tratado? Isso levar-nos-ia a suspeitar de PRM 1.

Os PRM 1 passam a ter mais relevância que no princípio, na medida em que se realizam as primeiras intervenções. Isto é o que acontece com certos problemas de saúde que, a princípio, podem ser interpretados como estando relacionados com o uso de algum medicamento e, após as intervenções, passam a ser vistos como problemas de saúde não tratados, quando não se consegue o objectivo. Isso não deve ser entendido como uma falha do farmacêutico que realiza a intervenção mas sim como um passo necessário para confirmar a resolução de um problema.

Isto é similar ao *primum non nocere* dos médicos (primeiro causar o menor dano possível). Isso significa que, para abordar um problema de saúde como tal, é necessário em primeiro lugar descartar que este seja originado pelo uso de outro medicamento. Uma vez descartada essa possibilidade, o problema passará a ser visto de uma maneira mais clara.

O final desta fase é a elaboração de uma lista de suspeitas de PRMs, isto é, de problemas de saúde a melhorar, devido a distintas formas de uso de diversos medicamentos.

Frequentemente nesta lista, um mesmo PRM pode ser devido a vários medicamentos ou ao contrário. Isso obrigaria o farmacêutico a estabelecer uma sequência de probabilidades, baseada na sua experiência e formação clínica.

Nesta fase, existe algo especial para se levar em conta: nunca os PRMs se classificarão pela estratégia resultante e pela solução proposta, mas sim, pelo efeito sobre a saúde do paciente que apresenta como falha da farmacoterapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções educativas devem ser mais exploradas, pois o compartilhar do conhecimento e das experiências, enriquece e fortalece a relação terapêutica. Não basta apenas traçar diagnósticos e esquemas de tratamento, é preciso aprofundar-se na essência do paciente, pois somente assim, será possível intervir com efectividade e eficácia, e os resultados serão muito melhores.

É importante evitar a administração simultânea de medicamentos que podem interagir entre si ou com alimentos. A monitorização das RAMs implicadas em desfechos negativos são algumas estratégias que podem ajudar a prevenir e minimizar os eventos adversos.

Sendo assim, é preciso mudar a visão em relação aos PRMs, procurando aceitá-los como evidência de falha, e encará-los como uma oportunidade de revisão e de melhoria das intervenções dos profissionais de saúde, aprimorando, assim, a assistência prestada ao paciente.

O PRM é um importante problema de saúde pública; portanto, é preciso considerar o potencial de contribuição do farmacêutico e efectivamente incorporá-lo nas equipas de saúde a fim de garantir a melhoria da utilização dos medicamentos, com redução dos riscos de morbimortalidade e que o seu trabalho proporcione meios para que os custos relacionados à farmacoterapia sejam os menores possíveis para a sociedade.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

1. PERINI, E. & F. A. ACURCIO, (2000) “Farmacoepidemiologia”, In: “Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar” (Gomes, M.J.V.M.; Reis, A.M.M., eds.), Editora Atheneu, São Paulo, págs. 85-6.
2. LAPORTE, J.R. & CAPELLÀ, D (1993) “Mecanismos de producción y diagnóstico clínico de los efectos indeseables producidos por medicamentos”, In: “Principios de Epidemiología del Medicamento” (Laporte, J. R.; Tognoni, G., ed), Masson, Barcelona, págs. 95-6,
3. World Health Organization. (1985) “The rational use of drugs”, Geneva, WHO.
4. MANASSE JR., H. R. (1989a) Am. J. Hosp. Pharm. 46: 929-44
5. BAENA, M. I.; P. FAJARDO; F.M. LUQUE; R. MARÍN; A. ARCOS; A. ZARZUELO; J. JIMÉNES & M.J. FAUS (2001) Pharm. Care Esp. 3: 345-57.
6. TUNEAU VALLS, L.; M. GARCÍA-PELÁEZ; S. LÓPES SÁNCHEZ; G. SERRA SOLER; G. ALBA ARANDA; C. IRALA INDART; J. RAMOS; R. TOMÁS SANZ; P. BRAVO JOSÉ & J. BONAL DE FALGÁS (2000) Pharm. Care Esp. 2: 177-92
7. HIDALGO BALSERA, A.; J. GARCÍA DEL POSO & A. CARVAJAL GARCÍA-PANDO (1999) Pharm. Care Esp. 1: 179-83.
8. Barbero Gonzáles, J. A. & T. Alfonso Galán. (1999) Pharm. Care Esp. 1: 113-22.
9. AKWAGYRIAM, I.; L.I. GOODYER; L. HARDING; S. KHAKOO & H. MILLINGTON. (1996) J. Acc. & Emerg. Med. 13: 166-8.
10. STRAND, L.M.; P.C. MORLEY; R.J. CIPOLLE; R. RAMSEY & G.D. LAMSAM (1999) Pharm. Care Esp. 1: 127-32.
11. MACHUCA GONZÁLES, M.; F. MARTÍNEZ-ROMERO & M.J. FAUS (2000) Pharm. Care Esp. 2: 358-63
12. BAENA, M.I.; M.A. CALLJA; J.M. ROMERO; A. ZARZUELO; J. JIMÉNES-MARTÍN & M.J. FAUS. (2001) Ars Pharm. 42: 147-69.

13. COMITÉ DE CONSENSO. *Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. Ars Pharm.*, v.43, n.3-4, p.175-184, 2002
14. TIMBS, O. *Leading role for pharmacists to reduce drug errors and improve patient safety. Pharm J* 2002,; 268 (7190): 392.
15. WECHSLER, J. *Fabricantes desafiam redução de erros médicos. Pharmaceutical Technology* 2000; 2: 4-8.
16. STRAND LM. *Pharmaceutical care supporters meet in Spain. Pharm J* 2001; 264 (7093): 627-632.
17. ACEÑOLAZA M, BENITEZ N, CANTONI L, DAULON M, GAVAZZI A, MOLLARDO MT, et al.; 1999. *Pharmaceutical opinion about quality of given information to the pharmacist and the patient. Abstracts of World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences '99*, 1999 Sept 5-10; Barcelona, Spain. p.108. Barcelona: International Pharmaceutical Federation (FIP); 1999.
18. HUSSAR DA. *Death by Prescription. Pharmacy Today* 1999; 7: 5
19. MACHUCA, M. FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. FAUS, M.J.Método. *Dáder. Manual de Acompanhamento Farmacoterapêutico*, GIAF-UGR, 2004.