

SEGUNDO CONSENSO DE GRANADA SOBRE PROBLEMAS RELACIONADOS COM MEDICAMENTOS

Tradução intercultural de Espanhol para Português (europeu)

H. SANTOS, P. IGLÉSIAS, F. FERNÁNDEZ-LLIMÓS, M. J. FAUS, L. M. RODRIGUES
Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona. Portugal.
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica da Universidad de Granada. España.

RESUMO

A tradução intercultural de espanhol para português (europeu) do Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos tem por objectivo disponibilizar aos clínicos e investigadores, que trabalham em seguimento farmacoterapêutico, uma ferramenta de trabalho traduzida com o rigor e a fiabilidade que um documento da área biomédica requer.

A origem comum do espanhol e do português acentua a necessidade de uma tradução intercultural. Erros de tradução ou interpretações erradas podem ser provocados por falsos cognatos.

A tradução intercultural realizou-se em três etapas: tradução, retroversão e revisão da tradução do documento original do Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos.

O resultado foi a versão portuguesa do Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos, que se apresenta no anexo I.

Palavras-chave: Seguimento farmacoterapêutico. Problemas relacionados com medicamentos. Tradução intercultural.

SUMMARY

SECOND CONSENSUS OF GRANADA ON PHARMACOTHERAPY FAILURE. CROSS-CULTURAL TRANSLATION FROM SPANISH TO PORTUGUESE (EUROPEAN)

The cross-cultural translation from spanish to portuguese (european) of the Second Consensus of Granada on Pharmacotherapy failure has the objective to provide clinicians and researchers, working in drug therapy follow-up, with a working tool translated with the accuracy and the reliability that a biomedical document requires.

The common origin of the spanish and portuguese languages emphasizes the need to do a cross-cultural translation. Errors of translation or wrong interpretations can be due to false cognates.

The cross-cultural translation followed three steps: translation, back-translation and review of the translation of the original text of the Second Consensus of Granada on Pharmacotherapy failure.

The result was the portuguese version of the Second Consensus of Granada on Pharmacotherapy failure, presented in the annex I.

Keywords: Drug therapy follow-up. Pharmacotherapy failure. Cross-cultural translation.

INTRODUÇÃO

O Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM)¹ publicado em 1999 foi um marco importante para todos os profissionais de saúde que, quer na área da investigação, quer na prática clínica, trabalham em seguimento farmacoterapêutico. Este Consenso de Granada sobre PRM visa propor uma ferramenta de trabalho a todos os autores e investigadores que, na área do seguimento do tratamento farmacológico, pretendam homologar os resultados dos seus trabalhos. Esta versão do Consenso foi adoptada por inúmeros profissionais de saúde que o introduziram na sua prática clínica para avaliar os resultados da farmacoterapia dos seus doentes, num processo que se denomina seguimento farmacoterapêutico e que consiste em procurar, identificar, prevenir e resolver todos os problemas de saúde relacionados com os medicamentos que um doente utiliza².

A intensa utilização e o contributo dos utilizadores da classificação de PRM proposta pelo Consenso de Granada, quer na área clínica, quer em investigação, teve como resultado a publicação em 2002 do Segundo Consenso de Granada sobre PRM³ que, apesar de ter a mesma finalidade do consenso anterior, introduziu modificações significativas que vieram resolver dificuldades de interpretação e esclarecer algumas dúvidas de utilização, que tinham vindo a ser identificadas desde há algum tempo. *O Segundo Consenso de Granada sobre PRM surge com a determinação de ser revisto periodicamente³, ao mesmo tempo que se apela a todos os investigadores e grupos de investigação que desejem juntar-se a este esforço conciliador, que enviem as suas sugestões de alterações³, o que confere a este Segundo Consenso um carácter dinâmico e participativo. Esta tradução intercultural pretende ser um contributo útil para responder a esse apelo dirigido aos profissionais de saúde e investigadores.*

Numerosos trabalhos de investigação, nomeadamente teses de mestrado e de doutoramento, estão a utilizar o Segundo Consenso de Granada sobre PRM para avaliação dos resultados clínicos da farmacoterapia. Em Portugal, na formação pós-graduada, têm sido desenvolvidas actividades de formação profissional na área do seguimento farmacoterapêutico que utilizam o Segundo Consenso como ferramenta de trabalho para a formação em farmacoterapia.

Por todos estes motivos, é necessário dispor de uma ferramenta de trabalho que permita aos profissionais de saúde utilizar a mesma linguagem para avaliar o tratamento farmacoterapêutico utilizado por um doente concreto e que satisfaça o espírito de universalidade preconizado pelo Segundo Consenso de Granada sobre PRM. Por isso, este

trabalho disponibiliza uma versão traduzida e reconhecida pelos autores do documento original. Deste modo, indo ao encontro das necessidades dos profissionais de saúde, obteve-se uma tradução adaptada à realidade da prática e da cultura portuguesa, que além de ser fiável, está validada pelo próprio processo.

A tradução intercultural de espanhol para português (europeu) do Segundo Consenso de Granada sobre PRM procura dar resposta a essas necessidades, mas sobretudo pretende garantir, no que se refere aos aspectos linguísticos e científicos do tema, que o sentido e o significado inicial do Segundo Consenso não seja desvirtuado nem alterado durante o próprio processo de tradução. Aires Graça⁴ defende que *a tradução já não é vista como um acto puramente linguístico de mudança de código, mas como um acto comunicativo em que a mudança de língua é um entre muitos outros aspectos. É acentuado o carácter arbitrário e não fixo do signo linguístico, que depende dos contextos para se realizar. Os problemas semânticos passam para primeiro plano, sendo relacionados com o comportamento humano, a psicologia, a filologia. O receptor aparece também como medida do processo de tradução. A língua e a cultura tornam-se um binómio inseparável.*

Kate James⁵ refere que *quando se traduz, é importante considerar não só o impacto léxico no leitor da língua traduzida, mas também o modo como os aspectos culturais podem ser entendidos e tomar as decisões de tradução adequadas.* Deste modo, os aspectos culturais assumem a importância fundamental no processo de tradução e quando nos referimos a cultura referimo-nos às *relações de significação e processos de comunicação que envolvem as duas línguas*^{6,7}.

Na presente tradução intercultural consideraram-se os aspectos semióticos, isto é, os que têm que ver com o significado das palavras num determinado contexto, ou seja, numa determinada cultura, e o que elas significam. Não é suficiente substituir a palavra por outra linguisticamente equivalente^{8,4}. É necessário adaptar o texto traduzido ao significado do texto original no contexto adequado. Chama-se a isto tradução intercultural⁴. Referimo-nos à cultura em tradução e deste modo, às relações de significação e aos processos de comunicação que minimizam os desvios de significado em relação ao texto inicial que podem ocorrer durante o processo de tradução e ser responsáveis, por vezes, por resultados contraditórios ou antagónicos⁸.

Tal como refere Snell-Horby⁸ *a rigorosa concepção de tradução de orientação linguística, que considera a tradução como substituição ou transcodificação foi de*

facto abandonada, até mesmo para a tradução de língua especializada. Actualmente, assume-se que a tradução não é a transcodificação de palavras ou frases de uma língua para outra, mas uma acção complexa na qual são geradas novas situações linguísticas que se aproximam o mais possível do significado do texto original. O tradutor tem que ter em consideração a importância dos aspectos culturais e das suas implicações positivas e negativas no texto traduzido. A tradução intercultural ao se afastar da tradução literal ou linguística não deve cair na tentação da tradução liberal e deve ter sempre como objectivo principal, que o significado do texto final seja o mais próximo do texto original⁹.

O objectivo da tradução intercultural é produzir um documento validado pelo próprio processo de tradução. Neste caso concreto, trata-se de uma aplicação da técnica de tradução intercultural ao Segundo Consenso de Granada sobre PRM.

A tradução intercultural do espanhol para português é oportuna por prevenir os erros de tradução que podem ser provocados pelo facto de se estar a traduzir textos de línguas com uma origem comum, como o português e o espanhol. A existência de palavras denominadas *falsos cognatos* também conhecidos como *falsos amigos*, que sendo palavras semelhantes têm significados diferentes nas duas línguas podem provocar erros durante o processo de tradução¹¹⁻¹⁴.

MATERIALE MÉTODOS

A necessidade e a preocupação de criar uma tradução cujo significado fosse equivalente ao texto na língua original justificou o envolvimento de profissionais de saúde, investigadores biomédicos e tradutores de ambas as línguas que procuraram criar um texto adaptado à cultura da população-alvo do texto traduzido (tradução intercultural).

Para este trabalho de tradução intercultural adoptou-se a técnica referida nas *Guidelines para adaptação intercultural* proposta por Guillemin et al¹⁰, com as adaptações necessárias a este tipo de tradução. A técnica de tradução intercultural centra-se nos resultados obtidos na tradução final.

As etapas seguidas para a tradução foram as seguintes (Quadro I):

1. Tradução

Foi elaborada uma tradução que serviu de base de trabalho. A tradução foi efectuada por um tradutor independente cuja língua mãe era o português e que não tinha formação em seguimento farmacoterapêutico.

2. Retroversão

De acordo com Guillemin et al.¹⁰, devem ser efectuadas

tantas retroversões quantas as traduções realizadas. A retroversão procura ampliar erros ou enganos de interpretação originados na primeira tradução e o mesmo autor afirma que as retroversões permitem melhorar substancialmente a qualidade da versão final.

Seguiu-se a técnica de retroversão por um tradutor cuja língua mãe era o espanhol.

3. Revisão

Foi constituído um comité de revisão que integrou peritos espanhóis e portugueses na área da investigação e formação em seguimento farmacoterapêutico, assim como profissionais de saúde que trabalham na área, que garantiram a multidisciplinaridade do grupo. O comité comparou o texto original com a tradução, com a retroversão e corrigiu os desvios de significado detectados. O comité elaborou a versão final do documento.

O comité de revisão assegurou que os conceitos expressados na versão original fossem mantidos no texto traduzido. Para o efeito, considerou-se:

A equivalência semântica: a equivalência no significado das palavras;

A equivalência idiomática: a equivalência das expressões não traduzíveis literalmente por terem na língua original um significado diferente da língua do documento final;

A equivalência experiencial: a equivalência das situações descritas ou retratadas na versão original devem adaptar-se ao contexto da cultura alvo;

A equivalência conceptual: a equivalência dos conceitos e dos acontecimentos experienciados pelas pessoas na cultura alvo, deve ser conceptual e não apenas semântica.

RESULTADOS

O resultado deste trabalho é a versão portuguesa do Segundo Consenso de Granada sobre PRM que se apresenta no anexo I.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A origem comum do português e do espanhol acentua a necessidade de fazer uma tradução intercultural para que não se cometam erros de tradução, pois a aparente similaridade entre as duas línguas pode esconder muitas diferenças.

A tradução intercultural permite que a versão final seja um documento de trabalho onde estão minimizadas as diferenças de significado entre o texto inicial e final (anexo I).

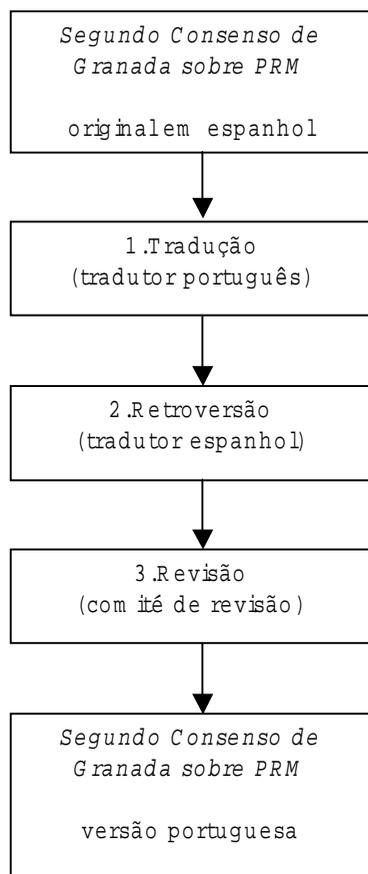
A necessidade de se efectuar uma tradução de um texto científico justifica-se pois os profissionais de saúde e

investigadores podem não conhecer a língua do documento original ou ainda que a conheçam, podem não a dominar suficientemente. A existência de palavras conhecidas como ‘falsos cognatos’, ‘falsos amigos’ ou palavras de tradução enganosa^{11, 12, 13, 14} fazem com que esta tarefa deva ser realizada por tradutores experientes e por profissionais entendidos na área a que se refere o documento.

A tradução por etapas adiciona qualidade ao trabalho final¹⁰ e a participação multidisciplinar dos intervenientes no processo garante que a tradução obtida seja um documento, no que diz respeito aos conceitos, equivalente ao documento original.

Constituindo idealmente um critério para a avaliação do efeito da farmacoterapia, o Segundo Consenso de Granada sobre PRM fica, numa versão traduzida para português, ao dispor dos profissionais de saúde que pretendam efectuar ou investigar na área do seguimento farmacoterapêutico como uma referência padronizada, validada e reconhecida pelos autores do documento original.

Quadro 1 - Fluxograma do processo de tradução intercultural de espanhol para português (europeu) do Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM).



BIBLIOGRAFIA

1. Panel de Consenso ad hoc: Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 107-112
2. Grupo de Consenso: Documento de Consenso en Atención Farmacéutica. Madrid: MSC; 2001
3. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharmaceutica* 2002; 43 (3-4): 175-184
4. GRAÇA A: Cultura, tradução e vivência do significado. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas-Departamento de Estudos Alemães 2002 <http://www.fesh.unl.pt/deps7estudosalemanes/Airesgraca01.htm>
5. JAMES K: Cultural Implications for translations. *Translation Journal* 2002 ; 6 (4) <http://accurapid.com/journal/22delight.htm>
6. Comunicação intercultural. In *Infopédia* [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003 [Consult. 2003-08-16]. <http://www.infopedia.pt>
7. Comunicação. In *Infopédia* [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003 [Consult. 2003-08-16]. <http://www.infopedia.pt>
8. SNELL-HORBY M: Transcodificação linguística ou transferência cultural? Uma crítica da teoria de tradução na Alemanha (Tradução). *Trab. Ling. Apl.*, Campinas 1997; 30: 85-93
9. EL MEDJIRA N: Fidélité en traduction ou l'éternel souci des traducteurs. *Translation Journal* 2001; 5 (4) <http://accurapid.com/journal/18fidelite.htm>
10. GUILLEMIN F, BOMBARDIER C, BEATON D: Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46 (12): 1417-1432
11. NAVARRO FA: Tercer listado de palabras de traducción engañosa e el inglés médico. *Med Clin (Barc)* 1995; 105 (13): 504-515
12. NAVARRO FA: Palabras francesas de traducción engañosa en medicina. *Med Clin (Barc)* 1996; 106 (11): 417-426
13. NAVARRO FA: Palabras alemanas de traducción engañosa en medicina. *Med Clin (Barc)* 1996; 106 (14): 537-544
14. NAVARRO FA, GONZÁLEZ DE DIOS J: Palabras inglesas de traducción engañosa en pediatría. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 542-553

SEGUNDO CONSENSO DE GRANADA SOBRE PROBLEMAS RELACIONADOS COM MEDICAMENTOS

Tradução intercultural de Espanhol para Português (europeu)

Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos (CTS-131). Universidade de Granada. (Espanha)
Grupo de Investigação em Farmacologia Aplicada e Farmacoterapia (CTS-259). Universidade de Sevilha. (Espanha)
Grupo de Investigação em Farmacologia (CTS-164). Universidade de Granada. (Espanha)

RESUMO

Perante a prevalência de problemas resultantes do uso de medicamentos estabeleceu-se o conceito de Problema Relacionado com Medicamentos (PRM). Em 1998 realizou-se o primeiro Consenso de Granada sobre PRM no qual se definiu este termo e se estabeleceu uma classificação de seis categorias.

Com a experiência adquirida durante a utilização desta classificação detectaram-se alguns problemas de compreensão, que sugeriram uma actualização num segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. Definem-se como resultados clínicos negativos da farmacoterapia e enunciam-se as seis categorias de PRM em função dos problemas de saúde do doente.

Palavras-chave: Problemas relacionados com medicamentos. Seguimento farmacoterapêutico. Uso de medicamentos. Resultados clínicos.

ANTECEDENTES

A percepção da existência de problemas resultantes do uso de medicamentos existe, pelo menos, desde meados do século passado, quando Brodie¹ escreveu um relatório às Cortes Norte-americanas advertindo para a necessidade, daquilo a que chamou, *controlo do uso de medicamentos*.

Recentemente, em Espanha, realizou-se um estudo com mais de 2500 doentes que analisou a prevalência de problemas relacionados com medicamentos como motivo de recurso ao serviço de urgência, constatando-se que um em cada três doentes recorria às urgências por este motivo².

Em Dezembro de 1998, um grupo de farmacêuticos reuniu-se em Granada³ (Espanha) para chegar a um acordo sobre alguns conceitos e estabelecer critérios comuns de interpretação para o que se tem vindo a denominar Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM).

Este conceito já se usava há alguns anos pelo que não era de todo inovador. Um dos primeiros estudos que demonstrou a prevalência destas entidades como causa de

hospitalizações foi o estudo de Bergman e Wiholm⁴ em 1981. Neste trabalho questionava-se a efectividade dos medicamentos, alargando o conceito que até esse momento, se centrava exclusivamente nos problemas de falta de segurança. Contudo, estes autores realizaram um estudo epidemiológico que não incluía um desenvolvimento conceptual dos problemas relacionados com os medicamentos.

Este desenvolvimento conceptual surge com o trabalho de Strand et al.⁵ em 1990. Estes autores propõem uma definição concreta do termo, bem como uma classificação dividida em oito categorias. No entanto, o uso desta classificação por diversos autores demonstrou não produzir resultados homogêneos⁶, provavelmente por as categorias referidas não serem completamente autoexclusivas.

Quase os mesmos autores, em 1998, apresentaram uma nova definição que era substancialmente idêntica à anterior, e reconsideraram a sua classificação apresentando uma nova classificação apenas com sete categorias⁷. A publicação de resultados com esta nova classificação parecia ser muito mais homogênea, embora algumas catego-

rias possam provocar erros por induzir a uma classificação subjectiva, dependendo da perspectiva do farmacêutico.

O Consenso de Granada de 1998, apresentou uma definição de PRM que pode parecer diferente, mas que pouco varia da original de 1990 ou mesmo da de 1998. Contudo, propõe uma nova alteração à classificação, reduzindo-a a seis categorias de PRM, com base num trabalho de Álvarez de Toledo et al.⁸, agrupadas em três supracategorias de indicação, efectividade e segurança.

Objectivos do consenso

Uma vez demonstrada a importância económica, clínica e social dos resultados inadequados da farmacoterapia⁹ e assumindo o compromisso com estes resultados, definidos no Seguimento Farmacoterapêutico, o presente Consenso de Granada sobre os Problemas Relacionados com Medicamentos tem como objectivo geral a definição do conceito de PRM, como elemento de resultado clínico negativo próprio da utilização de medicamentos, e a sua classificação exaustiva em categorias autoexclusivas.

Já há alguns anos que foi definido o paradigma SPO [sigla inglesa de estrutura, processo e resultados] como modo de analisar a actividade dos cuidados médicos¹¹ e recentemente foi adaptado aos cuidados farmacêuticos¹². Este paradigma diferencia a estrutura (os recursos disponíveis), o processo (o que se faz) e o resultado, que foi definido por WONCA¹³ como *a alteração no estado de saúde atribuível à intervenção em saúde*.

Os resultados foram classificados por Kozma¹⁴ em três grandes tipos, aquilo que hoje se conhece como *ECHO model*: económicos, clínicos e humanísticos (também denominados de não-clínicos).

O uso incorrecto do termo *problema* já tinha sido denunciado por Strand et al quando afirmaram que para que algo pudesse ser considerado como um PRM, deviam estar reunidas duas condições, *um doente deve experimentar ou ser provável que experimente uma doença ou sintoma e esta condição deverá ter uma relação com a farmacoterapia*. Apesar disto, o conceito de PRM tem sido interpretado por alguns como sendo um elemento do processo de uso de medicamentos, afastando-se de ser um elemento de resultado.

Contudo, temos de admitir que o termo Problema Relacionado com Medicamentos e o seu acrónimo PRM, começam a ser reconhecidos na área da saúde, e isto representa um valor que tem de ser preservado. Por estas razões, este Segundo Consenso centra-se na definição do conceito de PRM, incorpora as modificações que foram propostas ao Consenso de 1998 que demonstraram a sua idoneidade, e introduz um critério de classificação coerente.

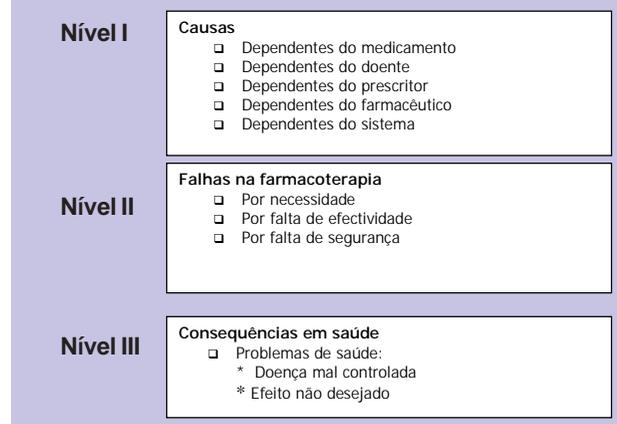
O objectivo global é oferecer à comunidade científica e profissional uma ferramenta de trabalho útil, actualizada e aferida.

Evolução da definição

No Consenso de 1998 definiu-se Problema Relacionado com Medicamentos como: *Um problema de saúde vinculado com a farmacoterapia e que interfere ou pode interferir com os resultados de saúde esperados no doente*. Para esclarecer o conceito de problema de saúde, acrescentava a definição publicada pela Equipa CESCA¹⁵: *Tudo aquilo que requer ou possa requerer uma acção por parte dos agentes de saúde*. Esta definição foi extraída e modificada da definição apresentada pela WONCA¹³ em 1995: *Qualquer queixa, observação ou facto que o doente e/ou o médico identificam como um desvio à normalidade que afectou, possa afectar ou afecta a capacidade funcional do doente*.

Posteriormente, Espejo et al¹⁶ publicaram uma nova definição para esclarecer o que foi comentado anteriormente sobre processo e resultados: *Os PRM são falhas da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, conduzem a que não se alcancem os objectivos terapêuticos ou se produzam efeitos não desejados*. Na figura 1 está representada a cadeia de acontecimentos descrita por estes autores.

Fig. 1 - Cadeia de acontecimentos relativa aos Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM).



Em consequência desta análise, o Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos adopta a seguinte definição (Quadro I):

EVOLUÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO

No Consenso de 1998 apresentou-se uma classificação original de seis categorias, que se enunciavam textualmente³:

Quadro I - Definição de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM)

Problemas Relacionados com Medicamentos são problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, devidos à farmacoterapia que, provocados por diversas causas, conduzem ao não alcance do objectivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos não desejados.

Indicação:

PRM 1 – O doente não usa os medicamentos que necessita

PRM 2 – O doente usa medicamentos que não necessita

Efectividade:

PRM 3 – O doente usa um medicamento que está mal seleccionado

PRM 4 – O doente usa uma dose, frequência e/ou duração inferior à que necessita

Segurança:

PRM 5 – O doente usa uma dose, frequência e/ou duração superior à que necessita

PRM 6 – O doente usa um medicamento que lhe provoca uma reacção adversa a medicamentos.

Pouco tempo depois de se publicar este Consenso³ de 1998 apareceram as primeiras análises críticas. Sánchez Navarro¹⁷ duvidava da inclusão de regime posológico inadequado como PRM. Ao que Martínez Romero et al.¹⁸ responderam, esclarecendo a sua inclusão, mas aproveitaram essa comunicação breve para advertir de um erro no Consenso: a inclusão de duração nos PRM 4 e 5, o que provocava uma ambiguidade na classificação entre os PRM 1 e 4, e os PRM 2 e 6. Propôs-se então a eliminação do termo *duração* do enunciado desses dois PRM.

Pouco depois, Díez¹⁹ alertava para a falta de sentido do enunciado do PRM 3, pois a má selecção não é condição obrigatória para que um medicamento não seja efectivo: a refractariedade. Daí que tivesse proposto uma alteração do enunciado para *o doente não responde*.

Por último, Fernández-Llimós⁶ ao analisar algumas utilizações incorrectas da classificação do Consenso de 1998, que se afastavam do conceito de resultados, propõe um novo enunciado para todos os PRM:

NECESSIDADE

PRM 1 - O doente tem um problema de saúde resultante de não tomar a medicação que necessita

PRM 2 - O doente tem um problema de saúde resultante de tomar a medicação que não necessita

EFFECTIVIDADE

PRM 3 - O doente tem um problema de saúde resultante de uma não efectividade qualitativa

PRM 4 - O doente tem um problema de saúde resultante

de uma não efectividade quantitativa

SEGURANÇA

PRM 5 – O doente tem um problema de saúde resultante de uma não segurança quantitativa

PRM 6 – O doente tem um problema de saúde resultante de uma não segurança qualitativa

Em consequência desta análise, o Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos adopta a seguinte classificação (Quadro II):

Entendendo-se que:

- Um medicamento é necessário quando foi prescrito ou indicado para um problema de saúde concreto que o doente apresenta

- Um medicamento é inefectivo quando não alcança suficientemente os objectivos terapêuticos esperados

- Um medicamento é inseguro quando provoca ou agrava algum problema de saúde

- Um PRM é considerado quantitativo quando depende da magnitude de um efeito.

Optou-se por alterar a ordem das duas últimas categorias para manter uma sequência de classificação correcta.

OUTRAS CLASSIFICAÇÕES

Para realizar este Consenso teve-se em consideração outras classificações existentes sobre as quais, de modo não exhaustivo, se efectuaram as seguintes considerações:

Uma classificação tem que ser exhaustiva, portanto cate-

Quadro II - Classificação de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM)**Necessidade:**

PRM 1 – O doente tem um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita

PRM 2 – O doente tem um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita

Efectividade:

PRM 3 – O doente tem um problema de saúde por uma inefectividade não quantitativa da medicação

PRM 4 – O doente tem um problema de saúde por uma inefectividade quantitativa da medicação

Segurança:

PRM 5 – O doente tem um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento

PRM 6 – O doente tem um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento

gorias inespecíficas, por vezes designadas como *outros*^{20,21}, não são aceitáveis.

As classificações que distinguem as reacções adversas das alergias^{22,23} não têm em consideração que as segundas são uma categoria das primeiras, e portanto são redundantes.

As classificações que contenham como uma categoria as interacções^{21,23} ou as duplicações²³ ou o incumprimento^{7,23} (não adesão), não consideram que estas são a causa de uma possível falha da farmacoterapia, e não um resultado.

A classificação da ASHP²³ apresenta outras categorias que apenas podem ser consideradas como elementos de processo do uso de medicamentos e não de resultados da farmacoterapia: problemas de custo; falha de compreensão; forma, via ou posologia inadequada, etc. Inclusivamente naquelas que se poderiam considerar como elementos de resultado da farmacoterapia, o enunciado está elaborado do ponto de vista do processo.

A classificação do PI-Doc, tal como reconhece a sua autora²¹, não é consistente e mistura causas com consequências.

Smith e Christensen²⁴ propõem uma lista de quatro problemas, dos quais um é denominado *problemas clínicos*, o que deixa claro que os outros três são elementos de processo.

EPÍLOGO

O Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos surge com a determinação de ser revisto periodicamente, quando os conhecimentos e as conclusões da sua utilização assim o recomendem.

No entanto, aspira à universalidade, apelando a todos os investigadores e grupos de investigação que desejem juntar-se a este esforço conciliador, que enviem as suas sugestões de alterações e a sua intenção de juntar-se ao Comité de Consenso, escrevendo para:

Comité del Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos

Apartado de correos, 4144
18080 Granada (Espanha)

BIBLIOGRAFIA

1. BRODIE DC: Drug Use Control: keystone to pharmaceutical service. *Drug Intell Clin Pharm* 1967; 1: 63-65
2. BAENA I: Logros en Atención Farmacéutica. In: Libro de Ponencias del XIII Congreso Nacional Farmacéutico: 15 a 18 de octubre de 2002. Madrid: Acción Médica; 2002. p. 190-191
3. Panel de consenso ad hoc. Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con medicamentos. *Pharm Care Esp* 1999; 1(2): 107-112
4. BERGMAN U, WIHOLM BE: Drug-related problems causing admission to a medical clinic. *Eur J Clin Pharmacol* 1981; 20:193-200
5. STRAND LM, MORLEY PC, CIPOLLE RJ, RAMSEY R, LAMSAM GD: Drug-related problems: their structure and function. *Ann Pharmacother* 1990; 24: 1093-1097
6. FERNÁNDEZ-LLIMÓS F: Los problemas relacionados con medicamentos como indicador de morbilidad. En: Master de Farmacia Asistencial. Volumen IV: Seguimiento Farmacoterapéutico. Valencia: Universidad de Valencia; 2000. p.33-52
7. CIPOLLE RJ, STRAND LM, MORLEY PC. *Pharmaceutical Care Practice*. New York: McGraw-Hill; 1998
8. ALVAREZ DE TOLEDO F, DAGO AM, EYARALAR T: Problemas relacionados con los medicamentos. En: Master de Atención Farmacéutica Comunitaria. Volumen VII. Valencia. Universidad de Valencia; 1999. p. 15-38
9. FAUS MJ, GASTELURRUTIA MA: Necesidad social del Seguimiento Farmacoterapéutico. En: Master de Farmacia Asistencial. Volumen IV: Seguimiento Farmacoterapéutico. Valencia: Universidad de Valencia; 2000. p. 7-32
10. HEPLER CD, STRAND LM: Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp. Pharm* 1990; 47: 533-543
11. DONABEDIAN A: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44: 166-203
12. FARRIS KB, KIRKING DM: Assessing the quality of pharmaceutical care. II. Application of concepts of quality assessment from medical care. *Ann Pharmacother* 1993; 27: 215-223
13. WONCA Classification Committee. An international glossary for general/family practice. *Fam Pract* 1995; 12(3): 341-369
14. KOZMA CM, REEDER CE, SCHULZ RM: Economic, clinical and humanistic outcomes: a planning model for pharmaco-economic research. *Clin Ther* 1993; 15(6): 1121-1132
15. Equipo CESCO. Los sistemas de registro en Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos; 1987
16. ESPEJO J, FERNÁNDEZ-LLIMÓS F, MACHUCA M, FAUS MJ: Problemas relacionados con medicamentos: definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la WONCA. *Pharm Care Esp* 2002; 4(2): 122-127
17. SÁNCHEZ NAVARRO A: Régimen posológico inadecuado: Problema relacionado con medicamentos (PRM) no clasificado. *Pharm Care Esp* 1999; 1(5): 382
18. MARTÍNEZ-ROMERO F, FERNÁNDEZ-LLIMÓS F, FAUS MJ: Régimen posológico inadecuado: Problema relacionado con medicamentos (PRM) si clasificado. *Pharm Care Esp* 1999; 1(6): 458
19. DÍEZ MV: Clasificación de problemas relacionados con la medicación según el consenso de Granada. Sugerencia de definición para el PRM 3. *Pharm Care Esp* 2000; 2(2): 139-140
20. WESTERLUND T, ALMARSOTTIR AB, MELANDER A: Factors influencing the detection rate of drug-related problems in community pharmacy. *Pharm World Sci* 1999; 21(6): 245-250
21. SCHAEFER M: Discussing Basic Principles for a coding system of drug-related problems: the case of PI-doc. *Pharm World Sci* 2002; 24(4): 120-127
22. CHAMBA G, BAUGUIUL G, GALLEZOT J: The role of the French community pharmacist in drug dispensing. *Pharm World Sci* 1999; 21(3): 142-143
23. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm* 1996; 53: 1713-1716
24. SMITH CP, CHRISTENSEN DB: Identification and clarification of drug therapy problems by Indian Health Service pharmacists. *Ann Pharmacother* 1996; 30(2): 119-124