



FARMÁCIA

Ciência Milenar

Organizador:

Aruanã Joaquim Matheus Costa Rodrigues Pinheiro

2021



Pascal
Editora

1º
Volume

ARUANÃ JOAQUIM MATHEUS COSTA RODRIGUES PINHEIRO
(Organizador)

FARMÁCIA
CIÊNCIA MILENAR

VOLUME 1

EDITORA PASCAL
2021

2021 - Copyright© da Editora Pascal

Editor Chefe: Dr. Patrício Moreira de Araújo Filho

Edição e Diagramação: Eduardo Mendonça Pinheiro

Edição de Arte: Marcos Clyver dos Santos Oliveira

Bibliotecária: Rayssa Cristhália Viana da Silva – CRB-13/904

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Dra. Aurea Maria Barbosa de Sousa
Dr. Fabio Antonio da Silva Arruda
Dr. Glauber Túlio Fonseca Coelho
Dra. Giselle Cutrim de Oliveira Santos
Dra. Michela Costa Batista
Dra. Helone Eloisa Frazão Guimarães
Dra. Selma Maria Rodrigues

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P654v1

Coletânea Farmácia: ciência milenar. / Aruanã Joaquim Matheus Costa Rodrigues Pinheiro (Orgs.). — São Luís: Editora Pascal, 2021.

165 f.; il. – (Farmácia; v. 1)

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-86707-39-7

D.O.I.: 10.29327/528645

1. Farmácia clínica. 2. Tratamento, 3. Atenção farmacêutica. 4. Miscelânea. I. Pinheiro, Aruanã Joaquim Matheus Costa Rodrigues.

CDU: 615.1

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2021

www.editorapascal.com.br

contato@editorapascal.com.br

APRESENTAÇÃO

A origem da Farmácia, ou das atividades relacionadas a ela, se deu a partir do século X com as boticas, como eram conhecidas na época. O profissional farmacêutico era chamado de boticário e ele tinha a responsabilidade de conhecer e curar as doenças. Geralmente, manipulava-se e produzia-se o medicamento na frente do paciente. Por escrever muito sobre farmácia e medicamentos, Galeno é considerado o Pai da Farmácia. Hoje, com a evolução da tecnologia, o fármaco tornou-se um produto industrial, mesmo ainda existindo o que chamamos de farmácias magistrais que ainda manipulam fórmulas personalizadas de acordo com a necessidade do paciente.

A Resolução nº 572 de 25/04/2013, do Conselho Federal de Farmácia, prevê mais de 130 especialidades farmacêuticas divididas em 10 linhas de atuação, o que faz do Farmacêutico um multiprofissional. Mesmo tendo o medicamento como sua principal atuação, ele também pode atuar nas Análises Clínicas, Docência, Pesquisa e Ciência, Estética, Controle de Qualidade, Alimentos, Toxicologia, Perícia, Práticas Integrativas e Complementares, Vacinas, Clínicas, Hospitais, Cuidados Intensivos, Gestão Pública e Privada, Orientação e Consultas, e muito mais. Em cada seguimento da saúde há sempre um Farmacêutico.

Essa obra é fruto do esforço de alunos, egressos e docentes de um curso que temos paixão. A Farmácia é mais do que uma profissão, é a vida que escolhemos trilhar. É o amor que levamos e transmitimos aos nossos pacientes. Sabemos que a educação transforma e a ciência/pesquisa se faz necessária em todos os seguimentos da nossa sociedade.

Minha eterna gratidão a todos os alunos e docentes envolvidos nessa publicação. Cada capítulo desse livro foi cuidadosamente escrito pensando em levar mais informação segura para um mundo tão cheio de falsas notícias. Obrigado pela colaboração de todos, pois isso é o combustível que me incentiva a buscar cada vez mais o melhor pelo nosso curso e pela nossa profissão.

Viva a Ciência! Viva a Pesquisa! Viva a Saúde!

Viva a FARMÁCIA! Ciência Milenar!

Boa leitura!

Prof. Dr. Aruanã Joaquim Matheus Costa Rodrigues Pinheiro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 8

A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Welma Ribeiro Magalhães
Ana Clara Bezerra Correa
Antonio Ferreira Alves
Brenda Barbosa da Silva
Geise Raquel Sousa Pinto
Larissa Karyne Araújo de Magalhães
Maria Madela Corrêa Melo
Maria da Luz Moura de Sousa
Vanesiclea Rodrigues Ferreira
Marina Cristine Silva Maranhão

CAPÍTULO 2..... 21

CARACTERÍSTICAS DO USO DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL POR MULHERES CLIMATÉRICAS E PÓS-MENOPÁUSICAS

Maria Madalena Corrêa Melo
Maria da Luz Moura de Sousa
Vanesiclea Rodrigues Ferreira
Geise Raquel Sousa Pinto
Welma Ribeiro Magalhães
Ana Clara Bezerra Correa
Brenda Barbosa da Silva
Larissa Karyne Araújo de Magalhães
Ellen Raquel Santos dos Santos
Sabrina Louhanne Corrêa Melo

CAPÍTULO 3..... 33

ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NA DOR ONCOLÓGICA

Felipe Pereira Costa
Idilva Bacellar Martins Oliveira Silva Caetano

CAPÍTULO 4 52

A UTILIZAÇÃO DO ANTICONCEPCIONAL E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A LIBERDADE FEMININA

Maria da Luz Moura de Sousa
Brenda Barbosa da Silva
Maria Madalena Corrêa Melo
Larissa Karyne Araújo de Magalhães
Paula Aroucha Pinheiro
Geise Raquel Sousa Pinto
Vanesiclea Rodrigues Ferreira
Ana Clara Bezerra Correa
Welma Ribeiro Magalhães
Marina Cristine Silva Maranhão

CAPÍTULO 5..... 67

O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA DISPENSAÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS E OPIOIDES NO AMBIENTE HOSPITALAR

Ana Clara Bezerra Correa
Maria da Luz Moura de Sousa
Maria Madalena Corrêa Melo
Larissa Karyne Araújo de Magalhães
Vanesiclea Rodrigues Ferreira
Welma Ribeiro Magalhães
Geise Raquel Sousa Pinto
Brenda Barbosa da Silva
Caroline Castro Vale
Maurício Avelar Fernandes

CAPÍTULO 6..... 78

IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DA FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ellen Raquel Santos dos Santos
Geise Raquel Sousa Pinto
Maria Madalena Côrrea Melo
Suelen Cristine da Silva Araújo

CAPÍTULO 7..... 95

ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

Luciana Sena Dias
Geise Raquel Sousa Pinto

CAPÍTULO 8..... 111

IATROGENIA MEDICAMENTOSA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Vanesicléa Rodrigues Ferreira
Maria Madalena Corrêa Melo
Ana Clara Bezerra Correa
Geise Raquel Sousa Pinto
Larissa Karyne Araújo de Magalhães
Brenda Barbosa da Silva
Welma Ribeiro Magalhães
Maria da Luz Moura de Sousa

CAPÍTULO 9..... 127

CONSEQUÊNCIAS ENVOLVIDAS NA PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO

Elisandra Silva Rêgo

CAPÍTULO 10..... 139

ATENÇÃO FARMACEUTICA NO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM IDOSOS

Antonio Ferreira Alves
Welma Ribeiro Magalhães
Josué da Silva

CAPÍTULO 11..... 151

A ATENÇÃO FARMÁCEUTICA NO TRATAMENTO DA ASMA

Antonio Jose Leite Guedelha

ORGANIZADOR..... 164

CAPÍTULO 1

A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

THE IMPORTANCE OF A CLINICAL PHARMACIST IN INTENSIVE CARE UNITS (UTI)

Welma Ribeiro Magalhães¹

Ana Clara Bezerra Correa¹

Antonio Ferreira Alves¹

Brenda Barbosa da Silva¹

Geise Raquel Sousa Pinto¹

Larissa Karyne Araújo de Magalhães¹

Maria Madela Corrêa Melo¹

Maria da Luz Moura de Sousa¹

Vanesiclea Rodrigues Ferreira¹

Marina Cristine Silva Maranhão²

¹ Graduandos em Farmácia, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

² Graduada em Farmácia- Bioquímica, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís – Maranhão. Docente do Curso de Farmácia da Faculdade Pitágoras de São Luís.

Resumo

Com a criação da farmácia clínica os farmacêuticos passam a prestar cuidado direto ao paciente, visando a promoção proteção e recuperação da saúde. A clínica farmacêutica possibilitou a esse profissional atuar em todos os níveis de atenção à saúde, podendo exercer a farmácia clínica em: Hospitais, farmácias comunitárias, ambulatórios até mesmo nas residências dos pacientes, entre outros. Dessa forma, o farmacêutico clínico também começa a atuar dentro das Unidades de Terapia Intensiva, integrando-se a equipe multiprofissional. Objetivo: Demonstrar a importância do profissional farmacêutico dentro das Unidades de Tratamento Intensivo. Metodologia: O trabalho trata-se de uma revisão da literatura, no qual foram utilizados livros de assistência farmacêutica e de farmácia clínica, além de periódicos indexados das bases de dados Google acadêmico, SCIELO, LILACS, MEDLINE. no período 2010 a 2020. Resultados: Com base nos estudos, foi possível observar que o acompanhamento farmacoterapêutico é fundamental para o paciente grave, pois o farmacêutico avaliará a indicação; posologia; via de administração; duração do tratamento; análise das interações medicamentosas; interações medicamento e nutrição; prevenir Problemas Relacionados a Medicamentos (PNM) e avaliação do custo benefício do tratamento, proporcionando a melhor adesão ao tratamento desse paciente. Considerações finais: Portanto, podemos observar que o farmacêutico é de suma importância no âmbito da terapia intensiva, visto que com seus serviços vários problemas podem ser detectados e solucionados, levando a melhoria da farmacoterapia, no que diz respeito a eficácia e eficiência contribuindo para segurança do paciente.

Palavras-chave: UTI. Farmácia clínica. Farmacêutico Intensivista. Acompanhamento farmacoterapêutico.

Abstract

With the creation of the clinical pharmacy, the pharmacists started to provide direct care to the patient, aiming to promote protection and health recovery. The clinical pharmacy made it possible for this professional to work at all levels of health care, being able to practice it in: hospitals, community pharmacies, outpatient clinics, even in patients' homes, among others. Thus, a clinical pharmacist also begins to work within the Intensive Care Units (UTI), integrating the multi-professional team. Purpose: To demonstrate the importance of a pharmacist professional within the Intensive Care Units (UTI). Methodology: The work is a literature review, in which pharmaceutical assistance and clinical pharmacy books were used, in addition to indexed journals from the Google Scholar databases such as SCIELO, LILACS and MEDLINE in the period 2010 to 2020. Results: Based on the studies, it was possible to observe that pharmacotherapy monitoring is essential for critically ill patients, because a pharmacist will evaluate the indication; dosage; route of administration; duration of treatment; analysis of drug interactions; drug and nutrition interactions; prevent Medication-Related Problems (PNM) and also assess the cost-benefit of treatment, providing the best adherence to the treatment of this patient. Conclusion: Therefore, we can observe that a pharmacist is very important in the scope of intensive care, since with his services several issues can be detected and solved, leading to the improvement of pharmacotherapy, with regard to effectiveness and efficiency contributing to patient safety.

Keywords: UTI. Clinical pharmacy. Intensivist Pharmacist. Pharmacotherapy monitoring



1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é uma ala do hospital destinada aos pacientes graves que precisam de cuidados complexos e monitoramento 24 horas. Este paciente contará com uma equipe multiprofissional composta por: Farmacêuticos, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, entres outros, dependendo da complexidade do hospital e do interno.

A Terapia Intensiva, é uma área nova da medicina, que surgiu por volta de 1950 nos Estados Unidos. No Brasil, farmacêuticos clínicos atuam no cuidado de internos em estado crítico há menos de 50 anos, contudo essa especialidade vem avançando rapidamente.

Esse farmacêutico clínico, é o principal responsável da equipe multiprofissional, por monitorar farmacoterapia do paciente crítico, por esse motivo sua presença na UTI é essencial para garantir uma boa adesão ao tratamento do interno, que corrobora para a redução do seu tempo de internação, dando lugar a uma nova admissão onde mais pacientes críticos serão assistidos, resultando em melhores índices nos indicadores assistenciais e econômicos do hospital.

Isso impacta diretamente na sociedade, uma vez que a diminuição de recursos utilizados por paciente, em uma unidade de terapia intensiva, pode ser redirecionado para outras necessidades importantes nos serviços de saúde, dessa forma os benefícios do farmacêutico clínico na UTI, causam impacto dentro e fora do hospital, promovendo a farmacoeconomia e o uso racional de medicamentos.

Em vista dos fatos mencionados, o farmacêutico clínico desempenha suas competências e atribuições na Unidade de Terapia Intensiva e conseguem mudar os parâmetros do hospital, tornando a terapia do paciente mais segura e ainda reduz os custos com tratamento do mesmo.

2. COMO O FARMACÊUTICO CLÍNICO INTEGROU-SE NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E COMO ELE DESEMPENHA ESSE PAPEL

No Brasil, não há uma concordância de quando iniciou os serviços de farmácia clínica com exatidão, mas a sua participação nas UTIs foi regulamentada desde 2010, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que trata-se dos requisitos mínimos para funcionamento da UTI, em que, no artigo 18 descreve alguns serviços à beira leito, entre eles o de assistência farmacêutica, assim descrito "Devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito: I - assistência nutricional; II - terapia nutricional (enteral e parenteral); III - assistência farmacêutica" (BRASIL, 2010), deixando claro a integração do farmacêutico clínico, na equipe multidisciplinar.



Nessa mesma resolução no art. 34, reafirma a importância do farmacêutico clínico ao ressaltar que deve-se diminuir número de reações adversas, assim exposto: “O Estabelecimento de saúde deve buscar a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos relacionados a: [...] II - medicamentos e insumos farmacêuticos” (BRASIL, 2010), tendo em vista que o farmacêutico é o profissional mais habilitado para monitorar reações relacionadas ao medicamento, torna-se inevitável a sua atuação para alcançar esse objetivo.

E em 31 de outubro de 2019 foi lançada a resolução N° 675, que: “Regulamenta as atribuições do farmacêutico clínico em unidades de terapia intensiva, e dá outras providências” (BRASIL, 2019). Esse feito não veio somente para valorização e ampliação profissional dessa categoria, mas também tem principalmente o enfoque na assistência e qualidade de vida do paciente.

Um das prerrogativas dessa resolução é que o farmacêutico clínico se dedicará em todo seu horário de trabalho exclusivamente às atividades na UTI como referido em: “ O farmacêutico clínico deve cumprir sua carga horária de trabalho em tempo integral na UTI, dedicado exclusivamente ao cuidado do paciente crítico” (BRASIL, 2019), o que foi essencial, uma vez que essa era uma das principais dificuldades enfrentadas pelos intensivistas, onde além de cuidar da demanda da UTI, que já eram muito grande, também possuíam atribuições nas farmácias hospitalares, proporcionando assim, mais tempo para focar no cuidado do paciente.

Dessa forma, esse profissional consegue atuar de forma ativa e direta e deve realizar intervenções sempre que houver necessidade o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP), publicou recomendações destinada a equipe com o objetivo de melhorar a segurança do paciente, mencionou: “O farmacêutico deve verificar com o prescritor se alguma informação está faltando ou é questionável” Cohen *et al.* (2014). Esse alerta sugere a notabilidade da Intervenção Farmacêutica (IF) e da comunicação entre a equipe multiprofissional para garantia do uso racional do medicamento.

Nesse mesmo contexto, podemos analisar um trecho onde reafirma a importância da participação ativa do farmacêutico clínico unidade de terapia intensiva, no qual retrata que: “as ações terapêuticas na UTI devem envolver não somente a provisão de assessoria terapêutica para a equipe, como também a participação ativa nas decisões sobre manutenção da farmacoterapia” (FIDELES *et al.*, 2015), com base nesse fragmento, identifica-se uma preocupação de integrar o farmacêutico na equipe multidisciplinar e incluí-lo no processo de decisões relacionadas a manutenção da farmacoterapia com o objetivo de minimizar problemas relacionados a medicamentos e ainda preveni-los.

Segundo a Society of Critical Care Medicine o método ideal para o cuidado ao paciente crítico é por meio da equipe multiprofissional. No qual, ao realizarem os rounds, discutem as melhores condutas a serem tomadas para o tratamento do paciente, de acordo com seu grau de complexibilidade. Assim, o farmacêutico

clínico ao participar diariamente das visitas colabora com os demais profissionais, realizando suas atividades como: a recomendações farmacêutica (RF), conciliação medicamentosa, identificação, notificação e prevenção de eventos adversos.

A literatura e a prática hospitalar tem mostrado que as RF tem sido responsáveis por uma redução de Problema Relacionado ao Medicamento (PRM) e também dos custos hospitalares "Foi demonstrado que a consulta do farmacêutico com médicos e outros em uma unidade de terapia intensiva (UTI) resultou em uma economia líquida com a redução do uso de medicamentos de \$ 10.011 em um período de 3 meses" (LEAPE; CULLEN; DEMPSEY, 1999), assim pode-se afirmar que a atuação do farmacêutico também impacta no custo benefício do hospital.

Em virtude dos fatos mencionados e conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) do CFF, nº 675 de 31 de outubro de 2019, art. 2º, o farmacêutico torna-se membro da equipe especializada de cuidados ao paciente crítico, de forma regulamentada e reconhecida pelos demais profissionais, dessa maneira consegue desempenhar seu papel dentro da rotina na Unidade de Terapia Intensiva, proporcionando cuidado especializado e otimizando o cuidado.

3. ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A farmácia clínica dentro das UTIs existe desde os anos 70, contudo segundo o Conselho Federal de Farmácia a primeira vez que as atribuições do farmacêutico intensivista foram descritas, ocorreu em 2000 com a iniciativa de associações profissionais, dentre elas, American College of Clinical Pharmacy (ACCP) e a Society of Critical Care Medicine (SCCM), que publicaram o relatório: Position Paper on Critical Care Pharmacy Services.

No Brasil, após o lançamento da Resolução nº 675, de 31 de outubro de 2019, o farmacêutico clínico começa a desempenhar suas atribuições conforme a RDC, que muito se assemelham com o relatório Position Paper on Critical Care Pharmacy, em que além de ter muitas funções em comum, também está dívida em competências, são elas: Cuidado farmacêutico; ensino e pesquisa; e gestão.

3.1 Atribuições do farmacêutico clínico, no cuidado

Considerando a Resolução nº 675, de 31 de outubro de 2019, que descreve as atribuições do farmacêutico clínico na UTI, esse profissional é habilitado para executar as funções de: "Prevenir, identificar, avaliar, intervir e monitorar incidentes associados aos medicamentos e a outros problemas referentes à farmacoterapia e demais produtos utilizados na assistência ao paciente" (BRASIL, 2019). Diante



disso, percebe-se que o farmacêutico clínico está inserido em todas as fases do processo de reabilitação da saúde do enfermo crítico, demonstrando a importância da atenção farmacêutica e da assistência farmacêutica como um todo. Dessarte, torna-se necessário para esse estudo descrever mais especificamente algumas atribuições do farmacêutico clínico no âmbito da terapia intensiva.

3.2 Estabelecendo uma relação de cuidado centrado no paciente

Anteriormente o foco do farmacêutico era o medicamento, mas com o início da farmácia clínica houve uma transição, direcionando esse profissional a ter o paciente como o centro da sua atenção, assim como diz o próprio conceito de cuidado farmacêutico, que de acordo com Ministério da Saúde:

O cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde (BRASIL, 2014, p 61).

Esse processo de cuidado farmacêutico inicia-se desde a admissão farmacêutica, que é feita através da anamnese, definida pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), como: “procedimento de coleta de dados sobre o paciente, realizada pelo farmacêutico por meio de entrevista, com a finalidade de conhecer sua história de saúde, elaborar o perfil farmacoterapêutico e identificar suas necessidades relacionadas à saúde” (BRASIL, 2013) até o momento da alta do paciente. E é fundamental que após ser realizada a anamnese, seja feito a evolução farmacêutica, que é o registro em prontuário, para manter uma boa comunicação entre a equipe e a continuidade na assistência.

Subsequente a isso ele irá produzir o plano de cuidado que é definido como: “planejamento documentado para a gestão clínica das doenças, de outros problemas de saúde e da terapia do paciente, delineado para atingir os objetivos do tratamento[...]” (BRASIL, 2013, p 8). E assim irá monitorar o paciente por toda sua terapia medicamentosa, no qual sempre que for necessário, realizar intervenções.

3.3 Integrar a equipe multiprofissional

Na Resolução nº 675 de 31 de outubro de 2019, descreve a integração do farmacêutico a equipe multiprofissional como uma de suas atribuições, tendo em vista que a melhor forma de cuidado ao enfermo crítico é por meio da equipe especializada e que esse profissional não é mais um auxiliador dos demais profis-



sionais, mas um membro igualmente importante que contribuirá para prevenção, notificação, e na resolução de erros, de modo a contribuir para o processo curativo do paciente.

Assim o farmacêutico clínico também deve participar dos rounds que são visitas realizadas com a equipe multiprofissional onde discutem sobre o quadro clínico do enfermo crítico e quais as melhores abordagens para o tratamento do mesmo, logo essa é uma ferramenta que facilita o envolvimento entre os membros da equipe, no processo decisório, em que cada um tem seu papel determinado. É ideal que as visitas multiprofissionais aconteçam diariamente e tenham uma lista de verificação, no qual facilita o controle do quadro clínico dos pacientes. Com base nisso, observa-se um trecho que relata a importância de uma lista de verificação: “Nesse sentido, ter um protocolo, como o checklist, de modo que as informações possam ser compartilhadas por meio de uma lista de verificação (*checklist*) tem sido uma forma sistemática de realizar e questionar fatos e aspectos de cuidado ao paciente de *checklist*”. (NUNES, 2019, p 13).

Dessa forma, todos os profissionais recebem um *checklist* e preenche de acordo com sua respectiva área, no caso do farmacêutico clínico, seu papel na visita interdisciplinar é: “Atua auxiliando na avaliação e nas interações medicamentosas, fatores como custo, recebimento de fluidos otimizado pela diluição dos medicamentos e correta prescrição e dispensação de fármacos” (BATISTA; NEVES, 2017). O farmacêutico responde o *checklist* com assuntos pertinentes a sua farmacoterapia, doença atual ou doenças já pré-existentes, como: Uso de antibiótico? Suspensão de antibiótico? Comorbidades? Profilaxias adequadas? Incompatibilidade em Y? Analgesia? Metas a serem atingidas; entre outras questões. Consequentemente esses fatores cooperam para a melhoria na comunicação entre a equipe e na segurança e adesão ao tratamento do paciente crítico.

3.4 Análise de Prescrição

Na unidade de terapia intensiva o uso de polifarmácia e medicamentos com alto risco é comum entres os pacientes críticos o que pode justificar a UTI ser o setor com o maior número de erros de medição dentro do hospital “No ambiente hospitalar, a unidade de terapia intensiva (UTI) é o local em que ocorre a maioria dos erros de medicação” (SILVA et al., 2017). Ante exposto, sabe-se que o farmacêutico tem como encargo trabalhar para a minimização de erros, perante isso o farmacêutico precisa analisar minuciosamente prescrição médica, em todos os seguimentos assim como diz na RDC N° 675/ 19 “Analisar a prescrição do paciente quanto aos aspectos legais e técnicos, de modo a promover o uso adequado de medicamentos, nutrientes e de outros produtos para a saúde” (BRASIL, 2019), desse modo deve-se realizar a avaliação da farmacoterapia no que refere-se a indicação, posologia, vias de administração, formas farmacêuticas, interações medicamentosas, interações medicamento e nutrição, diluição, tempo e velocidade de



infusão, duração do tratamento.

A Resolução Nº 675/19 ainda atribui outras funções relacionadas a análise de prescrição, destaque:

- b. Gerenciar, avaliar e otimizar a terapia antimicrobiana, com o objetivo de promover seu uso racional, em consonância com as diretrizes da instituição, relacionadas ao controle de infecção hospitalar;
- c. Analisar a terapia nutricional (enteral ou parenteral) prescrita para o paciente e recomendar modificações, quando indicado, considerando as necessidades do paciente, as características físico-químicas da formulação, possíveis incompatibilidades e interações medicamentosas, o tipo de acesso e os dispositivos disponíveis;
- d. Avaliar a necessidade de adaptação de forma farmacêutica e orientar quanto ao uso seguro de medicamentos, considerando as peculiaridades do paciente, a via de administração disponível, a compatibilidade com os dispositivos para administração e a efetividade terapêutica;
- e. Pesquisar precauções e contraindicações dos medicamentos descritas na literatura baseada na melhor evidência científica, considerando o potencial de dano. (BRASIL, 2019, p 4,5).

Posto isso, entende-se que a análise da prescrição beneficia o paciente, melhorando a qualidade do seu tratamento, reduz a probabilidade de possíveis erros, além de promover a farmacoeconomia e ainda proporcionar a aproximação entre a UTI e a farmácia hospitalar que também é uma atribuição do farmacêutico intensivista “Promover a integração entre a unidade de terapia intensiva e a farmácia hospitalar” (BRASIL, 2019). Após essa revisão da prescrição, se for identificado a necessidade de uma intervenção farmacêutica esse profissional deve entrar em contato com o prescritor, fazendo suas recomendações e dá seguimento ao plano de cuidado farmacêutico.

4. PLANO DE CUIDADO FARMACÊUTICO: OBJETIVOS E INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS

Com base nas informações coletas na anamnese o farmacêutico clínico cria o plano de cuidado que por ser parte da clínica farmacêutica deve ser feita de forma individualizada, assim como descrito: “clínica farmacêutica corresponde a um conjunto [...] a fim de prover cuidado farmacêutico ao usuário de forma individual (um usuário a cada vez)” (BRASIL, 2014).

Esse cuidado individualizado pode ser realizado com a presença dos demais membros da equipe, no entanto o farmacêutico intensivista também precisa visitar o paciente fora do horário dos rounds com o propósito de acompanhar o quadro do interno e estudar o prontuário do mesmo, de modo que identifique quais suas necessidades, assim como determina a Resolução Nº 675, de 31 outubro de 2019



“Fazer a visita diária ao paciente, com o objetivo de identificar as suas necessidades de saúde, e verificar a indicação, a efetividade e a segurança dos medicamentos e de outros produtos para a saúde” (BRASIL, 2019).

Assim o Ministério da Saúde (M.S) preconiza que para ocorrer a continuidade do acompanhamento farmacoterapêutico, deve-se criar um método clínico, que trata-se de etapas para auxiliar o farmacêutico intensivista. Esse método clínico está dividido em 4 etapas, entre elas: Acolhimento; Identificação dos problemas; elaboração do plano de cuidado centrado no paciente; seguimento individualizado do usuário. E no que refere-se a criação do plano de cuidado são determinadas metas terapêuticas de acordo com necessidade saúde do enfermo e assim são realizadas as intervenções necessárias.

Após o desenvolvimento do plano de cuidado com foco no usuário, o farmacêutico dá seguimento na realização das metas estabelecidas, executando-o suas atividades, como: conciliação medicamentosa; adaptação de forma farmacêutica; controle do uso de antimicrobianos; análise de incompatibilidade físico-química; intervenção farmacêutica (IF), em que esta última, segundo o Conselho Federal de Farmácia (CFF), é definida como: “ato profissional planejado, documentado e realizado pelo farmacêutico, com a finalidade de otimização da farmacoterapia, promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e de outros problemas de saúde”. (BRASIL, 2019, p. 8).

Logo, entende-se que a Intervenção Farmacêutica tem papel fundamental para o processo de prevenção de erros e na resolução do mesmo. O Ministério da Saúde (2014) ainda cita as IF, como parte do manejo clínico, bem como o aconselhamento farmacêutico, que pode ser destinado ao paciente, familiar ou cuidador e para equipe multiprofissional.

Além disso, estudos demonstram que as IF contribuem para adesão do tratamento do paciente e conseqüentemente para alta do mesmo, tendo em vista que: “o índice de pacientes que apresentam algum evento adverso a medicamento durante sua internação pode ser associado a um aumento no tempo e internação, assim como ao aumento de parâmetros como morbidade e mortalidade” (MAZZOLA, 2011). Sob esse mesmo ponto de vista, nota-se que eventos adversos e Reações Adversas a Medicamentos (RAM), além de poder provocar aumento no tempo de internação, causa também aumento de custo para o hospital. Uma das principais RAM é provocada por interações medicamentosas que são definidas como:

resposta farmacológica ou clínica causada pela interação de medicamento-medimento, medicamento-alimento, medicamento-substância química, medicamento-exame laboratorial e não laboratorial, medicamento-planta medicinal, medicamento-doença, cujo resultado pode ser a alteração dos efeitos desejados ou a ocorrência de eventos adversos. (BRASIL, 2019, p.8)

Dessarte, nota-se que existe muitos tipos de interações medicamentosas, por isso existe a necessidade do acompanhamento farmacoterapêutico, para prevenir



essas interações e conseqüentemente as reações adversas. Ainda a respeito das interações medicamentosas Silva et al. (2018) informa que: "são causas significativas das admissões hospitalares e visitas médicas, sendo responsáveis por até 22,2% das reações adversas que levam a internação dos pacientes".

Por isso, o Ministério da Saúde coloca o farmacêutico como responsável por monitorar cada interação presente; avaliar os fatores de risco do usuário e a relação de risco benefício, sendo que se esse risco for maior do que o benefício que o medicamento proporciona o farmacêutico clínico deve intervir na farmacoterapia, analisando qual melhor conduta a ser tomada. Algumas dessas possíveis Intervenções Farmacêutica referente a interações medicamentosas, estão descritas no Quadro 1.

Ajuste nas concentrações do fármaco, de modo que permaneça dentro das margens terapêuticas;
Ajuste da posologia do medicamento;
Substituição do fármaco por outro de menor potencial de interação, quando não existir essa possibilidade o fármaco deve ser suspenso;
Reavaliar esquemas complexos de medicamento que possuem a mesma ação farmacológica, quando não possuir prova de benefício ao usuário;
Reformular junto com o nutricionista uma nova dieta ao paciente;
Reduzir o esquema terapêutico em que medicamentos tenham a mesma indicação;
Alterar via de administração do medicamento quando for possível.

Quadro 1 - Intervenções Farmacêuticas perante interações medicamentosas com base no formulário terapêutico, publicado pelo Ministério da Saúde
Fonte: BRASIL (2010, p. 48)

No quadro acima observa-se algumas possíveis intervenções sugeridas pelo Ministério da Saúde, no qual não utilizam abordagens invasivas, em que tratando-se de um paciente da UTI, poderia gerar um alto custo para hospital. Logo, as IF além de proporcionar a adesão e a segurança para o tratamento do paciente crítico, reduz gastos evitáveis para o hospital.

Inclusive em estudo realizado em uma UTI de um hospital universitário federal, Fideles et al. (2015), fizeram análise de 4585 prescrições, no qual foram realizadas 834 Recomendações Farmacêuticas, em um período de três anos, entre junho de 2010 e maio de 2013. Sendo que a média de RF realizadas por ano foi 278. Eles ainda classificaram em categorias, como podemos visualizar na Tabela 1:

Categoria da recomendação farmacêutica	1º Período	2º Período	3º Período
	(N = 230)	(N = 269)	(N = 335)
	N (%)	N (%)	N (%)
Manejo de diluição	25 (10,8)	33 (12,2)	62 (18,5)
Ajuste de dose	20 (8,7)	24 (8,9)	56 (16,7)
Manejo de eventos adversos a medicamentos	29 (12,6)	37 (13,7)	25 (7,4)
Provisão de medicamento	29 (12,6)	25 (9,2)	28 (8,3)

Categoria da recomendação farmacêutica	1º Período	2º Período	3º Período
	(N = 230)	(N = 269)	(N = 335)
	N (%)	N (%)	N (%)
Manejo interação medicamento-medicamento	2 (0,8)	38 (14,1)	29 (8,6)
Manejo da administração de medicamento por sonda	12 (5,2)	21 (7,8)	20 (5,9)
Manejo do tempo de infusão de medicamento	20 (8,7)	14 (5,2)	18 (5,3)
Substituição da terapia	21 (9,1)	14 (5,2)	14 (4,1)
Suspensão da terapia	9 (3,9)	11 (4,0)	29 (8,6)
Adequação ao protocolo de antimicrobiano	11 (4,7)	9 (3,3)	4 (1,1)
Ajuste de intervalo	4 (1,7)	11 (4,0)	11 (3,2)
Recomendação de terapia	3 (1,3)	2 (0,7)	14 (4,1)
Adequação ao protocolo para aquisição de medicamento	11 (4,7)	3 (1,1)	3 (0,9)
Ajuste de aprazamento	4 (1,7)	2 (0,7)	6 (1,7)
Manejo de estabilidade	2 (0,8)	4 (1,4)	6 (1,7)
Alteração da via de administração	0 (0,0)	6 (2,2)	5 (1,4)
Manejo de interação medicamento-alimento	3 (1,3)	4 (1,4)	2 (0,6)
Manejo do tempo de tratamento	3 (1,3)	3 (1,1)	1 (0,3)
Informação sobre o preparo de medicamento	0 (0,0)	3 (1,1)	0 (0,0)
Provisão de informação técnica	1 (0,4)	1 (0,3)	0 (0,0)
Outras	21 (9,1)	4 (1,4)	2 (0,6)

Tabela 1- Classificação de Recomendações Farmacêuticas realizadas em um hospital universitário federal durante o período de junho de 2010 e maio de 2013
Fonte: Fideles et al. (2015)

Fideles et al. (2015) divide a tabela 1 em períodos, no qual o primeiro período é referente ao 1º ano, em que foi realizado 230 RF, o segundo período corresponde ao 2º ano, que obteve 269 RF e o terceiro período faz alusão ao 3º ano e atingiu o total de 335 RF. Mediante ao exposto é possível atribuir o aumento das RF aceitas, ao preparo do farmacêutico clínico e no conhecimento que foi agregando durante os três anos que aconteceu a pesquisa, também pode-se conferir esse resultado a confiabilidade do trabalho do farmacêutico clínico diante a equipe multiprofissional, no qual receberam as RF. Diante disso mais uma vez é possível identificar o Farmacêutico Clínico como membro essencial da equipe multiprofissional, que agrega mais conhecimento e traz segurança para o tratamento do paciente crítico.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos propostos foram alcançados ao esclarecer como o farmacêutico clínico é pertinente para que haja proteção e recuperação da saúde do paciente crítico ao desempenhar suas atividades, como: análise das prescrições, participar dos rounds, intervenção farmacêutica, acompanhamento farmacoterapêutico, prevenção de reações adversas.

Desse modo, o presente estudo demonstra que o farmacêutico clínico deve compor a equipe multiprofissional de forma direta e ativa, participando do processo de decisões e da manutenção da terapia medicamentosa, promovendo segurança e a melhora na adesão ao tratamento desse paciente. Além disso, esse profissional também torna-se responsável por educar e orientar a equipe a respeito do medicamento, com o propósito de reduzir erros de administração, diluição, interações medicamentosas e alimentares, entre outros.

Constatou-se que nas unidades de terapia intensiva que possuem farmácia clínica o número de erros relacionados a medicamento é menor, o que impacta de forma direta nos indicadores econômicos do hospital e do sistema de saúde público e privado, tendo em vista que o paciente crítico corre risco eminente de morte, necessitando de uma equipe especializada, aparelhos e medicamentos com alto custo, logo a redução de erros corrobora para uma boa resposta ao tratamento do usuário, diminuindo o seu tempo de internação.

Em vista do que foi descrito e a numerosa quantidade de estudos publicados a respeito desse tema, concluiu-se que é comprovada a importância do farmacêutico clínico na terapia intensiva.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RESOLUÇÃO Nº 7**, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html). Acesso em: 25 de novembro de 2020, 19 horas e 08 min.

ALVES, Nadja. **Farmacêutico Intensivista: um novo profissional na UTI**. 2012. 29 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Intensiva) - Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, João Pessoa, 2012.

ARAÚJO, Raquel; ALMEIDA, Silvana. Farmacêutico Intensivista, o diferencial, na UTI. **Pharmacia Brasileira**, n 78, p17 – 22, out 2010. Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/128/017a022_entrevista_raquel_e_silvana.pdf. Acesso em: 04 de dezembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado Farmacêutico na atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. FORMULÁRIO TERAPÊUTICO NACIONAL 2010 Rename 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **RESOLUÇÃO Nº 675**, 31 de outubro de 2019. Regulamenta as atribuições do farmacêutico clínico em unidades de terapia intensiva. Disponível em: (<https://www.in.gov.br/en/>



web/dou/-/resolucao-n-675-de-31-de-outubro-de-2019-228899312#:~:text=Art.,de%20Farm%C3%A-
1cia%20de%20sua%20jurisdi%C3%A7%C3%A3o. Acesso em 04 de dezembro de 2020, 22 horas e 07 min.

GUEDES, Caetano. Importância da atuação do farmacêutico clínico durante a admissão do paciente em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica e neonatal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Brasília, v.30, p. 186-186, 2018. Disponível em: <https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=0103507X&AN=137085875&h=900OoZiiTFg-FZo2m9rrWLq6AMVN5s9bo4DnDunj06IgydY5VTBUuP5QW4Edesgab13YhaUZxyeL5nxaEON-NVw%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d0103507X%26AN%3d137085875>. Acesso em 13 de dezembro de 2020.

LEAPE, Luciana; CULLEN, David; CLAPP, Dempsey. **Participação do farmacêutico em visitas médicas e eventos adversos a medicamento na unidade de terapia intensiva**. Disponível em: (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/190687>). Acesso em: 19 de novembro de 2020, 02 horas e 17 min.

MAZZOLA, Priscila et al. Perfil e manejo de Interações Medicamentosas Potenciais Teóricas em Prescrições de UTI. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v.2 n.2 15-19, mai./ago. 2011.

NCC MERP. **Recomendações para aumentar a precisão da redação de prescrições/pedidos de medicamentos**. 2014.

PALMA ARELLANO, Héctor et al. Impacto do acompanhamento farmacoterapêutico para identificar erros de medicação e reduzir eventos adversos em pacientes de terapia intensiva no Hospital H + Querétaro. **Crit. Med. (Col. Mex. Med. Crit.)**, Cidade do México, v. 32, n. 2 P. 61-65, abr. 2018. Disponível em http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092018000200002&lng=es&nrm=iso. acessado em 15 out. 2020. CRISTIANE, Garske. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes atendidos em pronto de atendimento em hospital de ensino. **Saúde Santa Maria**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 114-119, jan/jun 2016.

PILAU, Raquel; HEGELE, Vanessa; HEINECK, Isabela. Atuação do Farmacêutico clínico em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Uma revisão da Literatura. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 19-24, jan/mar. 2014.

POLISEL, Camila. Intervenções Farmacêuticas em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v.8, n.3 25-30, jul./set. 2017.

RIBEIRO, Marília. **Round Multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: Análise de ocorrência e itens do checklist**. 2019. 69 f. TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

SANTOS, Adriano. **Impacto dos serviços de farmácia clínica em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática**. 2016. 110 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2016.

SANTOS, Felipe; MARQUES, Luciene. **Cuidado Farmacêutico: Contexto Atual e Atribuições Clínicas & Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro:Ateneu, 2019, pp.1-16.

Silva AC, Souza DS, Perraud EB, Oliveira FR, Martins BC. **Acompanhamento farmacoterapêutico em unidade de terapia intensiva respiratória**. *einstein* (São Paulo).16(2):eAO4112, 2018.

SILVA, Brenner; OLIVEIRA, Jaqueline. **A importância da atuação permanente do farmacêutico na equipe multidisciplinar da UTI em benefício da saúde do paciente e redução de custos para um hospital no município de Imperatriz MA**. TCC (Graduação) – Faculdade de Imperatriz, Maranhão, 2012.

SILVA, Uriel et al. Interações medicamentosas e consequentes intervenções farmacêuticas na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado em Macapá. **Revista Visa em Debate Sociedade Científica e tecnológica**, Amapá, v.1, p. 29-39 mai 2018.

VEBER, A. P. Gestão da Assistência Farmacêutica. Santa Catarina: Edição, distribuição e informações, 2011. Disponível em: https://farmacia.ufba.br/sites/farmacia.ufba.br/files/livro_modulo_transversal_1.pdf. Acesso em: 30 de novembro de 2020.



CAPÍTULO 2

CARACTERÍSTICAS DO USO DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL POR MULHERES CLIMATÉRICAS E PÓS-MENOPÁUSICAS

CHARACTERISTICS OF THE USE OF HORMONAL REPLACEMENT
THERAPY BY CLIMATE AND POST-MENOPAUSIC WOMEN

Maria Madalena Corrêa Melo¹

Maria da Luz Moura de Sousa¹

Vanesiclea Rodrigues Ferreira¹

Geise Raquel Sousa Pinto¹

Welma Ribeiro Magalhães¹

Ana Clara Bezerra Correa¹

Brenda Barbosa da Silva¹

Larissa Karyne Araújo de Magalhães¹

Ellen Raquel Santos dos Santos¹

Sabrina Louhanne Corrêa Melo²

1 Graduandos em Farmácia, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

2 Graduanda em Farmácia, Universidade CEUMA, São Luís – Maranhão

Resumo

O uso da terapia de reposição hormonal (TRH) na forma combinada dos hormônios estrogênio e progesterona, ou somente estrogênio, é diariamente discutida. Com o avanço da ciência, entendeu-se que a mulher apresenta diversos ciclos hormonais, tendo início na puberdade, com a menarca, se estendendo até a menopausa, que marca o término da vida reprodutiva. A TRH mostra-se durante esse período como uma opção terapêutica, pois auxilia na redução de sintomas, mas uma extensa anamnese é necessária antes da paciente iniciar seu tratamento. De modo geral, todo esse processo para uma mulher entrar na menopausa, coincide com diversas variações fisiológicas. Desta forma, existe há necessidade da inserção do farmacêutico diante à saúde da mulher, pois o uso de vários medicamentos nesse período, pode levar a interações medicamentosas, e com isso, agravar a saúde da paciente.

Palavras-chave: Terapia de Reposição Hormonal, Climatério, Pós-menopausa, Atenção Farmacêutica, Saúde da Mulher.

Abstract

The use of hormone replacement therapy (HRT) in the combined form of the hormones estrogen and progesterone, or estrogen alone, is discussed daily. With the advancement of science, it was understood that women have several hormonal cycles, beginning at puberty, with menarche, extending to menopause, which marks the end of reproductive life. HRT is shown during this period as a therapeutic option, as it helps to reduce symptoms, but an extensive anamnesis is necessary before the patient begins treatment. In general, this whole process for a woman to enter menopause coincides with several physiological variations. Thus, there is a need for the insertion of the pharmacist in the face of women's health, since the use of various medications during this period can lead to drug interactions, and with this, worsen the patient's health.

Keywords: Hormone Replacement Therapy, Climacteric, Post-menopause, Pharmaceutical Care, Women's Health. Keywords: Hormone Replacement Therapy, Climacteric, Post-menopause, Pharmaceutical Care, Women's Health.



1. INTRODUÇÃO

Desde 1960 o uso da terapia de reposição hormonal (TRH) na forma combinada dos hormônios estrogênio e progesterona, ou somente estrogênio (terapia estrogênica ou estroprogestagênica), tem sido amplamente discutida. Os primeiros estudos que surgiram sobre essa terapia indicavam que ela retardaria o envelhecimento, melhoraria a qualidade de vida e preservaria a libido, atuando como um verdadeiro “elixir da juventude”. Dessa forma, a maioria dos profissionais da saúde defendem a prescrição da TRH, não considerando tratamentos alternativos.

Antes de 2002, não se conhecia de fato os benefícios trazidos pela TRH para as melhorias dos sintomas climatéricos e menopausais, e se o uso poderia trazer consequências. Após diversos estudos, foi divulgado as conclusões encontradas sobre os riscos e benefícios do uso da TRH. Surgindo assim, um novo momento para a terapia de reposição hormonal, onde estabeleceu-se critérios para o tratamento, individualizando cada paciente, utilizando esquemas mais adequados por período de tempo necessário.

Com o avanço dos estudos, percebeu-se que a vida da mulher é dividida em diferentes estágios, desde a infância, até a fase idosa. Tendo a fase adulta dividida em períodos como a fertilidade, o climatério e a menopausa. Apesar do uso da terapia de reposição hormonal está cada vez mais bem esclarecido, ainda deve-se conhecer sobre essa modalidade terapêutica.

Sendo assim, este trabalho apresenta-se como uma revisão bibliográfica da literatura, e para tal, utilizou-se como critério de inclusão, os artigos, teses e dissertações publicadas entre 2010 a 2020 no idioma inglês ou português, que apresentassem resultados relevantes referente ao tema. Como fonte de pesquisa, utilizou-se as publicações disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, *Scientific Electronic Library Online*, a Biblioteca Digital do Google Scholar e a *National Library of Medicine*. Utilizando dos seguintes descritores em saúde: “Terapia de Reposição Hormonal”; “Climatério”; “Pós-menopausa”; “Atenção Farmacêutica” e “Saúde da Mulher”.

2. MECANISMO FISIOLÓGICO DO CLIMATÉRIO A PÓS-MENOPAUSA

Ao longo da vida, a mulher apresenta diversos ciclos hormonais, tendo início na puberdade, com a menarca, se estendendo até a menopausa, que marca o término da vida reprodutiva. A liberação dos hormônios sexuais femininos pelos ovários, sob o estímulo da hipófise, determina os períodos diferentes do ciclo hormonal da mulher. Os hormônios esteroides sexuais femininos são importantes nesse processo biológico, pois determinam as características sexuais secundárias,



a liberação do óvulo, o comportamento feminino, entre outras características (JENSEN et al., 2010; SELBAC et al., 2018).

Com o passar dos anos, ocorre um esgotamento de folículos ovarianos, e o ovário perde a capacidade de resposta pelo mecanismo de feedback aos hormônios hipofisários, que são o hormônio foliculoestimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH), essa diminuição vai interromper a produção ovariana de estrogênio e progesterona. O complexo folicular sofrerá atresia, resultando na diminuição de estrogênio, inibina e do hormônio antimulleriano (AMH), e nota-se então, uma elevação dos níveis de FSH, que se caracteriza como um importante indicador da proximidade do evento da menopausa (SOUZA et al., 2019).

Entre os hormônios sexuais femininos citados, destacam-se o estrogênio e a progesterona. O estrogênio é um mediador químico produzido pelos ovários ou pela placenta durante a gravidez. Esse hormônio apresenta receptores específicos em diferentes células que desencadeiam respostas em diferentes tecidos, sendo capaz de agir nos órgãos reprodutivos e não reprodutivos durante a menacme, além de estimular o crescimento e a manutenção das características sexuais femininas. Os principais estrogênios presentes no organismo feminino são a estrona, o estradiol e o estriol, com várias ações e potências diferentes (JENSEN et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2016).

Enquanto a progesterona, é um modulador chave das funções reprodutivas femininas, como a ovulação, a diferenciação do endométrio, o desenvolvimento das glândulas mamárias e do útero, sendo essencial na manutenção da gravidez, além da expressão neurocomportamental agregada com a resposta sexual da mulher, tendo o corpo lúteo como o local de produção desse hormônio (JENSEN et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2016).

Sabe-se que ao longo da vida de uma mulher, ocorre uma progressiva redução da fertilidade. Tendo como uma das primeiras alterações relacionadas ao envelhecimento reprodutivo, a diminuição dos níveis séricos dos hormônios sexuais, e consequente alterações no ciclo e no fluxo menstrual. A morfologia ovariana sofre alterações por volta dos 40 anos, onde os ovários começam a reduzir de tamanho. Nos estágios finais dessa transição, constata-se uma diminuição dos hormônios sexuais, onde se relaciona com uma nova fase na vida da mulher, o início do climatério (FEBRASGO, 2010; SEHNEM, 2015).

O climatério, se caracteriza como uma fase biológica da vida e não como um processo patológico, compreendendo a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo, ou seja, da menacme a senectude. Representa alterações metabólicas e hormonais, e em geral, acontece entre os 45 aos 65 anos. Durante esse tempo, pode ocorrer inúmeras mudanças biológicas, clínicas e endócrinas, afetando o bem-estar físico, social, emocional e espiritual das mulheres, tornando-as vulneráveis à diversos agravos de saúde (SILVA et al., 2015; SOUZA et al., 2017).



Na fase inicial do climatério, os intervalos entre as menstruações podem variar com mais ciclos consecutivos. Além do mais, existe uma alteração nos níveis do FSH que tende a ser aumentada. Por outro lado, os hormônios HAM e inibina-B permanecem baixos. As fases finais dessa transição até a menopausa, ocorre em um intervalo de 1 a 3 anos antes de cessar a menstruação, e é caracterizada por intervalos entre as menstruações de mais de 60 dias (BACON, 2017).

Sem dúvidas, essas modificações nos ciclos menstruais, são de extrema importância e atingem o ápice com a chegada da amenorreia definitiva, caracterizando a menopausa. Essas mudanças acontecem não somente pela falência ovariana e consequente redução dos hormônios sexuais, mas também por modificações do hipotálamo e da hipófise. Com a evolução dessa transição e subsequente a instalação da menopausa, ocorre redução significativa ou até quase o desaparecimento total da progesterona, do estradiol e da inibina, que é resultante da redução das células secretoras, da falência folicular e da diminuição dos receptores de gonadotrofinas (FEBRASGO, 2010; SPG, 2016).

Além disso, o climatério é dividido em três períodos, a pré-menopausa, a perimenopausa e a pós-menopausa. A pré-menopausa configura o início da transição menopausal ocorrendo por volta dos 40 anos, podendo ser associada ou não com sintomas de hipoestrogenismo, ocorrendo uma diminuição da fertilidade ainda com ciclos menstruais regulares ou com ciclos similares ao ocorrido durante a vida reprodutiva. A característica endócrina presente nesta fase é um déficit de progesterona, o que torna os ciclos menstruais mais curtos, e posteriormente, mais longos (OLIVEIRA JUNIOR et al., 2012; SOUZA et al., 2017; CURTAA; WEISSHEIMER, 2020).

A perimenopausa inicia dois anos antes da última menstruação, podendo se estender por até cinco anos. As mulheres nesse período podem apresentar alterações endócrinas, ciclos menstruais irregulares e perturbações vasomotoras (OLIVEIRA JUNIOR et al., 2012; FERREIRA et al., 2013).

Por fim, um ano após a última menstruação, acontece a menopausa, que não é um período, mas a data da interrupção definitiva da menstruação após doze meses de amenorreia. Nesse momento inicia-se a pós-menopausa, que pode ser dividida em precoce, até cinco anos da última menstruação, e tardia, que pode ocorrer cinco anos depois. Este evento vai se prolongar até o final da vida (FEBRASGO, 2010; OLIVEIRA JUNIOR et al., 2012).

Das mulheres que chegam até a fase final da transição menopausal, cerca de 20% não apresentam nenhum sintoma, mas a maioria experimenta os sintomas desagradáveis causados pela diminuição dos hormônios (OLIVEIRA et al., 2016). Por conta desse hipoestrogenismo, são identificados sintomas como sudorese noturna, secura vaginal, atrofia vulvovaginal, ondas de calor, insônia, alterações de humor e depressão. Além da modificação do perfil metabólico, favorecendo a distribuição de gordura corporal, com estoque na região abdominal para o glúteo-femo-



ral, o que causa uma obesidade central, além do aumento do risco de hipertensão arterial sistêmica e síndromes metabólicas (BLÜMEL et al., 2011; BEN et al., 2014).

Toda essa combinação de sintomas nesse processo de transição da vida reprodutiva para a não reprodutiva, interferem na qualidade de vida da mulher. Por isso, a terapia de reposição hormonal, tem se mostrado eficaz nesse processo. (GRAVENA et al., 2013).

3. TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL: RISCOS E BENEFÍCIOS

Para auxiliar no melhoramento da qualidade de vida da mulher no período da transição menopausal, a terapia de reposição hormonal mostra-se como uma opção terapêutica, mas divide opiniões no que diz respeito ao seu uso, riscos e benefícios (SOUZA et al., 2019).

A TRH consiste em repor ao organismo os hormônios que foram reduzidos fisiologicamente, como o estrogênio e a progesterona. Essa terapia foi amplamente divulgada pelo mundo nos anos 60, após o lançamento de um livro chamado "Feminina Para Sempre", onde era atribuído a TRH uma forma para que as mulheres se sentissem jovens e saudáveis com a chegada do evento da menopausa (MENEZHIN; BORTOLAN, 2010).

A TRH pode ser feita na forma combinada de estrogênio e progesterona (terapia estroprogestagênica), ou somente estrogênio (terapia estrogênica). As mulheres que possuem útero, devem realizar o esquema da TRH associando os dois hormônios, o uso isolado do estrogênio, é ideal apenas para mulheres hysterectomizadas, pois diversos estudos relatam a sua capacidade de prevenção ao desenvolvimento de hiperplasias e câncer do endométrio (SOBRAC, 2014).

A TRH pode ser dividida em convencional e alternativa, sendo a terapia hormonal convencional baseada na utilização de medicamentos sintéticos, podendo ser utilizada do climatério até a pós-menopausa, tendo diversas vias de administração, como: oral, vaginal, injetável e transdérmica. Os medicamentos utilizados são compostos por estradiol, estrogênios conjugados (obtidos por meio da urina de éguas prenhas), estriol e promestrino, sendo os dois últimos administrados apenas pela via vaginal, e o restante pelas outras vias já citadas (MENEZHIN; BORTOLAN, 2010; CARNIÉL, 2013).

E como preceito básico, a terapia hormonal, independente da via ou do medicamento escolhido, deve ser administrada na menor dose possível, além de possuir esquemas de uso individual para cada paciente. Por isso, não existe esquema de reposição hormonal definitivo e aplicável em todas as mulheres (MENEZHIN; BORTOLAN, 2010; CARNIÉL, 2013).



Há ainda algumas contraindicações relacionadas ao uso da terapia hormonal, que são definidas como contraindicação absoluta e contraindicação relativa. Sobre as absolutas, destacam-se as pacientes com sangramento uterino sem causa conhecida, doença cardiovascular e/ou hepática, pacientes com câncer estrogênio dependente, com tempo de menopausa superior a 10 anos e com histórico de evento tromboembólico (PARDINI, 2014; DAVEY., 2018; ALHURANI et al., 2016).

A TRH está disponível há 6 décadas e desde então passa por constantes flutuações por ser um tema bastante controverso, principalmente tratando-se do risco *versus* benefício. A TRH divide o meio científico entre críticos e defensores, uma vez que existe diversos estudos conflitantes que relatam seus benefícios e malefícios (FEBRASGO, 2010; HEATHER; COCHRANE, 2010).

As evidências dos riscos para a saúde de mulheres que faziam uso da terapia hormonal, surgiram após publicações de dois estudos, o *Heart and Estrogen/progestin Replacement Study* (HERS) em 2002, e o *Women's Health Initiative* (WHI) em 2004. Sendo obtidos dados negativos em relação ao tipo, duração do uso, dose, vias de administração e tempo de iniciação. Surgindo após isso um novo momento para a terapia de reposição hormonal, onde estabeleceu-se a individualização das pacientes, levando em consideração diversos fatores, como comorbidades, idade e tempo de menopausa (WHITMER et al, 2011; PARDINI, 2014).

Entre os riscos associados a TRH, destaca-se a relação com doenças cardiovasculares (DVC), e isso tem sido relacionado a altas doses de estrogênio, idade avançada para o início da terapia hormonal e intervalo de tempo após o evento da menopausa, já que mulheres na pós-menopausa apresentam riscos duas vezes maiores de isquemia cardíaca com risco de infarto (PARDINI, 2014; LOMÔNACO et al, 2015).

Além disso, o risco de tromboembolismo venoso pode ser aumentado em mulheres que fazem uso da terapia hormonal, e isso se deve a fatores como idade maior que 60 anos, obesidade, histórico de trombose familiar, dosagem e a associação de progesterona e estrogênio (BELÉM et al., 2018).

Além do mais, um ensaio clínico randomizado, mostrou que o uso de estrogênio e progesterona, ou somente o estrogênio, administrado pela via oral, pode aumentar o risco de acidente vascular cerebral (AVC) em mulheres que são saudáveis na pós-menopausa. O início precoce da menopausa pode ser um fator de risco para o AVC, mas essa associação não está bem elucidada (LISABETH, BUSHNELL, 2012).

O uso da TRH é indicado na menor dose e no menor intervalo de tempo possível, sem exceder o período de dois a cinco anos ou até o desaparecimento dos sintomas. Pois o uso da TRH provoca mudanças no perfil lipídico da paciente, sendo necessário a descontinuidade, uma vez que a longo prazo a TRH eleva o risco de desenvolvimento de câncer de mama (SILVA et al., 2013; GLEASON et al., 2015;



SOARES; BATISTA; SOUSA, 2019).

Esse é um dos riscos mais preocupantes, pois o excesso de estrogênio está relacionado com a maior chance de desenvolvimento do câncer de mama. A dose e tempo de tratamento com estrogênio, tem demonstrado um papel importante e perigoso no desenvolvimento de cânceres em órgãos hormônio-dependentes. Dessa forma, o risco de câncer de mama, câncer de ovário e carcinoma de endométrio, precisam ser considerados e avaliados em mulheres em uso da TRH (OKOH et al., 2011; CARNIÉL, 2013).

Entretanto, existem controversas sobre o grau de associação entre o câncer de mama e a TRH. Tendo o único dado considerado de evidência A, é que o uso de estrógeno isolado ou associado à progesterona, eleva a percentagem de densidade mamária (PMD). Além do mais, outro estudo mostrou que administração que apresentou maior risco para o desenvolvimento do câncer, foi a de implante, o que resultou em um risco 655 vezes maior, seguida pela administração oral e transdérmica, com risco de 32% e 24% (POLONINI; RAPOSO; BRANDÃO, 2011; PARDINI, 2014).

De modo geral, antes de determinar o uso da terapia para as pacientes, precisa-se realizar uma pesquisa minuciosa sobre os antecedentes de câncer de mama, endométrio e ovário. A densitometria óssea também precisa ser realizada nas pacientes que apresentarem um elevado risco para osteoporose, principalmente nas mulheres na pós-menopausa tardia ou recente, ou as que não realizaram anteriormente o esquema de reposição hormonal (SILVA et al., 2013).

Apesar disso tudo, a TRH se apresenta como a melhor opção terapêutica para a redução da sintomatologia da transição da menopausa. Como por exemplo, os sintomas vasomotores, como as ondas de calor (fogachos), foram observados uma redução de 75% na frequência e 87% na severidade desses sintomas em mulheres que fazem uso da terapia hormonal (PARDINI, 2014).

Outra evidência é que a TRH influencia nos níveis plasmáticos de lipoproteínas. Onde um estudo randomizado composto por 366 mulheres em uso da terapia hormonal, indicou que o uso de estrogênio conjugado em uma concentração de 0,625 mg/dose, resultou numa diminuição de 20% a 30% das concentrações de lipoproteínas, e essas mudanças puderam ser observadas nos níveis de HDL, LDL, colesterol total e fibrinogênio (POLONINI; RAPOSO; BRANDÃO, 2011).

Além disso, a TRH ainda tem efeito sobre a osteoporose, já que umas das características da transição da menopausa é o hipoestrogenismo, que se relaciona com o aumento da reabsorção óssea e conseqüente perda de massa óssea. A terapia hormonal vai agir diretamente no osso e evitará a reabsorção, e indiretamente terá ação na função do paratormônio e da calcitonina, aumentando dessa forma, a absorção intestinal e a conservação renal do cálcio (SOUZA et al., 2019).



Há ainda evidências de que ocorra alterações nas funções cognitivas em decorrência da falta de estrogênio. Isso também pode ser relacionado a uma maior prevalência de depressão durante essa transição menopausal. Além do mais, receptores de estrogênio foram encontrados em algumas áreas do cérebro, podendo influenciar na dificuldade de memória recente e de concentração, e dessa forma, a TRH é indicada visando a melhora no humor e na memória de curto a longo prazo (FREEMAN, 2011; BELÉM et al., 2018).

Em resumo, antes de iniciar a terapia de reposição hormonal, a paciente deve ser avaliada com extensa anamnese e exames, incluindo o ginecológico, para que o médico possa identificar as contraindicações e potenciais riscos para a saúde da paciente, e para que então, a melhor opção de TRH seja iniciada (WHITMER et al., 2011).

Por isso, para muitos, a terapia de reposição hormonal, é considerada com uma possibilidade terapêutica interessante para as mulheres enfrentarem a transição da menopausa de uma forma mais leve. Mas isso só ocorre se o tratamento for administrado com segurança e responsabilidade.

4. ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO FRENTE A SAÚDE DA MULHER

O Ministério da Saúde conta atualmente com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Hoje, a saúde da mulher é vista como uma das principais questões das Políticas de Saúde Pública, principalmente após a implantação da atenção à saúde da mulher no climatério. Por conta disso, a meia-idade foi incluída como etapa importante da vida e o climatério tem ganhado bastante atenção (POLONINI; RAPOSO; BRANDÃO, 2011).

Todo esse processo para uma mulher entrar na menopausa, coincide com diversas variações fisiológicas. Com isso, elas ficam susceptíveis a vários agravos de saúde que podem comprometer sua qualidade de vida. Desta forma, existe há necessidade da inserção do farmacêutico frente à saúde da mulher, pois o uso de vários medicamentos nesse período, pode levar a interações medicamentosas, e com isso, agravar a saúde da paciente. O farmacêutico pode identificar incompatibilidades, e através de um trabalho multidisciplinar, fazer modificações na farmacoterapia com a intenção de garantir um tratamento adequado (CARNIÉL, 2013).

Além do mais, o profissional farmacêutico pode otimizar a farmacoterapia, afim de diminuir gastos desnecessários por meio da promoção do uso racional, além de auxiliar nas dúvidas que podem surgir ao longo do tratamento terapêutico, e identificar problemas relacionados aos medicamentos. Mas se faz necessário um acompanhamento da equipe multidisciplinar na monitorização do tratamento dessas pacientes para auxiliar na prevenção de agravos de saúde que podem surgir por conta do uso da TRH (FERRAZ, 2018; MANSON et al., 2013).



O profissional farmacêutico também atua melhorando a adesão ao tratamento, pois de acordo com Soda et al., (2014), ao avaliar o conhecimento das pacientes por meio de questionário, observou que 70% delas não utilizavam o medicamento que foi prescrito para sua reposição hormonal, porque tinham dúvidas sobre o local de aplicação e como deveria ser usado.

Pôde-se observar então, a importância do farmacêutico frente a saúde da mulher, mas isso não acontece de forma eficaz, uma vez que um estudo realizado em 2015 com 98 pacientes, das quais 55% usavam TRH combinada, demonstrou que 63% das mulheres apresentaram algum tipo de problema relacionado a medicamento (PRM), sendo desses os mais comuns o PRM "efeito indesejável" representando 52% dos casos, seguido por "produto não disponível" 16% dos casos e "ausência de indicação médica" 13% dos casos. Sendo que a maioria desses problemas, seria de fácil resolução entre "Farmacêutico-Paciente" (73%), seguido por "Farmacêutico-Médico" (23%) e por fim, "Paciente-Médico" (4%) (ALUCEMA, 2015).

De modo geral, a importância da inserção do farmacêutico frente a saúde da mulher no climatério, é pouco discutida. O que se sabe, é que existe a falta de incentivo do próprio ambiente de trabalho, falta de aprimoramento dos conhecimentos dos profissionais, falta da divulgação para a população do papel que o profissional farmacêutico pode exercer dentro da equipe multidisciplinar, a sobrecarga de serviços e inúmeros outros obstáculos que podem ser superados por profissionais cada vez mais qualificados (BERNARDI, et al., 2014; FERRAZ, 2018).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como exposto, a terapia de reposição hormonal é a mais utilizada para dar alívio aos sintomas climatéricos nas mulheres que estão enfrentando a transição da menopausa, porém o uso deve ser decidido pelo médico e pela usuária, bem como informá-la sobre os riscos, benefícios e a possibilidade de aparecimento de efeitos adversos.

Além do mais, destaca-se a importância da atenção farmacêutica no climatério, pois o farmacêutico atuaria na promoção do uso racional durante a terapia de reposição hormonal e na otimização da farmacoterapia, além de evitar possíveis problemas relacionados a medicamento que poderiam surgir ao longo do tratamento e melhorar a adesão das pacientes.



Referências

- ALHURANI RE, CHAHALAA, AHMED AT, MOHAMED EA, MILLER VM. Sex hormone therapy and progression of cardiovascular disease in menopausal women. **Clinical Science**. May 23, 2016, 130 (13) 1065-1074; DOI: 10.1042/CS20160042.
- ALUCEMA, A. et al. Pharmaceutical intervention in menopausal patients with hormone replacement therapy in a community pharmacy from Antofagasta | Intervención farmacéutica a pacientes menopáusicas con terapia hormonal de reemplazo en una farmacia comunitaria de Antofagasta. **Journal of Pharmacy and Pharmacognosy Research**, v. 3, n. 1, p. 24–36, 2015.
- BACON JL. The Menopausal Transition. **Obstet Gynecol Clin North Am**. 2017;44(2):285-296. doi:10.1016/j.ogc.2017.02.008
- BELÉM, GLS et al. Riscos e benefícios da terapia hormonal no climatério. **REAS/EJCH** | Vol. 11 (4) | e 244.
- BEN ALI S, BELFKI-BENALI H, AOUNALLAH-SKHIRI H, TRAISSAC P, MAIRE B, DELPEUCH F, et al. Menopause and metabolic syndrome in tunisian women. **Biomed Res Int**. 2014;2014:457131.
- BERNARDI E. A. T. et al. Implantação da avaliação farmacêutica da prescrição médica e as ações de farmácia clínica em um hospital oncológico do sul do Brasil. **Revista Espaço Saúde**, v.2, n.15, p. 29-36, 2014.
- BLÜMEL JE, CHEDRAUI P, BARON G, BELZARES E, BENCOSME A, CALLE A, et al. A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. **Menopause**. 2011;18(7):778-85.
- CARNIÉL, Marcelle Amanda. **Formulações tópicas magistrais para terapia de reposição hormonal em mulheres no período pós-menopausa e a aplicação da atenção farmacêutica**. 2013. 34 f. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2013.
- CURTA JC, WEISSHEIMER AM. Percepções e sentimentos sobre as alterações corporais de mulheres climatéricas. **Rev Gaúcha Enferm**. 2020;41(esp):e20190198. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190198>
- DAVEY DA, Menopausal hormone therapy: a better and safer future. **Journal Climacteric**. 11 Mar 2018. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1439915>.
- FEBRASGO- **Manual de Orientação Climatério**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2010, disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Climaterio.pdf (Acesso em 11.set.2020)
- FERRAZ, Juliana Leite. **Prós e contras das terapias de reposição hormonal no período pós-menopausa e papel do farmacêutico na orientação clínica: uma revisão bibliográfica**. 2018. 45 f. . Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2018.
- GLEASON, C.E. et al. Effects of Hormone Therapy on Cognition and Mood in Recently Postmenopausal Women: Findings from the Randomized, Controlled KEEPS– Cognitive and Affective Study. **Plos Medicine**, v. 12, n. 6, p.1-25, jun. 2015.
- GRAVENA, Angela Andréia França et al. Sintomas climatéricos e estado nutricional de mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias de terapia hormonal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 178-184, Apr. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso on 14 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000400008>.
- HEATHER, Currie; COCHRANE, Rosemary. Current options in the treatment of menopausal symptoms. **Drug review**. vol 21, ed 13. 5 de julho de 2010. pag 13-26.
- JENSEN, E.V., Jacobson, H.I., Walf, A.A., & Frye, C.A. (2010). Estrogen action: a historic perspective on the implications of considering alternative approaches. **Physiology Behavior**, 99(2), 151–162.
- LISABETH, L.; BUSHNELL, C. Stroke risk in women: the role of menopause and hormone therapy. **Lancet Neurologic**, Michigan, v.11, p. 82–91, 2012.
- LOMÔNACO, C, et al. O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. **Reprodclim**. v. 30, n. 2, p. 58 – 66, 2015
- MANSON, J. E. et al. Menopausal Hormone Therapy and Health Outcomes During the Intervention and Ex-

tended Poststopping Phases of the Women's Health Initiative Randomized Trials. **JAMA: o jornal da American Medical Association**, v. 13, n. 310, p. 1353-1368, 2013.

MENEZHIN LA, BORTOLAN S. Menopausa e terapia de reposição hormonal. **Rev Eletrônica Saber**. 2010 jul/set; 9(1). Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arqidvol_9_1278355918.pdf. (Acesso em 10 de out de 2020)

OKOH, V.; DEORAJ, A.; ROY, D. Estrogen-induced reactive oxygen species-mediated signalings contribute to breast cancer. **Biochemica et Biophysica Acta**, Miami, v.1815, p. 115-133, 2011.

OLIVEIRA J. *et.al.* Padrão hormonal feminino: menopausa e terapia de reposição. **Rev. RBAC**. 2016;48(3):198-210. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315741053_Padiao_hormonal_feminino_menopausa_e_terapia_de_reposicao_Female_hormone_pattern_menopause_and_replacement_therapy (Acesso em: 11.set.2020)

PARDINI, Dolores. Terapia de reposição hormonal na menopausa. **Arq Bras Endocrinol Metab** [Internet]. 2014 Mar; 58(2): 172-181. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302014000200172&lng=pt.

POLONINI, Hudson Caetano; BRANDÃO, Marcos Antônio Fernandes; RAPOSO, Nádia Rezende Barbosa. A terapia de reposição hormonal e a saúde da mulher no climatério: riscos e benefícios. **Revista de APS**. v. 14 n. 3 (2011).

SEHNEM, Sibebe. **Efeitos da falha ovariana precoce no desempenho de ratas em paradigmas de conflito e teste cognitivo**. 2015. 92 f. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SELBAC, Mariana Terezinha. *et al.*, Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino – climatério à menopausa. **Revista Aletheia**, Rio Grande do Sul, v.51, n.1-2, p.177-190, jan./dez. 2018.

SILVA, João Paulo Lopes da. *et.al.* Representações do climatério e suas repercussões na vida da mulher: uma revisão sistemática. **Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**, Paraíba, Anais CIEH – Vol. 2, N.1, 2015.

SILVA, Vanessa Yuri Nakaoka Elias da.*et.al.* Climatério e terapia de reposição hormonal - uma revisão de literatura. **Revista UNINGÁ**. Vol.16, n.1, pp.05 – 08 (Out-Dez 2013).

SOARES, Mirella Lanara Bezerra; BATISTA, Maria Stefania Nóbrega; SOUSA, Milena Nunes Alves de. Benefícios da terapia de reposição hormonal oral na qualidade de vida de mulheres climatéricas. **Revista científica e desenvolvimento**. v. 12, n. 2 (2019).

SOBRAC, **Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa**. Associação Brasileira de Climatério, 2014. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/consenso_brasileiro_de_terapeutica_hormonal_da_menopausa_SOBRAC.pdf. Acesso em: 11 de out de 2020

SODA, M. *et al.* The investigation of understanding and comfort of patients taking Divigel® 1 mg. **Yakugaku Zasshi**, v. 134, n. 4, p. 575-580, 2014.

SOUZA, N. R. R. *et al.* Relação entre terapia de reposição hormonal no climatério e o desenvolvimento de neoplasias. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 25, n. 2, p. 135-143, fev. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190103_213618.pdf. (Acesso em: 10 out. 2020).

SOUZA, Socorro Sylvania de. *et.al.* Mulher e climatério: concepções de usuárias de uma unidade básica de saúde. **Sociedade Brasileira de Reprodução Humana**, Volume 32, Issue 2, May-August 2017, Pages 85-89.

SPG - **Consenso Nacional Sobre Menopausa**. Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016, disponível em: http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/Consenso_Menopausa_2016.pdf#page=12 (acesso em: 12.set.2020)



CAPÍTULO 3

ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NA DOR ONCOLÓGICA

PHARMACOTHERAPEUTIC FOLLOW-UP IN ONCOLOGICAL PAIN

Felipe Pereira Costa¹

Idilva Bacellar Martins Oliveira Silva Caetano²

1 Graduando em Farmácia, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

2 Graduada em Farmácia- Bioquímica, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís – Maranhão

Resumo

A assistência farmacêutica em oncologia engloba um conjunto complexo que é imprescindível para assegurar a integralidade, qualidade, e efetividade da segurança do cuidado ao paciente acometido por câncer. Assim, é essencial que o farmacêutico tenha habilidade e conhecimento acerca dos fatores que venham a interferir no sucesso do tratamento, com adoção de condutas que otimizem a assistência em oncologia. Assim, o problema foi: Como o profissional farmacêutico poderá contribuir através do acompanhamento farmacoterapêutico na dor, em pacientes oncológicos? O objetivo geral foi discutir a inserção do farmacêutico no controle da dor de natureza oncológica visando o uso racional e o acompanhamento farmacoterapêutico rigoroso, com fomento na redução dos efeitos adversos dos fármacos. A metodologia que colaborou para a construção deste trabalho consistiu em uma pesquisa bibliográfica realizada através de pesquisas monográficas, artigos, periódicos e livros relacionados ao tema. Como conclusão, verifica-se que o cuidado farmacêutico tem o intuito de melhorar a segurança e o planejamento terapêutico, com a conquista do bem-estar e qualidade de vida do enfermo, além de auxiliar no processo de adesão e sucesso da terapia farmacológica.

Palavras-chave: Atenção Farmacêutica, Cuidados Paliativos, Oncologia, Tratamento, Mensuração da Dor.

Abstract

Pharmaceutical assistance in oncology encompasses a complex set that is essential to ensure the integrality, quality, and effectiveness of the safety of care for patients affected by cancer. Thus, it is essential that the pharmacist has skill and knowledge about the factors that may interfere with the success of the treatment, with the adoption of conducts that optimize assistance in oncology. So, the problem was: How can the pharmaceutical professional contribute to maximize pharmacotherapeutic follow-up to the detriment of pain in cancer patients? The general objective was to discuss the insertion of the pharmacist in pain control of an oncological nature aiming at the rational use and the rigorous pharmacotherapeutic follow-up, with encouragement to reduce the adverse effects of the drugs. The methodology that contributed to the construction of this work consisted of a bibliographic research carried out through monographic research, articles, periodicals and books related to the theme. As a conclusion, it appears that pharmaceutical care aims to improve safety and therapeutic planning, with the achievement of the patient's well-being and quality of life, in addition to assisting in the process of adherence and success of pharmacological therapy.

Keywords: Pharmaceutical Care, Palliative Care, Oncology, Treatment, Pain Measurement.



1. INTRODUÇÃO

O número de indivíduos que apresentam quadros de câncer tem crescido gradativamente, sendo um grave problema de Saúde Pública Mundial. No que tange a dor em enfermos com câncer, é denominada de dor oncológica, que poderá estar associada a múltiplas etiologias, quando associadas, potencializa as reações da doença, além de contribuir para a sua evolução. No Brasil, um dos problemas basilares arrolados na identificação do câncer está ligado ao estadiamento terminal, visto que, a maioria dos quadros clínicos, são descobertos já na etapa evoluída. Nessa linha de raciocínio, o papel do farmacêutico tem modificado ao longo dos anos, em que impera o ingresso de uma visão holística, que ultrapassa os limites da responsabilidade com apenas o processo de dispensação de medicamentos, atingindo assim, a construção de um elo entre paciente- farmacêutico, que tem reflexos diretos na maior adesão ao plano terapêutico, e criação de estratégias para a redução da manifestação da dor.

Desse modo, para uma farmacoterapia racional da dor, a Organização Mundial da Saúde - OMS alvitrou uma equivalência analgésica que é formada por três graus determinados conforme a intensidade da dor. Assim, o bom controle da dor é visto como um prenúncio da boa qualidade de vida e da assistência. Concomitantemente, a realização de uma avaliação constante e minuciosa da farmacoterapia, voltada a terapia da dor oncológica, é relevante no âmbito da promoção da saúde, já que os efeitos conquistados pela farmacovigilância, auxiliam no delineamento das estratégias no segmento da saúde, com o intuito de buscar o fomento da qualidade de vida dos enfermos oncológicos.

A dor é um indício sequente nas neoplasias malignas, entretanto, o farmacêutico do segmento hospitalar, perante o excesso de tarefas administrativas e burocráticas, se distancia do atendimento direto com o paciente, fato que colabora negativamente para a oferta de uma assistência integral e humanizada ao paciente com dor oncológica. Desse modo, os cuidados atrelados a terapias medicamentosas contribuem para promoção de uma melhor qualidade de vida dos pacientes oncológicos que estão mergulhados na dor. A ideia basilar é possibilitar a descrição minuciosa das modalidades de dor, suas características, haja vista que, para cada paciente, manifesta-se um tipo de dor, e por conseguinte, o tratamento deverá ser direcionado.

Nota-se que a escolha da terapia correta, associada a fármacos específicos, favorece na amenização da dor oncológica, tal como colabora para a redução dos potenciais efeitos indesejáveis oriundo da terapia farmacoterapêutica. Dessa forma, far-se-á necessário uma abordagem holística acerca das medidas de proteção e promoção da saúde do indivíduo, com a participação ativa de uma equipe multidisciplinar. Nessa ótica, no campo profissional, o farmacêutico vem estabelecer um vínculo de confiança entre profissional-paciente-família, com plena compreensão



das habilidades, dos comportamentos, dos cuidados para prevenção do surgimento de enfermidades oportunistas, realização de um acompanhamento farmacoterapêutico integral a fim de diminuir o sintoma da dor, com destaque aos benefícios e riscos, otimizando assim, a eficácia terapêutica.

No campo acadêmico e de pesquisa, cabe inferir, que a importância deste trabalho se baseia em realizar o fomento das habilidades e conhecimentos dos discentes acerca da importância do acompanhamento farmacoterapêutico para o controle da dor oncológica, racionalidade terapêutica, pautada na promoção da qualidade de vida do paciente. O problema que norteou o trabalho foi: Como o profissional farmacêutico poderá contribuir através do acompanhamento farmacoterapêutico, em pacientes oncológicos? O objetivo geral foi discutir a inserção do farmacêutico no controle da dor de natureza oncológica visando o uso racional e o acompanhamento farmacoterapêutico rigoroso, com fomento na redução dos efeitos adversos dos fármacos. Já os objetivos específicos são: retratar a evolução, problemas, aspectos dos cuidados paliativos; discorrer sobre as características, mecanismos, intensidade e peculiaridades da dor oncológica; descrever os elementos do seguimento farmacoterapêutico, bem como os modelos de cuidados farmacêuticos voltados para o controle da dor de origem oncológica e a importância desses cuidados na terapia da dor oncológica.

Para estudar o problema descrito foi realizada uma pesquisa de revisão de literatura, com um trabalho em foco descritivo e qualitativo, utilizando dados coletados através de trabalhos acadêmicos, artigos na internet, periódicos nacionais e internacionais, livros, dentre outras. Vale ressaltar que todos os trabalhos utilizados como fonte literária foram publicados entre os anos de 2009 a 2019, usando como descritores para a seleção do material científico os seguintes termos: atenção farmacêutica, cuidados paliativos, oncologia, tratamento, mensuração da dor.

2. CONTEXTO HISTÓRICO, ASPECTOS E PECULIARIDADES DOS CUIDADOS PALIATIVOS

O câncer corresponde a um tipo de doença crônica e progressiva, em que pese, a aparência geral das células normais, que convivem em equilíbrio citológico, histológico e funcional no corpo humano compreendem atributos morfológicos que favorece a reunião de tecidos que integram os órgãos em face da promoção e boa manutenção da qualidade de vida (BAZANTE, 2016).

Nesse ínterim, o autor supramencionado ainda destaca que, quando acontece o fenômeno de quebra dos mecanismos reguladores, simultaneamente promove intensa multiplicação celular, que confluem para o surgimento de células descendentes e que não respondem positivamente aos episódios advindos dos mecanismos reguladores, dando origem assim, aos tumores.



No que concerne às metodologias de tratamento destinadas ao câncer, tem-se a farmacológica e a não farmacológica, em alinhamento com as características e peculiaridades de cada tumor, extensão e localidade. Assim a escolha do tratamento deverá ser realizada conforme as informações do tumor e das condições clínicas do paciente, a fim de propor um planejamento terapêutico destinado a estadiamento do tumor, e uma metodologia curativa padronizada. Dentre as principais medidas tem-se a quimioterapia, radioterapia, cirurgia, transplante, dentre outros (SOUSA, 2016).

No ambiente ocidental recusar a morte tem sido uma inclinação evidente, principalmente perante um panorama de enfermidade grave sem possibilidade de cura, em que a busca por técnicas médicas e hospitalares que ampliam a vida é o fator periódico. Observa-se a necessidade de entender que uma enfermidade que não apresenta nenhuma condição de cura poderá desencadear ao paciente, condições de grande sofrimento durante a evolução da doença para a morte, atingindo também o seu núcleo familiar, além de exigir cuidados particularizados no intuito de reduzir sofrimento (GOMES; OTHERO, 2016).

Matsumoto (2012) relata que nas últimas décadas com o crescimento da tecnologia, a medicina vem criando mecanismos para estender a expectativa de vida do enfermo que está em iminência de morte. Dessa forma, o objetivo primordial é estimular a busca da cura e não a atividade do cuidar, o que aponta um tratamento despersonalizado, sem a efetivação da promoção de qualidade de vida para os pacientes que não gozam de perspectiva de cura.

Assim, os cuidados paliativos são aqueles que se baseiam em uma assistência ativa e integral a paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida tanto para o paciente como para seus respectivos familiares. Assim, os cuidados paliativos atuam no controle da dor e promoção de alívio dos demais sintomas que os pacientes possam desenvolver (HAZIN, 2016).

Diante desse cenário, assevera-se que os sistemas de saúde estão sofrendo uma fase de transição, originados pelo avanço e desenvolvimento tecnológico da indústria farmacêutica, associada à padronização de fórmulas, a pesquisa de novos fármacos, fomentando assim, a segurança, eficiência e eficácia do medicamento. Com o novo contexto da saúde, a sociedade tornou-se mais exigente, e o atendimento entra em uma fase de humanização, especificidade e integralidade (SANTOS, 2017).

Cabe então discutir o tema, com uma abordagem sistemática, focada no processo de cura e não nas metodologias de cuidados e de bem-estar global do paciente e de seus familiares. A medicina paliativa retrata os cuidados ativos dispostos aos pacientes que apresentam doenças crônicas que não existem mais respostas positivas aos tratamentos de qualquer natureza (BARBOSA; CABANA, 2018).



A palavra paliativa deriva do latim "*pallium*", que significa manto, coberta, proteção. O verbo paliar deriva de "*palliare*", que significa proteger, cobrir. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos são aqueles que consistem na assistência ativa e integral a paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida tanto para o paciente como para seus respectivos familiares. A medicina paliativa irá atuar no controle da dor e promoção de alívio dos demais sintomas que os pacientes possam desenvolver (WAGNER, 2013).

Assim, os cuidados paliativos são aqueles que se baseiam em uma assistência ativa e integral a paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida tanto para o paciente como para seus respectivos familiares. Assim, os cuidados paliativos atuam no controle da dor e promoção de alívio dos demais sintomas que os pacientes possam desenvolver (HAZIN, 2016).

Diante desse cenário, assevera-se que os sistemas de saúde estão sofrendo uma fase de transição, originados pelo avanço e desenvolvimento tecnológico da indústria farmacêutica, associada à padronização de fórmulas, a pesquisa de novos fármacos, fomentando assim, a segurança, eficiência e eficácia do medicamento. Com o novo contexto da saúde, a sociedade tornou-se mais exigente, e o atendimento entra em uma fase de humanização, especificidade e integralidade (SANTOS, 2017).

O cuidado paliativo no contexto histórico se embaraça com a terminologia "hospice", que delimitava os espaços conhecidos como abrigos ou hospedarias, voltados a acolher e cuidar de peregrinos e viajantes. Isto posto, os enfermos afastados da possibilidade de cura concentram-se nos hospitais, angariando um atendimento descabido, quase sempre voltado para a tentativa frustrada de recuperação, com adoção em massa de métodos invasivos e alta tecnologia. Nesse ângulo, cabe inferir que os cuidados paliativos versam nada mais é do que um conhecimento científico e humanismo direcionado a resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz, atuando como uma possibilidade para preencher a lacuna dos cuidados ativos aos pacientes (JORGE; PAULA, 2014).

Segundo Caldeira (2013) a contar da década de 60, os códigos de ética profissional começaram a encarar o enfermo como agente autônomo, em que os cuidados paliativos têm como tarefa promover a qualidade de vida e a manutenção da dignidade humana relacionada à doença, no final do período da vida, na morte e no período de luto. No ano de 1982, iniciou-se a delimitação e solidez do entendimento acerca dos cuidados paliativos, em que o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) deu origem a um grupo de trabalho responsável por delinear as políticas direcionadas para a promoção do alívio da dor e cuidados do tipo hospice que fossem recomendados uniformemente em todos os países, no que tange o tratamento e acolhimento de pacientes com quadro clínico de câncer.



Nessa linha de raciocínio, outro marco importante dos cuidados paliativos foi à criação em 1997, da Associação Brasileira de cuidados paliativos que tem o intuito de integralizar por meio da atividade científica a melhoria das práticas de cuidado em estado de disciplinas para fortalecer o entendimento acerca do cuidado na fase terminal (JORGE; PAULA, 2014).

Já no século XX, junto ao movimento dos cuidados paliativos foi-se lapidando a concepção de como encarar a morte, tornando-se um evento com menor sofrimento, menos doloroso. Morrer tornou-se menos penoso, haja vista que se deu início a um confronto contra as causas que favoreciam o avanço ou surgimento das doenças. Dessa maneira, combater a morte é buscar entendê-la, e assim, com as diretrizes dos cuidados paliativos aplicados os pacientes terminais, seria possível se planejar de maneira consciente do tratamento e das terapias, haja vista que reduziria o sofrimento, conforme ilustra a figura 1 (CALDEIRA, 2013).



Figura 1: Diretrizes dos cuidados paliativos
Fonte: BARBOSA, (2011)

Assim sendo, para o enfermo com prognose de vida aparentemente diminuído, a cura poucas vezes é uma realidade da medicina, a espera para que tal enfermo se delimite no conceito de ausência de possibilidades de cura, vai criar dois acontecimentos heterogêneos, estando de um lado à boa administração dos cuidados paliativos a todos os enfermos, enquanto que do outro lado apenas se encaminha para cuidados paliativos os enfermos em condições adversas extremas. É notório então que ações paliativas podem ser realizadas em outras fases do tratamento, até mesmo na fase de diagnóstico (BARBOSA, 2011).

Cabe inferir então que dentre os componentes dos cuidados paliativos, os basilares são: o manejo dos sintomas, comunicação eficaz e um atendimento humanizado com os pacientes, com suas famílias e demais envolvidos no cuidado. A reabilitação, com o intuito de maximizar a independência, também é primordial para a política de um bom cuidado (CALDEIRA, 2013).

Para Jorge; Paula (2014) a terapia de cuidados paliativos tem como ideia basilar promover um cuidado integral, com um trabalho humanizado com a família do paciente, com estímulo da autonomia e da dignidade com o paciente, resultando assim na criação de um ambiente no qual haja respeito, apoio e comunicação que

contribui para o controle dos sintomas e com o multidisciplinar. Nessa linha de raciocínio, melhorar a qualidade de vida, controlando os sintomas e o alívio do sofrimento humano é a concepção dessa atividade de cuidados com a saúde.

Assim, o acolhimento dos cuidados paliativos está diretamente ligado à condição crônica de saúde do adulto, em que se deve ser considerada os potenciais eventos antecedentes que são a idade avançada, herança genética, obesidade, alto nível de estresse, estilo de vida, acidentes, dentre outros. Dentre os problemas derivados da fragilidade crônica da saúde do paciente podem ser citados as distúrbios musculoesqueléticos, problemas respiratórios e digestivos, incapacidades, modificações corporais (WAGNER, 2013).

Conforme Barbosa; Cabana (2018) os cuidados paliativos geralmente são destinados a quadros de pacientes que apresentam doenças não transmissíveis, limitações, deficiência funcional, imperfeições e enfermidades ou incapacidades com período superior a três meses. Para a efetivação dos cuidados paliativos é vital que o profissional tenha uma visão ampla do corpo humano e das enfermidades, com sólida formação no que tange o manejo técnico e preciso, e contemple em seu atendimento a saúde total, ou seja, tenha capacidade para lidar com questões de fundo emocional, social e espiritual, com a busca da identidade e do sentido da vida, além de fomentar o melhor manuseio da dor crônica, conforme ilustra a figura abaixo.



Figura 2: Manuseio da dor oncológica
Fonte: LIPPI, (2011)

As implicações no âmbito físico podem ser provocadas pelos efeitos diretos da doença ou de outra comorbidade. Já a dor espiritual é provocada pelos dilemas existenciais, pela busca de explicações da doença associada à fé e à religião. A dor social faz referência à condição do paciente perante a sociedade, enfrentando em alguns casos obstáculos na cultura, financeiro e no próprio convívio social. Por fim, a dor psicológica, que em muitos casos é de difícil entendimento, expostos a mudanças do estado emocional gerando medo, ansiedade e depressão (LIPPI, 2011).

Apesar dos cuidados paliativos remeterem, a priori, a ideia do processo de

morte, seu conceito é mais amplo, incluindo também o manejo da dor, haja vista ser primordial que os profissionais da saúde saibam qualificar o nível da dor crônica e os fármacos a serem utilizados, que possa apresentar maior eficácia, tal como verificar as vias e horários de uso. É relevante apontar que se fará necessário o domínio amplo dos medicamentos voltados para combate da dor a fim de que tenham subsídios para derrubar os preconceitos voltados a opióides fortes como, por exemplo, a morfina (BARBOSA, 2011).

Cabe inferir então que no que concerne às características principais da técnica de cuidados paliativos, tem-se a promoção do alívio da dor, defender a vida, incorporação dos aspectos psicológicos e espirituais na atenção do paciente, intenção de manter o maior nível possível de atividades com o paciente, estimular o trabalho em equipe. As consequências da dor crônica para o paciente é imensurável e ainda são tímidas na área da saúde os mecanismos para adequar plenamente às terapias as necessidades para tratar a dor, haja vista exigir uma assistência ativa que contemple o manejo da dor em todas as suas esferas que deverão ser trabalhados simultaneamente (BARBOSA; CABANA, 2018).

É notório então asseverar que os cuidados paliativos estimulam discussões complexas e a munição de conhecimentos que permita o respeito e a efetivação da qualidade de vida em seu término, favorecendo a atenção necessária aos pacientes que se encontra sem perspectiva de cura, em que seu pilar de trabalho abrange uma interação vasta de especialidades que reúnem profissionais de diversas áreas como psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fonoaudiólogos, enfermeiros, farmacêuticos, dentre outros. Em suma, far-se-á necessário um envolvimento em uma atividade mútua de uma equipe multidisciplinar em prol de sedimentar o melhor cuidado para o paciente, em que agrega saberes diferenciados que possuem o mesmo ideal que é ofertar cuidados especiais para promover qualidade de vida (GOMES; OTHERO, 2016).

3. CUIDADOS FARMACÊUTICOS AO PACIENTE ONCOLÓGICO

O câncer é uma doença crônica e progressiva, motivo que acarreta muito sofrimento e insegurança aos pacientes e familiares. Nesse contexto, a atuação da enfermagem no âmbito oncológico é fundamental para reabilitação e tratamento dos pacientes acometidos, com a realização de intervenções para promover a qualidade de vida e identificando as possíveis complicações indesejáveis além um manejo adequado das medicações, das lesões e uma boa assistência às limitações impostas ao paciente, pela doença, como já relata Silva (2011, p. 173) em seu artigo,

A complexidade da doença exige da enfermagem maior empenho da equipe de saúde, através dos trabalhos interdisciplinares, no intuito de apurar os cuidados do paciente e da família, perante incertezas e imprevisibilidades que marcam o período de tratamento e a instabilidade do quadro clínico do paciente. Desta forma, considera-se que a atuação da enfermagem colabora



para a identificação das necessidades manifestadas pelo paciente, bem como a organização de toda a equipe de saúde em prol das melhorias do cuidado, e na oferta de satisfação de vida pautada em uma prática centrada na pessoa e não apenas nas tarefas.

Assim, o problema Relacionado ao Medicamento (PRM) se caracteriza como um problema de saúde, oriundo do tratamento farmacológico que, originado por diversas causas têm como resultado a falha no alcance dos objetivos terapêuticos desejados ou o surgimento de efeitos indesejáveis (ALANO; CORRÊA; GALATO, 2012).

Dessa forma, os farmacêuticos são os profissionais da saúde que possuem maior contato na atenção básica com os pacientes oncológicos, sendo necessárias mais experiências e conhecimentos acerca dos tratamentos e das inovações tecnológicas voltadas para a cura e qualidade de vida do paciente envolvido por esta doença com a oferta do enfrentamento integral do problema (GOMES; OTHERO, 2016).

A complexidade da doença e do tratamento exige profundo conhecimento técnico-científico como também nas relações interpessoais, que são elementos que colaboram na assistência e no cuidado prestado ao paciente, onde pára a evolução do tratamento, faz-se necessário a sustentação do tripé formado por medicamentos e tratamento, enfermeiro e profissionais da saúde, e por fim, apoio familiar (BARBOSA; CABANA, 2018).

Os cuidados paliativos são desenvolvidos por uma série de profissionais da saúde com o intuito de promover resultados positivos pro paciente; que se voltam para o assunto relacionado à qualidade de vida dos pacientes (CARDOSO et al., 2013).

Mesmo que a maioria das pessoas entendam intuitivamente as conotações que implicam a expressão: "qualidade de vida ", tem sido extremamente difícil para os especialistas em saúde, tanto no âmbito social como no sanitário, obter uma definição precisa. Pode-se dizer que o termo se refere ao estado funcional e as condições impostas à saúde que comprometem a qualidade de vida dos pacientes (VIEIRA; GOLDIM, 2012).

Nessa perspectiva, Barreto (2013, p. 05) defende que cabe ao farmacêutico desempenhar ações terapêuticas, fornecer informações pautadas na prevenção e promoção da saúde, identificar a remissão e a reabilitação, diagnosticar a possibilidade de recidiva e/ou a fase final da doença, além de suporte ao acometido visto que o câncer propõe um tratamento prolongado e sujeito a inúmeros efeitos adversos que influenciam nas relações do paciente com a sociedade.

Os serviços do farmacêutico ao paciente devem consistir também no aconselhamento e supervisão do tratamento. O aconselhamento ao paciente em trata-



mento oncológico deve abranger os efeitos dos citostáticos e da terapêutica utilizada, localização dos efeitos, técnicas de administração, efeitos adversos e interação medicamentosa. Os serviços farmacêuticos devem estar presentes continuamente durante todos os ciclos terapêuticos, e completar os cuidados médicos (VIEIRA; GOLDIM, 2012).

Por isso a atenção farmacêutica no âmbito oncológico deve estar pronta para identificar precocemente os efeitos colaterais ocasionados pelo tratamento do câncer, criando alternativas para minimizá-lo com um atendimento individual baseado nas características pessoais e sociais de cada indivíduo assistido (GOMES; OTHERO, 2016).

Seguindo esse raciocínio, faz-se necessário o planejamento da atividade assistencial na farmácia estabelecendo os objetivos do atendimento, avaliar as consequências de cada tratamento na escolha do mais adequado ao perfil do paciente, investir em campanhas de comunicação externa e interna no âmbito hospitalar, desenvolver estratégias voltadas a um tratamento terapêutico mais humanizado (BARBOSA; CABANA, 2018).

O farmacêutico e toda equipe ao colaborar no tratamento do paciente oncológico, se aproxima e interfere diretamente na vida do paciente através das inúmeras atividades desempenhadas como a quimioterapia curativa até os cuidados paliativos, permitindo inúmeras oportunidades de intervenção, ao tempo em que demonstra a necessidade de buscar mais conhecimento, competência, responsabilidade, acolhimento e compromisso que interagem, simultaneamente, no desenvolvimento de suas ações. E, muito embora a hospitalização seja uma medida muitas vezes imprescindível para o sucesso do tratamento, à prestação de cuidados no setor da enfermagem é considerado mais complexo que exige do profissional a capacidade de desenvolver atividades clínicas, humanas e psicológicas junto ao paciente (SILVA (2011, p. 181).

Assim, pode-se destacar da citação acima, que assistir ao paciente oncológico transcende a visão apenas de prescrição e administração dos remédios, envolve um relacionamento mais íntimo e integrado entre paciente e profissional na troca e interação de conhecimento, que vai desde o acompanhar da trajetória do assistido e de sua família, até os procedimentos diagnósticos, a conquista do avanço no tratamento, a reabilitação e demais situações compartilhadas desde diagnóstico da doença até a finalização do tratamento com a conquista da cura (LIPPI, 2011).

A percepção por parte do farmacêutico, de todos estes aspectos, permite um planejamento da assistência e de respostas às expectativas e demandas do paciente acolhido e da tradução, na prática do conceito saúde e doença pautada em uma experiência dinâmica e individualizada (COELHO, 2017).

A Assistência Farmacêutica (AF) é um componente da atenção à saúde cuja finalidade é a provisão oportuna de medicamentos seguros e de qualidade, contribuindo para a prevenção de doenças e para a promoção e recuperação da saúde



(LIPPI, 2011).

No contexto da oncologia, as principais metas globais relacionadas à AF envolvem: a promoção do cuidado de alta qualidade, a proteção dos trabalhadores quanto aos riscos de exposição aos quimioterápicos, a eliminação dos erros de medicação com agentes antineoplásicos, o desenvolvimento de planejamento ético para o gerenciamento dos medicamentos, e a contribuição para a melhoria dos resultados do uso dos antineoplásicos (COELHO, 2017).

No Brasil, segundo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a AF deve estar organizada para atender às necessidades do tratamento oncológico, de acordo com o plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer, e com as regras de incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS). É compreendida como um (sub)componente diagonal e essencial para os demais pontos de atenção da rede, devendo atuar, de forma articulada, com estes, em prol da integralidade do cuidado e da efetividade e qualidade da assistência prestada ao indivíduo com câncer (OLIVEIRA, 2013).

Trabalhar com o cuidado do câncer, é trabalhar com a vida do indivíduo, o que precisa da colaboração do profissional tanto no aspecto emocional como também no aspecto clínico. No aspecto emocional, vem oferecer atenção, compreensão e esclarecimentos acerca das dúvidas da doença, das etapas do procedimento do tratamento, sendo sempre solícitas e atentas às condições do paciente diante das experiências emocionais e afetivas, que contribuem diretamente no retrocesso ou agravamento da doença. Já se tratando no aspecto clínico, o tratamento do câncer baseia-se em cirurgias, transplante de medula óssea, e na administração de radioterapia, hormonioterapia, e/ou quimioterapia, como já explana MINEO et.al. (2013, p.07-09),

O médico deve avaliar o câncer como doença e avaliar as condições do paciente, para escolher qual melhor tratamento visto que a escolha pela cirurgia como primeiro passo no tratamento é essencialmente seletiva, pois depende da graduação da doença e do desenvolvimento tumoral, por isso na maioria das vezes essa via de tratamento busca sustentar em primeiro lugar a difusão do câncer apenas. No que diz ao tratamento terapêutico, em especial o quimioterápico, busca prevenir a reincidência tumoral no local, onde submete o paciente a longos períodos de sessões sendo associados a inúmeros efeitos colaterais decorrentes dos medicamentos agressivos.

Nessa perspectiva, paralelo ao tratamento terapêutico, poderá ser administrado no paciente, pelo farmacêutico, medicação adjuvante de caráter opióide ou não, como o analgésico, anti-inflamatórios, antidepressivos, anestésicos locais, anticonvulsivantes e corticoides, de acordo com o grau de crises dolorosas e com o escalonamento analgésico prescrito pelo médico para reverter ou prevenir efeitos adversos ao tratamento terapêutico, que demanda do enfermeiro uma atenção redobrada aos sinais fisiológicos e emocionais do paciente oncológico, proporcionando conforto e segurança, na busca de um convívio melhor com os momentos



difíceis, de forma mais amena e tranquila. (BARBOSA; CABANA, 2018).

No tratamento terapêutico, como a quimioterapia, a administração é voltada para doenças sistêmicas e na busca da regressão do tumor com a destruição das células tumorais ao interferir com as funções celulares. A exposição ao procedimento terapêutico ocasiona no paciente náusea, vômitos, anorexia, diarreia, constipação, alterações metabólicas e hematológicas como a anemia e a plaquetopenia (LIPPI, 2011).

O preparo e a administração das drogas antineoplásicas estão a cargo do enfermeiro, que deve proceder todas as etapas de cuidados para minimizar os fatores de risco e/ou infecção indesejáveis no período de exposição ao tratamento. Desta forma cabem aos enfermeiros, o gerenciamento dos procedimentos clínicos e a administração dos medicamentos e dietas, aumentando a probabilidade de resultados positivos ao tratamento do paciente (BARBOSA; CABANA, 2018).

A referência de qualidade de um serviço de saúde precisa dispor da participação do farmacêutico, possibilitando que haja o cuidado e o acompanhamento de modo individual de cada paciente seja ele hospitalizado, a nível ambulatorial ou ainda tratado em residência, viabilizando o acompanhamento e o monitoramento antes ou durante o ciclo quimioterápico, possibilitando desse modo o alcance dos objetivos terapêuticos e evitando os possíveis erros da terapia. Para isso, o profissional farmacêutico precisa manter-se em constante atualização a respeito da farmacoterapia, a prática farmacêutica, e as ferramentas as quais podem ser usadas para o acesso da informação (OLIVEIRA, 2013).

Assim, devem-se reconhecer quais os momentos prioritários de intervenção no processo de assistência farmacêutica como o período do procedimento cirúrgico, resultados do tratamento, realização de exames e demais intervenções clínicas de caráter técnico, como os cuidados na administração da quimioterapia, que exige o uso de EPI, desprezo correto do material em locais específicos, os cuidados com a punção e extravasamento, além de suporte aos familiares, que são atividades relacionadas ao profissional farmacêutico (LIPPI, 2011).

4. FARMACOTERAPIA E TERAPIA ONCOLÓGICA

Sabe-se que não é fácil receber o diagnóstico de uma patologia para qual a ciência ainda tem cura; corresponde a um evento que desafia a concepção de que existe um elemento novo na vida que precisa ser paulatinamente controlado; seja através de medicamentos, fisioterapia, exercícios ou cirurgia (SANTOS et al., 2013). Todas essas mudanças associadas, levará a dor oncológica a se prolongar, o que levará inúmeros indivíduos a perder a esperança quando se descobrem pacientes que a partir de então terá uma dor crônica, persistente. Sobreleva que, a primeira reação é negar a enfermidade; O segredo para ganhar qualidade de vida,



porém, está justamente no contrário: aceitar a enfermidade e aprender a conviver com ela. Pois a dor vai mais além dos incômodos físicos; ela envolve processo emocional, financeiro, psicológico, familiar e social (COSTA; CHAVES, 2012).

De todos os sintomas que um paciente com diagnóstico de câncer apresenta, a dor é o mais temido, constituindo o fator mais determinante de sofrimento relacionada a doença que o acomete, ainda mais determinante que a própria morte (RANGEL; TELLES, 2012).

A dor deve ser encarada como uma doença a ser diagnosticada a fim de ser adequadamente tratada, uma doença que abrange o ser humano em sua totalidade deve ser abordada com excelência técnico-científica e humanista. A importância de tratar a dor oncológica, é além de tudo uma questão humanitária, deixar uma pessoa num sofrimento que pode ser evitado deve ser visto como violação aos direitos humanos, ainda mais se o profissional responsável tem a condição de melhorar o estado do paciente (RANGEL; TELLES, 2012).

Assim, na terapia antineoplásica, os pacientes são altamente vulneráveis ao surgimento de eventuais reações adversas devido à poliquimioterapia, ocasionadas por uma série de fatores considerados determinantes para o desenvolvimento destas, como margem terapêutica pequena, longo período de tratamento e a associação da terapia antineoplásica com outras terapias de suporte, como medicamentos para o controle da dor, náuseas e vômitos entre outros efeitos resultantes do tratamento. Tal situação exige a identificação de reações adversas e os fatores de risco associados ao desenvolvimento destas (ANDRADE, 2009).

A atuação do farmacêutico é fundamental para reabilitação e tratamento dos pacientes acometidos, com a realização de intervenções para promover a qualidade de vida e identificando as possíveis complicações indesejáveis além um manejo adequado das medicações, das lesões e uma boa assistência às limitações impostas ao paciente, pela doença (BARBOSA, 2011).

O seguimento farmacoterapêutico (SF) é uma ferramenta por meio da qual, o farmacêutico assegura as necessidades do paciente relacionadas ao medicamento, através do monitoramento de todo o processo terapêutico, constatando os PRM's visando preveni-los e solucioná-los, de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar um resultado concreto, tendo em vista a qualidade e evolução da terapia medicamentosa (ALMEIDA, 2010).

Segundo a subjetividade e a veracidade da dor precisam ser respeitadas para o controle em cada pessoa. Observando a hierarquia sugerida pela escada da Dor (OMS) sobre as drogas analgésicas e suas associações para uma contribuição efetiva ao tratamento, como ilustrado no quadro abaixo.



CLASSE	FÁRMACO	TERAPIA
AINES	AAS	500 a 1250 Mg (4 – 6- 8h)
	Dipirona	500 a 1000 Mg (4 – 6h)
	Paracetamol	500 a 750 Mg (6 – 8h)
	Diclofenaco	50 a 100 Mg (6 – 8h)
OPIÓIDES FRACOS	Codeína	30 a 120 Mg (4 – 6h)
	Tramadol	50 a 100 Mg (4 – 6h)
OPIÓIDES FORTES	Morfina	5 a 200 Mg (4 – 4h)
	Metadona	2,5 a 10 Mg (6 – 12h)
	Fentanil	25 a 150 Mg (12 – 72h)
ADJUVANTES	Amitriptilina / antidepressivo	10 a 75 Mg (1x noite)
	Carbamazepina/anticonvulsivante	100 a 400 Mg (8 – 12h)
	Corticoide / Dexametasona.	0,15 a 0,5 Mg /Kg/ dose 6-6h
	Neuroléptico / Haloperidol	0,5 a 5 Mg (8 – 12h)

Figura 3: Fármacos mais comuns usados na escada analgésica.
Fonte: BAZANTE, (2016)

Com o fármaco prescrito de forma adequada a cada terapia e tipo de paciente é possível tratar a Dor Oncológica, tratá-la tem como importância primordial a qualidade de vida que o paciente terá com esse tratamento; o impacto positivo e satisfatório da sobrevida, proporcionando conforto, evitação das reações adversas, prevenção da recaída, confiança renovada contribuindo também para que o paciente tolere melhor e por mais tempo o tratamento oncológico (COSTA; CHAVES, 2012).

Conforme Bazante (2016) assistir a um paciente em fase terminal da vida transcende a visão somente de prescrição e administração dos remédios, envolvendo um relacionamento mais íntimo e integrado entre paciente e profissional na troca e interação de conhecimento, que vai desde o acompanhar da trajetória do assistido e de sua família, até os procedimentos de diagnósticos, com reflexo na conquista do avanço no tratamento, a reabilitação e demais situações compartilhadas desde diagnóstico da doença até a finalização do tratamento com a conquista da cura em muitos casos. A percepção por parte do profissional de farmácia, de todos estes aspectos, permite um planejamento da assistência e de respostas às expectativas e demandas do paciente acolhido, além da tradução, na prática do conceito saúde e doença pautada em uma experiência dinâmica e individualizada.

Para otimizar os cuidados paliativos com o paciente, devem ser observadas três etapas cruciais, a saber: avaliação apurada das notas destacadas pelos pacientes, a fim de reconhecer os problemas ligados aos fármacos administrados; criação de um planejamento de atenção farmacêutica; e por fim, seguimento rigoroso. Essas fases acontecem e são realizadas em encontros periódicos, onde todos devem ser rigorosamente documentados, a fim de contribuir para a criação e fortalecimento de uma relação terapêutica estabelecida entre farmacêutico e paciente (SANTOS, 2017).

O acompanhamento sistemático das prescrições é imprescindível, haja vista a enxurrada de fármacos prescritos para este enfermo, onde os problemas adversos

oriundos das interações medicamentosas são preponderantes no agravo do quadro clínico. Nessa perspectiva, os erros de uso de medicamentos são inúmeros, e acontecem em todas as fases do sistema de medicação, durante a prescrição, cabendo ao farmacêutico no âmbito de uma equipe multiprofissional, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapia (PELENTIR; DEUSCHLE; DEUSCHLE, 2015).

O farmacêutico para trabalhar com esse perfil de paciente, precisa manter-se informado sobre as novas terapias, conhecer detalhes de cada caso, para desenvolver uma adequada assistência farmacêutica; pois o farmacêutico, por meio de sua assistência torna-se corresponsável pela qualidade de vida do paciente. O foco da atenção farmacêutica para a dor oncológica está no aconselhamento e monitoramento da terapia farmacológica para garantir a adesão ao tratamento, além de desenvolver a confiança entre o paciente e o farmacêutico (SOUZA, et al, 2016).

Roque; Tonini; Melo (2016) ressalta que pacientes com quadros graves e hemodinamicamente instáveis, sofrem muitas intervenções diagnóstico-terapêuticas, o que propicia um aumento no risco de ocorrência dos eventos adversos, como a ministração de medicamento imunossupressores que provocam o desenvolvimento de infecções nesse segmento de pacientes. Para oferecer uma boa assistência ao paciente, é necessário que o profissional da saúde tome conhecimento além dos fatores de risco, das condições epidemiológicas e demográficas associadas ao paciente, das características farmacocinéticas e farmacodinâmicas do medicamento, tal como os possíveis efeitos colaterais e adversos, para que assim sejam tomadas decisões mais pertinentes e agilidade no atendimento em situações críticas.

Silva (2015) considera que existem também fatores predisponentes presentes nos próprios pacientes, tais como: idade, condição nutricional, doenças pregressas, estado hemodinâmico atual, condição imunológica, que influenciam na predisposição de infecção e nos resultados positivos do tratamento. Alguns fatores de risco quando interagem, a probabilidade de casos de agravamento do quadro clínico é maior, principalmente quando tem influência genética do paciente.

A literatura mostra o método SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan), TOM (Therapeutic Outcomes Monitoring) e Método Dáder de seguimento farmacoterapêutico como os três principais modelos de segmentos farmacoterapêuticos adotados no Brasil (CORRER; NOBLAT; CASTRO, 2013).

O acompanhamento sistemático da farmacoterapia de um paciente por meio do SF gera informações qualificadas a respeito do uso de medicamentos e oferece dados importantes para a farmacovigilância. Considerando ainda que a sistematização do acompanhamento farmacoterapêutico na assistência à saúde favorece a adesão dos pacientes ao tratamento, uma vez que no decorrer do acompanhamento são feitas intervenções que otimizam a farmacoterapia, favorecendo a efetividade e a segurança do tratamento (CAPUCHO, 2016).



O farmacêutico é indispensável na abordagem dessa nova vertente do tratamento oncológico; é um profissional habilitado a instruir sobre diferentes tipos de terapias. Precauções, efeitos adversos, interações, contraindicações; procura sempre estar se atualizando sobre normas, portarias, condições impostas pelos órgãos competentes, mesmo diante de informações recentes. O profissional que busca está em constante melhoria para oferecer melhor terapia e otimizar as várias vertentes que envolve a Atenção Farmacêutica voltada a Dor Oncológica (SANTOS et al., 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe uma carência na literatura em relação à temática, e o arcabouço legal ainda é deficitário. Observou-se que nem todos os fármacos compreendidos como de extrema importância estão totalmente disponíveis no SUS.

É notório que o profissional farmacêutico, pelo domínio da farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos, é o profissional habilitado para o acompanhamento de pacientes com doenças em estado avançado, com o intuito basilar de promover a melhora da qualidade de vida tanto do paciente como da família. Como resposta ao problema suscitado neste trabalho, cabe inferir que, o farmacêutico é imprescindível na efetivação dos cuidados paliativos, pautado no uso seguro e racional dos fármacos, com metodologias para evitar erros de medicação e por meio de um atendimento humanizado, com atenção as peculiaridades de cada doença e paciente, efetivar a melhora da qualidade de vida, traduzida pela terapia de cura ou mesmo redução e/ou extinção dos sintomas.

Nesse interim, o profissional farmacêutico atua diretamente na evolução do tratamento de pacientes em estado terminal, pois devido a sua habilitação, capacidade e conhecimento específico podem auxiliar diretamente na administração de medicamentos, evitando ou reduzindo a incidência dos potenciais efeitos colaterais e adversos e a correta manipulação de fármacos.

Referências

- ALMEIDA, J. R. C. **Farmacêutico em Oncologia**, uma Nova Realidade. 2ª Ed, São Paulo: Atheneu, 2010.
- ANDRADE, C. C. DE. **Farmacêutico Em Oncologia: Interfaces**. Pharmacia Brasileira, p. 24, 2009.
- BARBOSA, Maria Fernanda. **Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e assistência farmacêutica: perfil e satisfação**. FIOCRUZ, 2011.
- BARBOSA, Rosângela; CABANA, Maria Cristina Fonseca de Lima. Os cuidados paliativos e a relação da equipe de saúde com o paciente sem possibilidades de cura. **Revista Psicologado**, 2018. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-hospitalar/os-cuidados-paliativos-e-a-relacao-da-equipe-de-saude-com-o-paciente-sem-possibilidade-de-cura>>. Acesso em: 22 set. 2020.



BARBOSA, Adrielly; GALVÃO, Angélica; MARTELLI, Petrônio José de Lima. **Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família**. ASCES, 2011, p.09. Disponível em: < http://www.sbpcnet.org.br/livro/pernambuco/Poster-PDF/76_saude.pdf>. Acesso em: 05 out. 2020.

BARRETO, Rafael & TREVISAN, Judith Aparecida. **Assistência de enfermagem ao paciente oncológico e a evolução no tratamento do câncer**. Faculdade Promove, Brasília- DF, 2013. Disponível em: < http://nipromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/11c60f746604e-23f513cc9570ced9a87.pdf>. Acesso em: 01 out.2020.

BAZANTE, Patrícia Helena. **Terapia da dor em pacientes oncológicos**. Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa, 2016. Disponível em: < <https://www.cceursos.com.br/img/resumos/tcc---patricia-helena-da-silva-bazante.pdf>>. Acesso em: 06 set.2020.

CALDEIRA, Emiria da Penha. **Cuidados paliativos em pacientes terminais**. ECV, 2013. Disponível em: < <http://www.ucv.edu.br/fotos/files/CUIDADOS%20PALIATIVOS%20EM%20PACIENTES%20TERMINAIS.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2020.

CAPUCHO, H. C. **Monitoramento e Avaliação Farmacoterapêutica: o medicamento fez efeito? Qual?** v. 1, p. 1-7, 2016.

CARDOSO, Daniela H; et al. Cuidados Paliativos na Assistência Hospitalar: A Vivência de uma Equipe Multiprofissional. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis; v. 22 (4): 1134-1141, Out - Dez, 2013.

COELHO, Jannaina Pereira Santos Lima. **Assistência de Enfermagem frente ao paciente oncológico**. 2017, p. 07. Disponível em: < <http://gestaouniversitaria.com.br/artigos-cientificos/assistencia-de-enfermagem-frente-ao-paciente-oncologico>>. Acesso em: 01out.2020.

CORRER, C. J.; NOBLAT, L. DE A. C. B.; CASTRO, M. S. DE. **Gestão da Assistência Farmacêutica**. UnA-SUS, v. 2a EDIÇÃO, 2013.

COSTA, Aline I. S; CHAVES, Marcelo D., Dor em Paciente Oncológico sob Tratamento Quimioterápico. **Rev. Dor** (Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – SP); v. 13 (1): 45-49, Jan - Mar, 2012.

GOMES, Ana; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Revista Estudos Avançados**, 2016.

HAZIN, Sandra. **Cuidado paliativo: atuação do farmacêutico**. SEQUIPE, 2016.

JORGE, Camila; PAULA, Graziela Lonardoni. Cuidados Paliativos: assistência humanizada a pacientes com câncer em estágio terminal. **Revista Estação Científica**, nº 11, 2014.

LIPPI, Elis Angela Alves da Costa. **Avaliação e mensuração da dor crônica advinda do câncer**. USP, 2011. Disponível em: < <https://docplayer.com.br/6287219-Universidade-de-sao-paulo-escola-de-enfermagem-de-ribeirao-preto-elis-angela-alves-da-costa-lippi.html>>. Acesso em: 20 set. 2020.

LISBOA, Liliane Neves. **Tratamento de radioterapia em pacientes oncológicos**. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, 2014. Disponível em: < http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC-2015_1-Liliane.pdf>. Acesso em: 02 out.2020.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In. **Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP 2011.

MINEO, Flávia; MATOS, Luana; LIMA, Solange; DELUQUE, Alessandra; FERRARI, Rogério. **Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.04, Nº. 02, Ano 2013 p.2238-2260. Disponível em: < <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/22951/16474>>. Acesso em: 20 out.2020.

OLIVEIRA, P. V. DE. O farmacêutico em oncologia – o que temos, podemos e fazemos. **Jurnal Teknologi**, v. 1, n. 1, p. 69-73, 2013.

RANGEL, Odilea; TELLES, Carlos., Tratamentos da Dor Oncológica em Cuidados Paliativos. **Rev. Hosp. Universitário Pedro Ernesto**, RJ; v.11, Abr – Jun, 2012.

SANTOS, Hozana; et al. Atribuições do Farmacêutico em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. **Rev. Infarma** – Ciências Farmacêuticas; v. 25 (1), 2013.



SANTOS, Sara Carolina Salomão. **O papel da atenção farmacêutica no tratamento oncológico**. Faculdade Pitágoras, 2017. Disponível em: < <https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/19657/1/SARA%20CAROLINA%20SALOMAO%20SANTOS.pdf>>. Acesso em: 06 set.2020.

SILVA, Marcelle; MOREIRA, Marléa Chagas. **Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia**: visão dos enfermeiros. Acta Paul Enferm 2011;24(2):172-8.

SOUSA, Rita Isabel Caldeira Monteiro. **Cuidados farmacêuticos no doente oncológico**. [Monografia]: Porto, Universidade Fernando Pessoa, 2016.

VIEIRA, Rosmari W; GOLDIM, José R., Bioética e Cuidados Paliativos: Tomada de Decisões e Qualidade de Vida. **Rev. Acta Paul Enferm**. v. 25 (3): 334-339, 2012.

WAGNER, Débora. **Estado da arte dos cuidados paliativos oncológicos**: retrato da assistência no município de Juiz de Fora – MG. UFJF, 2013.



CAPÍTULO 4

A UTILIZAÇÃO DO ANTICONCEPCIONAL E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A LIBERDADE FEMININA

THE USE OF ANTICONCEPTONAL AND ITS CONTRIBUTION TO FEMALE
FREEDOM

Maria da Luz Moura de Sousa¹

Brenda Barbosa da Silva¹

Maria Madalena Corrêa Melo¹

Larissa Karyne Araújo de Magalhães¹

Paula Aroucha Pinheiro¹

Geise Raquel Sousa Pinto¹

Vanesiclea Rodrigues Ferreira¹

Ana Clara Bezerra Correa¹

Welma Ribeiro Magalhães¹

Marina Cristine Silva Maranhão²

¹ Graduandos em Farmácia, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

² Graduada em Farmácia - Bioquímica, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís Maranhão.
Docente do Curso de Farmácia da Faculdade Pitágoras de São Luís.

Resumo

Por volta do ano de 1960 o Brasil enfrentava uma grande crise econômica e demográfica, onde o estado buscava meios para solucionar a questão social que o país estava exposto, dessa forma a indústria farmacêutica apresentou a ideia da anticoncepção reversível em pílula, favorecendo a implantação do anticoncepcional hormonal que foi desenvolvido no ano de 1950 nos Estados Unidos, sendo inserido no Brasil no ano de 1962 com várias controvérsias políticas e sociais. Por isso temos como objetivo realizar análises em relação a como o anticoncepcional influenciou na vida das mulheres, na sua inclusão na sociedade e como o farmacêutico contribui para esse processo. Para isso realizamos uma revisão bibliográfica de origem descritiva e de análise quantitativa nas principais bases de dados Scielo, PubMed e Google Acadêmico artigos publicados no período de 2000 a 2019. Por meio dessa revisão foi possível verificar a grande influência do medicamento na sociedade de forma geral, tendo em vista principalmente a possibilidade de escolha da mulher em relação a maternidade, poder se relacionar com pessoas de sua escolha, diminuição de gravidez indesejada e de abortos ilegítimo. Desse modo é notável que é indispensável o papel do farmacêutico e da assistência farmacêutica em todos os projetos voltados a saúde social, em foco o planejamento familiar, pois o farmacêutico realiza diversos procedimentos em prol da farmacoterapia adequada para o real funcionamento da medicação, como a orientação sobre o uso correto, visando diminuir também o uso irracional do anticoncepcional, e garantindo a eficácia do planejamento familiar.

Palavras-chave: Anticoncepcional, Fisiologia da mulher, Acompanhamento farmacoterapêutico.

Abstract

Around 1960, Brazil faced a major economic and demographic crisis, where the state was looking for ways to solve the social issue that the country was exposed to, so the Pharmaceutical Industry presented the idea of the Reversible Contraception in pill, favoring the implantation of the Hormonal Contraceptive that was developed in 1950 in the United States, being inserted in Brazil in 1962 with several controversies, political and social. Therefore, in order to carry out analyzes in relation to how the contraceptive the lives of women, their inclusion in society and how the pharmacist contributes to this process, a bibliographic review of descriptive origin and quantitative analysis was carried out in the main databases: Scielo, PubMed and Google Scholar articles published from 2000 to 2019. Through this review, it was possible to verify the great influence of the medication on society in general, especially considering the possibility of women having the choice in relation to motherhood, being able to enter relationships with people of their choice, reducing unwanted pregnancies and illegitimate abortions. Thereby, it is notable that the role of the pharmacist and pharmaceutical assistance is essential in all projects aimed at social health, focusing on family planning, as the pharmacist performs several procedures in favor of the adequate pharmacotherapy for the real functioning of the medication, such as guidance on correct use in order to also reduce the irrational use of contraceptives and ensuring the effectiveness of family planning.

Key-words: Contraceptive, Physiology of women, Pharmacotherapeutic monitoring.



1. INTRODUÇÃO

No Brasil a inserção da pílula anticoncepcional possuiu grande impacto em diversos segmentos, como na área política, científica, comercial e religiosa. Um dos aspectos favoráveis para a implantação dos anticoncepcionais foi no período de 1962, no qual o Brasil estava mergulhado em grandes problemas socioeconômicos, como desigualdade social, inflação alarmante e o crescimento populacional incontrolável das áreas periféricas, dessa forma a implantação do anticoncepcional ocorreu com o objetivo de reduzir o problema da “crise demográfica” apresentando várias vantagens como, a melhoria das menstruações irregulares, dismenorreia e como controle de fecundidade, assim trazendo consequentemente a liberdade de escolha da maternidade e planejamento familiar, sendo possível demonstrar também a importância da atenção farmacêutica para a sociedade (SANTANA; WAISSE 2016).

Em todas as situações de utilização de medicamento a assistência e a atenção farmacêutica é uma ferramenta de extrema importância, apresentando segurança na terapia farmacológica utilizada pelo usuário, visando sempre a promoção e proteção à saúde, garantindo um correto procedimento terapêutico, com segurança e eficiência, dessa forma se faz essencial a presença do farmacêutico durante todo processo de adaptação, tratamento e utilização da medicação.

Até o século XVIII a mulher não possuía poder de escolha, era designada apenas para a procriação e afazeres do lar, não tinha acesso à direitos básicos como educação, participação política e oportunidade de emprego. No decorrer do tempo ocorreram várias lutas das mulheres em favor da posição social feminina, como o sufrágio feminino, o direito de viajar sozinha e o ingresso na educação básica. A integração do anticoncepcional no ano de 1962 foi um novo marco na revolução em vários aspectos, tanto sociais, econômicos e culturais, como também na possibilidade de direitos de optar em relação a construção familiar e em relação a mulher gerar ou não um filho. Dessa forma esse estudo torna-se de grande relevância para o meio acadêmico e científico, pois, possui o intuito de demonstra como a implantação do anticoncepcional foi importante para a mulher no âmbito saúde e no social, juntamente apresentando a importância da atuação do farmacêutico na adesão, no funcionamento eficaz do anticoncepcional e no conhecimento fisiológico do corpo feminino.

O vigente estudo refere-se a uma revisão bibliográfica de condições qualitativas e descritivas, que buscaram relacionar o profissional farmacêutico e o contexto histórico da liberdade feminina em conjunto como anticoncepcional oral, focando também na importância da atenção farmacêutica e o uso racional desse fármaco. A pesquisa foi desempenhada através de artigos, revistas e sites científicos, na base de dados bibliográficos da PubMed, Scielo e Google acadêmico, os documentos utilizados, são de artigos publicação de 2000 a 2019. Foram utilizados os seguintes descritores: A história da mulher; Atenção farmacêutica, farmacêutico e o anticoncepcional.



2. O CONTEXTO HISTÓRICO NA SOCIEDADE E A FISILOGIA DA MULHER

A mulher sempre está exposta a cenários de desigualdades por conta da ideologia criada pela sociedade de sexo frágil e fincado de forma mais fervorosa pela religião onde ela deveria ser submissa ao homem, seu único objetivo era o casamento, cuidados ao marido e procriação. Por muito tempo as mulheres foram submetidas a situações de extremas de obediência aos homens e tratadas como objeto político e econômico com participação indireta, sem direito a escolhas, porém esse quadro foi ganhando mudanças, graças a mulheres que não aceitavam os paradigmas impostos, e lutavam por liberdade (SANTOS; SACRAMENTO 2011).

Com todo o cenário de subordinação e irresistência que eram obrigadas a exercer aos homens que estavam em sua volta, as mulheres começaram a sentir a necessidade de oposição, iniciando a busca por direitos e igualdade social, levando os movimentos feministas até os dias atuais a viabilizar protestos em prol da liberdade, promovendo mudanças na imposição cultural exigida pela sociedade (TAVARES, 2012).

Um dos primeiros atos de manifestação foi a luta pelo voto denominado como sufrágio feminino, marcante por ser um movimento inclusivo da mulher no meio econômico, político e social. Sendo as mulheres capazes então de resolver problemas originados por leis injustas que lhe tiravam o direito de trabalhar e ter moradia própria. O direito de votar também expressa a representatividade onde as mulheres tem a oportunidade de serem eleitas e concorrer de igual para igual com homens em campanhas políticas (PINTO, 2010).



FIGURA 1: O Voto Feminino. 1933.

Fonte: MARQUES, 2018.

Logo após o sufrágio, as mulheres continuaram lutando pelos direitos sociais, como a luta contra a violência doméstica, igualdade de gênero, os direitos sexuais e reprodutivos, que por muitos anos foram retirados de seu domínio. (ONU MULHERES 2011).

A partir das aquisições de alguns dos seus direitos e as mulheres se tornando chefes de família, os órgãos de reprodução feminina foram obtendo nova essência. Primeiramente, se tornam ambientes de prazer e satisfação, e depois se pensa em órgão de reprodução, já de forma controladas e planejadas, visando que a maternidade já não é mais o único e obrigatório destino de útero e os ovários. (PEDRO,

2003).

A instauração inovadora da pílula hormonal conduziu diversas transformações para a condução da vida contraceptiva. Essa renovação permite que as mulheres controlem melhor a reprodução e, por um lado é compreendida como uma conquista de grande importância para elas na busca pela igualdade entre homens e mulheres, pois as libertariam da maternidade obrigatória (CABRAL,2017).

De acordo com PIBID (2017 apud BRASIL,1984) graças ao movimento feminista que acrescentou de forma significativa para a introdução da política de saúde nacional, principalmente em questões que ficavam em segundo plano como a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e temas voltados a saúde e sexualidade da mulher, dessa forma o Ministério da Saúde realiza a implantação do primeiro programa destinado a saúde da mulher, denominado como: Programa de assistência integral a saúde da mulher (PAISM) e com isso foi necessário estudo mais específico sobre a fisiologia feminina, para garantir a eficácia do programa, onde o foco seria em educação, prevenção, importâncias de exames ginecológicos, pré-natal, planejamento familiar, climatério, menopausa entre outras ações.

Com a implantação do PAISM e do anticoncepcional os estudos sobre a fisiologia da mulher se iniciaram de forma mais profunda e específica, visando o aumento da qualidade do serviço e assistência voltada para as mulheres, e de acordo com PIBID (2017, p. 20). "No sistema de reprodução da mulher está presente os principais órgãos que constituem em um conjunto de ovários, tubas uterinas, útero, colo do útero e vagina."



FIGURA 2: Sistema reprodutor feminino.

Fonte: BARBOSA; MOTA, 2010, p.60

A vagina é uma passagem com paredes elásticas, que realizam a ligação do colo do útero com a vulva (parte externa) possui duas glândulas em cada lado de sua abertura (glândulas internas) chamadas de glândulas de Bartholin na qual realizam a função de secretar muco lubrificante. A vagina possui uma membrana circular chamada de hímen que realiza um fechamento quase completo no orifício que faz a ligação da vulva com a vagina (vulvovaginal), normalmente tem uma perfuração no centro e por esse motivo apresenta formatos diferentes, essa membrana geralmente é rompida durante as primeiras relações sexuais. É na vagina onde ocorre o depósito de espermatozoides pelo pênis durante a penetração (ato

sexual), no canal vaginal também ocorre a liberação da menstruação (corrimento natural do sangue e tecido mucoso que envolve o útero) e a passagem do bebê durante o parto, já a vulva é protegida pelos grandes lábios onde estes são bastantes irrigados e inervados, e quando a mulher atinge a puberdade os grandes lábios são preenchidos por pelos pubianos. Mais internamente se encontra os pequenos lábios que protege diretamente a abertura da uretra e da vagina. Na vulva também se encontra o clitóris, que é formado por um tecido esponjoso erétil, de função similar ao pênis masculino e os Ovários são as glândulas sexuais da mulher, encontradas na lateral da pélvis, normalmente instalado na fossa ovárica, são responsáveis pela produção de óvulos para fecundação e também é responsável pela liberação dos hormônios estrogênio e progesterona. (CÂMARA 2014).

Ao final do desenvolvimento embrionário da menina, ela já possui todas as células que se tornarão gametas em ambos os ovários. Essas células - oócitos primários - existem em estruturas chamadas folículos de Graaf ou folículos ovarianos. A partir da adolescência, sob a ação de hormônios, os folículos ovarianos começam a crescer e se desenvolver. O folículo em desenvolvimento secreta o hormônio estrogênio. A cada mês, geralmente apenas um folículo completa o desenvolvimento e a maturidade, destrói e libera o ovócito secundário (gameta feminina): Esse fenômeno é chamado de ovulação. (CÂMARA 2014).

As Tubas uterinas: são duas tubagens que fazem a junção entre o ovário e o útero, as tubas ou trompas de falópios, tem a função de realizar a captura do ovócito ou gameta feminino, que são eximidos pelo ovário no momento da ovulação sendo levado para o útero, logo após a liberação do ovócito, a massa celular decorrente da ovulação se altera e vira corpo lúteo, que inicia a secreção dos hormônios progesterona e estrógeno. Aos poucos, o corpo lúteo se reduz até se converter em corpo albicans. O tecido das tubas uterinas é revestido e constituído por células ciliadas. A movimentação peristáltica realizada pelas tubas uterinas faz com que o ovulo seja lançado para o útero. O útero é um órgão vazio localizado na cavidade pélvica antes da bexiga e depois do ânus, a parede muscular é espessa e tem a forma de pêra de cabeça para baixo, tem a função de armazenar o ovulo quando é fecundado. Internamente é revestido por um tecido vascularizado chamado de endométrio, quando o ovulo não é fecundado, realiza-se o processo de descamação desse endométrio, iniciando o processo de menstruação. O útero apresenta uma divisão em três, sendo elas fundo do útero, corpo e colo do útero. (ARAGÃO, GUERRA. 2007).



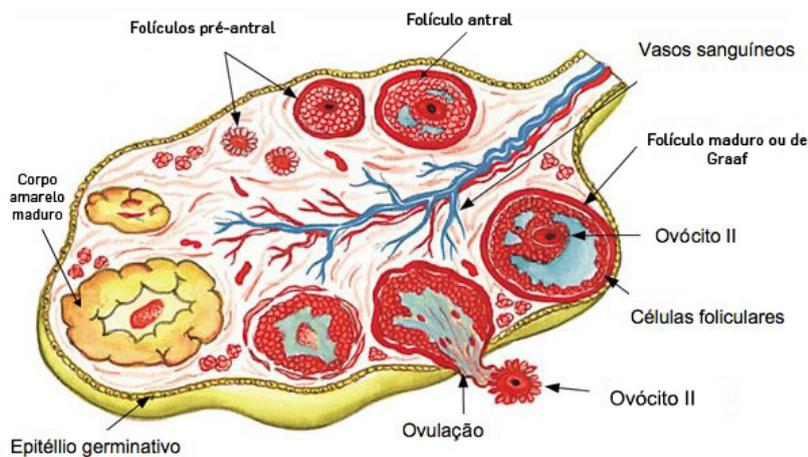


FIGURA 3: Ovulação
Fonte: MOREIRA, (2015).

No ciclo menstrual feminino existe três glândulas envolvidas, o hipotálamo que entre outras coisas é o responsável por produzir um hormônio chamado de gonadotrofina (GnRH), cuja função é estimular a hipófise a produzir dois outros hormônios, o FSH (Hormônio Folículo Estimulante, função de maturação do óvulo) e o LH (hormônio luteinizante, função de liberação de óvulo) e agem diretamente nos ovários, realizando a produção do estrogênio e da progesterona, hormônios esses que vão agir sobre o endométrio, consiste da seguinte forma, o ciclo tem uma duração em média de vinte e oito dias, nos primeiros dias do ciclo tem a predominância do FSH onde esse hormônio realiza a maturação do folículo ovariano, até a formação do folículo de Graaf e o FSH tem uma ação estimulante sobre a formação do estrógeno, onde ocorre o aumento da espessura do endométrio. A partir do decimo quarto dia onde normalmente ocorre a ovulação, o hormônio LH inicia a fragilidade da membrana folicular, ocorrendo o rompimento da membrana liberando o óvulo, que é direcionado para as tubas uterinas. Como o folículo de Graaf está vazio ele forma uma estrutura nos quatorze últimos dias chamado de corpo lúteo, que é responsável pela produção de progesterona onde ela é responsável pelo aumento significativo da espessura do endométrio. Se não houver fecundação o corpo lúteo começa a diminuir formando o corpo albicans, como consequência os níveis de hormônios (estrogênio e progesterona) são reduzidos até um nível que não se mantém a vascularização ocorrendo a menstruação que tem uma duração em média de 4 a 6 dias. E como a concentração dos hormônios (estrogênio e progesterona) estão baixos, ocorre a liberação do FSH e LH pelo hipotálamo dando início ao novo ciclo. (RANIERI; SILVA, 2011).

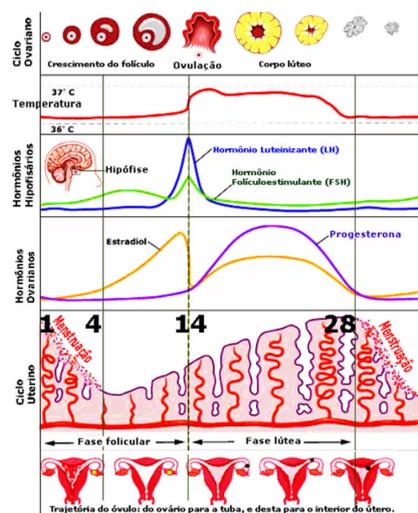


FIGURA 4: Ciclo Menstrual
Fonte: MACEDO et al. (2011)

O ato sexual feminino sempre foi cheio de tabus por conta da sociedade sexista que monta a estrutura da sociedade, porém houve a necessidade de dialogar sobre a saúde sexual da mulher, pois o sexo é um ato fisiológico e necessário para o ser humano, com base nisso a Organização Mundial de Saúde (OMS) que determinou que a saúde sexual este em conjunto com o bem-estar físico, social, emocional e mental, pois a saúde não é apenas a ausência da doença, anomalias ou debilidade. Dessa forma entende-se que a saúde sexual precisa de uma abordagem favorável e reverente da sexualidade, dos atos sexuais, tendo a capacidade de obter experiências satisfatórias e sexo seguro e saudável, livre de constrangimento, discriminação e violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todos os cidadãos devem ser prezados, reconhecido, resguardado e satisfeitos (MINISTERIO DA SAUDE, 2013).

3. A HISTÓRIA E MECANISMO DE AÇÃO DO ANTICONCEPCIONAL

No período de 1920 e 1930 os europeus identificaram e realizaram a síntese dos hormônios sexuais, a junção sem intensão entre cientistas e a indústria farmacêutica, entregou uma oportunidade de elaboração e fabricação de produtos que integra hormônios, foram vendidos como método de tratamento relacionados a desordem menstruais, menopausa e impotência sexual (DIAS et al., 2015).

A possibilidade desse método contraceptivo em pílula, foi um evento de grande importância pois marcou toda uma geração, tendo resultados positivos em várias áreas como a compreensão sobre a fisiologia de reprodução e hormonal (SANTANA, 2015).

No ano de 1960 o Brasil enfrentava grandes e diversos problemas sociais e econômicos, onde buscava melhorias na evolução mundial econômica e industrialização no cenário pós – guerra, porém o quadro de desigualdade social e pobreza

estavam incontroláveis, as lutas sociais e de ideologias ficavam mais intensas, com todo o alvoroço em diversas áreas como educacionais, política, econômicas e da saúde, a ideia de controle de natalidade e planejamento familiar foi ganhando mais ênfase, pois acreditava-se que o aumento populacional exacerbado, atrasaria mais ainda a evolução do país. Dessa forma a divulgação e a implantação da pílula contraceptiva ganhou mais repercussão, surgindo como uma grande solução, principalmente para a “crise demográfica” (SANTANA; WAISSE, 2016).

Dessa forma foram introduzidos os contraceptivos, anunciados como forma de controle de natalidade e de forma direta se falava dos direitos sexuais feminino e direitos reprodutivo, atribuindo a capacidade de realizar o planejamento familiar. A implantação do contraceptivo obteve uma grande repercussão social, tanto nas classes científicas, médicas, políticas, religiosas, entre farmacêuticos, indústria farmacêutica e pelas próprias usuárias, pois cada etapa de produção afeta uma das áreas, apresentando uma necessidade exclusiva de abordar estudos com comprovações científicas voltados para o conhecimento da ciência e da população dessa nova droga, tanto para conhecimento dos profissionais envolvidos na produção, prescrição e orientação e para esclarecimentos culturais, esses estudos também tem o desígnio de normalizar o uso do anticoncepcional na sociedade. Dessa forma o âmbito farmacêutico demonstrou grande necessidade de estudos sendo perceptível que a farmácia possuiu muita participação na implantação e na materialização da cultura do uso do anticoncepcional oral, aumentando a existência da pílula na sociedade. Os farmacêuticos e balconistas buscaram mais informações e estudos contextualizados sobre o medicamento em questão, visando garantir a eficácia, melhoria da orientação para o usuário e poder executar as práticas farmacêuticas com embasamentos científicos, podendo proporcionar também inovações para a sociedade (DIAS et al., 2018).

A compreensão do mecanismo de ação dos anticoncepcionais é de extrema importância para o conhecimento do farmacêutico para desenvolver orientações, indicações, contraindicações, eficácia, segurança e efeitos colaterais (DIAS et al, 2018).

Os anticoncepcionais orais consistem no desígnio geral de impedir uma gravidez indesejada de forma reversível, tendo em sua composição hormônios sintéticos sendo eles estrogênio e progestagênio, onde possui o objetivo de anular a ovulação, evitando o desenvolvimento do óvulo, realizando pequenas alterações no endométrio, onde ele permanece favorável a proliferação de forma natural entretanto sem gerar o corpo lúteo, não seguindo para a fase lútea, permanecendo na fase proliferativa até se iniciar a menstruação (ALMEIDA; ASSIS, 2017).

Os anticoncepcionais foram divididos em primeira geração, segunda geração, terceira geração e quarta geração, seguindo sua ordem de estudo e produção, pois cada uma dessas gerações dos anticoncepcionais possui uma dosagem de hormônio diferente, essas alterações de dosagem ocorreram para diminuir os efeitos colaterais e melhor adaptação pelo corpo feminino (MATTOS, 2012).



Geração	Miligrama
Pílula da Primeira Geração	0,150 mg de Etinilestradiol
Pílula da Segunda Geração	0,050 mg de Etinilestradiol
Pílula da Terceira Geração	0,030 mg de Etinilestradiol
Pílula da Quarta Geração	0,020 mg de Etinilestradiol

Tabela 1 – Classificação Das Pílulas de Acordo com a Dose de estrogênio
 Fonte: Conforme Mattos, 2012

Os anticoncepcionais orais combinados são classificados em monofásicos, bifásicos e trifásicos. Os monofásicos contêm a mesma concentração de estrogênio e progesterona em todos os comprimidos da cartela, os bifásicos e trifásicos apresentam a mesma quantidade de hormônios porém em proporções diferentes, nos bifásicos os dez primeiros comprimidos possuem uma quantidade de progesterona e estrogênio e no restante da cartela a quantidade de progesterona aumenta concomitantemente que a de estrogênio reduz, já os trifásicos nos setes primeiros comprimidos se tem a mesma quantidade de estrogênio e progesterona, as sete pílulas da sequência possuem uma quantidade mais elevada de ambos os hormônios, já as sete últimas possuem uma elevação da progesterona e redução do estrogênio. Todos esses possuem o mesmo mecanismo de ação e o mesmo objetivo de impedir a gravidez, só ocorrem disparidades na adaptação da mulher. (OMS, 2007).

A hipófise, glândula localizada no cérebro é responsável por produzir os hormônios FSH e LH que realizam estímulos na fabricação de estrogênio e progesterona no ovário. O FSH e o LH se elevam e se reduzem no decorrer do mês e quando alcançam um nível bem alto no organismo ocorre o estímulo de gerar estrogênio e progesterona, ocorrendo assim a ovulação. Com a utilização do anticoncepcional, as doses de progesterona e estrogênios sintéticos que são inseridas no organismo fazem com que a hipófise não realize a produção de FSH e LH, pois é compreendida pelo cérebro que não é necessário, dessa forma a produção dos folículos ovarianos é cessada na primeira fase de crescimento, não chegando ao estágio de folículo maduro, agindo também no espessamento da mucosa cervical, dificultando a penetração do espermatozoide, atuando inclusive na diminuição progressiva do endométrio, impedindo a ação de nidação. A mulher quando faz a utilização do anticoncepcional, sofre alterações hormonais durante todo o ciclo, porém com o uso a mulher não possui variações nos hormônios, dessa forma não entrando em período fértil, impedindo a concepção. Outras funções benéficas atribuídas ao anticoncepcional oral foi a diminuição da dismenorreia e a tensão pré-menstrual, também indicado no tratamento de pacientes portadoras de síndrome de ovário policístico, uma das vantagens procuradas principalmente pelo público jovem é a função de redução de acne na pele, através do controle hormonal (BRANDT. et al, 2018).

4. A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA NO USO DO ANTICONCEPCIONAL ORAL

O profissional farmacêutico tem o aptidão em promover a saúde para a sociedade, realizando a atividade de assistência farmacêutica que é uma prática voltada para a educação em saúde, promoção do uso racional de medicamento, realizar orientações sobre a forma adequada da utilização de medicamentos e acompanhar a farmacoterapêutica dos pacientes para que tenha êxito na eficácia da terapia e exercendo também a dispensação, essa prática permite uma maior proximidade do paciente com o profissional tendo o objetivo de suprir as necessidades e dúvidas voltadas para os medicamentos que o usuário possa apresentar (PEREIRA, FREITAS; 2008).

O planejamento familiar envolve ações voltadas para amparar e orientar as pessoas da sociedade em relação a artifícios da concepção consciente e planejada, visando também prevenir uma gravidez indesejada, onde os recursos propostos devem ter comprovações científicas e não podem pôr em perigo a vida dos usuários e que possam garantir a liberdade de escolha sobre a decisão de ter ou não filhos, cujos direitos em relação do planejamento familiar foi garantido na constituição federal pela lei nº 9.263 em janeiro de 1996 onde o planejamento familiar é obrigação do governo federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Dessa forma os anticoncepcionais são bastantes eficazes na realização do planejamento familiar, quando executados de forma correta, sendo assim necessitando da orientação de um profissional qualificado, que tenha a compreensão e habilidades com a farmacoterapia do medicamento junto com a cognição da fisiologia da mulher, onde sempre esteja pensando na eficácia da substância utilizada e na saúde e qualidade de vida da usuária, onde se encaixa perfeitamente o profissional farmacêutico, pois tem todo conhecimento técnico sobre a fisiologia feminina, estudos aprimorados sobre o mecanismo de ação, eficácia, vantagens e desvantagens do fármaco. (RANIERI, SILVA. 2011).

Os farmacêuticos são os profissionais de saúde mais qualificados para realizar a orientação sobre o uso de medicamentos, realizando seu papel na sociedade com a prestação de serviços de qualidade, incluindo monitoramento e orientação farmacêutica, o que contribui para reduzir o índice de automedicação e evitar doses e uso indevido de medicamentos. É importante evidenciar que a atenção farmacêutica foi decretada pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução 338/2004 como "um conjunto de ações que visam promover, proteger e restaurar a saúde, de forma individual ou coletiva, tendo como insumo básico e essencial os medicamentos e visando o acesso e ao seu uso racional" (LEAL *et al.* 2019).

Dessa forma podemos apontar que o profissional farmacêutico é o mais adequado para realizar a garantia da eficácia do método contraceptivo oral, onde o acompanhamento farmacoterapêutico apresenta mais segurança e eficácia nos resultados do planejamento familiar, onde o farmacêutico possui os conhecimentos



técnicos do medicamentos e a características clínica da usuária, podendo sempre esclarecer sobre os efeitos adversos e orientar sobre precauções necessárias durante a utilização do fármaco (SILVA, 2018).

A ligação entre farmacêutico e paciente é imprescindível para uma farmacoterapia bem sucedida onde as informações são repassadas com uma didática de fácil compreensão para as pacientes e sobre a melhor forma de realizar o tratamento e a utilização do fármaco, informando as possíveis contra indicações, efeitos adversos e interações medicamentosas que podem ocorrer, contribuindo de forma concreta, para diminuir os riscos da automedicação. (RANIERI, SILVA. 2011).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma foi possível identificar com as pesquisas realizadas que devido a fatores socioculturais, a mulher sempre foi inserida como um ser inferior na sociedade, sem opções de escolhas em relação ao próprio futuro, onde suas decisões eram tomadas por seu pai e posteriormente pelo marido. Com a evolução e cenário pós guerra, houve a necessidade de inserção da mulher na sociedade, e dessa forma buscar melhorias no cenário social. O sufrágio feminino foi um marco para a mulher na sociedade, pois dessa forma está inclusa no meio político e social.

Devido as grandes dimensões territoriais, o Brasil enfrentava um grande problema demográfico, cuja a taxa de natalidade nas regiões periféricas eram altas. Por conta disso, efetuou-se a implantação do anticoncepcional, que promovia o controle da crise demográfica entre outros problemas que envolvia a saúde feminina, contribuindo também para a liberdade da mulher em relação a escolha da maternidade, casamento e a liberdade sexual.

Por meio disso é possível notar que o estudo da fisiologia feminina foi de extrema importância para o desenvolvimento e eficácia do anticoncepcional, onde também ajudou e revolucionou a saúde voltada para a mulher, como a implantação do PAISM. Nota-se também a influência da indústria farmacêutica e do profissional farmacêutico na implantação e adaptação do anticoncepcional na sociedade, pois através dele foi possível o conhecimento dos benefícios e malefícios com mais clareza para a mulher, ocorrendo também a orientação da forma correta de utilização, adequação desse medicamento no dia a dia e no organismo, pois com o acompanhamento e assistência farmacêutica é possível garantir que não haja uma gravidez indesejada e evitando também efeitos adversos e doenças relacionadas ao uso irracional do anticoncepcional.

A perspectiva visualizada durante o trabalho é para demonstrar o quanto os estudos farmacêuticos e sua aplicação contribuem até hoje para a liberdade, saúde e desenvolvimento da mulher, iniciando com a liberdade de escolha em relação a maternidade, quantidade de filhos, diminuição de gestações indesejáveis e abortos



clandestinos, promovendo estudos e programas voltados exclusivamente para as mulheres, compreensão da importância da liberdade sexual para ambos os sexos e implantações de leis que valorizam a vida e a saúde da sociedade em geral e principalmente da mulher. É possível notar também que com as orientações realizadas pelos profissionais da saúde e com o acompanhamento farmacoterapêutico realizado junto com os usuários dos programas é fácil identificar até uma redução em relação a transmissões de doenças.

Referências

ALMEIDA A. P. F; ASSIS M.M. **Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais.** Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde - Salvador, v. 5, n. 5, p. 85-93, jan./jun. 2017. Disponível em: < <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/01/efeitos-colaterais-e-altera%C3%A7%C3%B5es-fisiol%C3%B3gicas-relacionadas-ao-uso-cont%C3%ADnuo-de-anticoncepcionais-hormonais-orais-v-5-n-5.pdf> > Acessado em: 04/10/2020.

ARAGÃO J. A; GUERRA D. R. Elementos de Anatomia Humana: Aparelho Reprodutor Feminino. São Cristóvão – SE. Editora: Universidade Federal de Sergipe / CESAD. 2007. Disponível em: < https://www.cesadufes.com.br/ORBI/public/uploadCatalogo/16233715102012Elementos_de_Anatomia_Humana_Aula_20.pdf > Acessado em: 12/10/2020.

BARSTED, L. L; Pitanguy J. **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010.** Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, Rio de Janeiro p. 436 out 2011. Disponível em: <http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf > Acessado em: 14/04/2020.

BARBOSA, C. A. G; MOTA M. T. S. **Reprodução Humana.** Natal – RN. Editora da UFRN. 2010. Disponível em: < https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/203623/2/Rep_Hum_LIVRO_WEB.pdf >. Acessado em: 28/10/2020.

BRANDT G. P; OLIVEIRA A. P.R; BURCI L. M. **Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar.** Revista gestão & saúde. RGS 2018;18(1):54-62. Disponível em: < <http://www.herrero.com.br/files/revista/fileffb43b6252282b433e193bacf91d43f7.pdf> > . Acessado em: 16/04/2020

CABRAL C. S; **Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero.** Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.4, p.1093-1104, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-26-04-1093.pdf> >. Acessado em: 03/10/2020

CÂMARA M; **Anatomia e fisiologia humana.** Instituto formação – 2014 Disponível em: < https://www.ifcursos.com.br/sistema/admin/arquivos/20-13-18-m0dul0_anat0mia_e_fisi0l0gia.pdf > Acessado em: 14/04/2020.

DIAS T. M; BONAN C; NAKANO A R; TEIXEIRA L. A. A pílula da oportunidade: discursos sobre as pílulas anticoncepcionais em A Gazeta da Farmácia,1960-198. **Rev. História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.725-742. jul.-set. 2018. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000400007> > Acessado em: 02/04/2020.

DIAS T. M; BONAN C; NAKANO A R; MAKSUD I; TEIXEIRA L. A. **Estará nas pílulas anticoncepcionais a solução? Debate na mídia entre 1960-1970.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 26(3). Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n346020> > Acessado em: 14/04/2020.

MACEDO F. B., COUTINHO E.S. T., SILVA A. C. A., KHOURI S., LIMA F. P. S. **EFEITOS DA DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL NO EDEMA PRÉ-MENSTRUAL.** XV INIC, XI EPG E V INIC JR - UNIVAP – 2011. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0587_0768_03.pdf > /Acessado em: 17/10/2020.

LEAL A. V; RODRIGUES R C; DALCIN M. F. **ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO USO DE CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA: UMA BREVE REVISÃO** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR



LEMOS A. **Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde.** RIO DE JANEIRO, V. 38, N. 101, P. 244-253, ABR-JUN 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0244.pdf> > Acessado em: 11/10/2020.

MARQUES T. C. N; O voto feminino no Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2018. Disponível em: http://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/bitstream/handle/bdtse/4798/2018_marques_voto_feminino_brasil.pdf?sequence=1&isAllowed=y > Acessado em: 11/10/2020.

MATTOS J. M; **Pílulas Anticoncepcionais.** Projeto PIBID – UNICAMP. Universidade Estadual de Campinas – Campinas, março de 2012. Disponível em: < <http://gpquae.iqm.unicamp.br/textos/T2.pdf> > Acessado em: 11/10/2020.

MOREIRA, C. Regulação Hormonal dos Sistemas Reprodutores, **Rev. Ciência Elementar.** faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. V3 N.3, P. 166. Out. 2015. Disponível em: < <https://rce.casadasciencias.org/rceapp/art/2015/166///> > Acessado em: 11/10/2020.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2009. Disponível em: < https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf > Acessado em: 16/04/2020.

OMS. **Planejamento Familiar: UM MANUAL GLOBAL PARA PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE.** Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas. 2007. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=4E8221BAD4E2EB64C107F4ACD44A-DF06?sequence=6 > Acessado em: 11/10/2020.

PEDRO J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História.** São Paulo, v. 23, nº 45, pp. 239-260 – 2003.

PEREIRA L. R. L., FREITAS O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences** vol. 44, n. 4, out./dez., 2008. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf> > Acessado em: 17/10/2020.

PINTO C. R. J. Feminismo, história e poder. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, jun. 2010.

RANIERI C. M; SILVA R. F. **ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.** 2011 p46 – Monografia curso de especialização em farmacologia - Centro Universitário Filadélfia. Londrina 2011

RODRIGUES R. M; REIS A. C. E. **Saúde da mulher.** Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência – PIBID, Indictio Editora. Universidade Estadual do Oeste do Paraná-UNIOESTE – Toledo, Paraná – 2017.

ROSA P. V. D. **Direitos da Mulher.** Sinttel. Paraná -março 2015. Disponível em: < <http://www.sinttel.com.br/public/pdfs/biblioteca/cartilha%201%20-%20DIREITOS%20DA%20MULHER%20revisada.pdf> > Acessado em: 13/04/2020.

SANTOS R.C; SACRAMENTO S. M. P. O Antes, o Depois e as Principais Conquistas Femininas. **Revista Anagrama: Revista Científica Interdisciplinar da Graduação.** São Paulo, 5(1), 1-10, set 2011. Disponível em < <http://www.revistas.usp.br/anagrama/article/view/35598/38317> > Acessado em: 14/04/2020.

SANTANA J. R. **Difusão da pílula anticoncepcional no Brasil, 1962 – 1972: a mídia e os livros didáticos.** 2015. p93 – Mestrado em história da ciência. Pontifícia universidade católica de São Paulo. PUC-SP. 2015.

SANTANA J. R; WAISSE S. Chegada e difusão da pílula anticoncepcional no Brasil, 1962-1972: qual informação foi disponibilizada às usuárias potenciais? **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 203-218, jul-dez.: 2016. Disponível em < https://www.sbh.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=2794. > Acessado em: 03/10/2020.

SILVA M A. S. A importância da Farmácia Clínica nos acompanhamentos de mulheres em uso de anticoncepcionais orais com histórico de eventos trombóticos. **Revista Especialize On-line IPOG** - Goiânia - Ano 9, Edição nº 16 Vol. 01 dezembro. 2018. Disponível em < <https://ipog.edu.br/wp-content/uploads/2019/12/marcos-aurelio-dos-santos-silva-810151212.pdf> > Acessado em: 16/09/2020.

TAVARES S. P. A. **A evolução da mulher no contexto social e sua inserção no mundo do trabalho.** 2012. p43 – Trabalho de Conclusão de Curso de História - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. 2012.



CAPÍTULO 5

O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA DISPENSAÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS E OPIOIDES NO AMBIENTE HOSPITALAR

THE ROLE OF THE PHARMACIST IN THE DISPENSING OF
BENZODIAZEPINES AND OPIOIDS IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

Ana Clara Bezerra Correa¹

Maria da Luz Moura de Sousa¹

Maria Madalena Corrêa Melo¹

Larissa Karyne Araújo de Magalhães¹

Vanesiclea Rodrigues Ferreira¹

Welma Ribeiro Magalhães¹

Geise Raquel Sousa Pinto¹

Brenda Barbosa da Silva¹

Caroline Castro Vale²

Maurício Avelar Fernandes³

1 Graduandos em Farmácia, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

2 Graduada em Farmácia – Bioquímica, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís – Maranhão. Docente do Curso de Farmácia da Faculdade Pitágoras de São Luís.

3 Graduado em Farmácia – Bioquímica, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís – Maranhão. Docente do Curso de Farmácia da Faculdade Pitágoras de São Luís..

Resumo

Considerando os possíveis riscos de interação medicamentosa ou incompatibilidade entre as classes dos Benzodiazepínicos e Opioides com outros medicamentos ou alimentos, a presença do profissional farmacêutico no ambiente hospitalar, colaborando na prevenção desses riscos e no acompanhamento farmacoterapêutico em busca de um período curto e seguro de internação é muito importante. O cuidado quanto ao uso dessas classes de medicamentos dá-se como necessário afim de evitar qualquer dano ao paciente, principalmente aqueles que possuem doenças crônicas e realizam tratamento contínuo, sendo necessário a mudança nos horários de alguns medicamentos, ou até mesmo a forma farmacêutica, já que por sua vez podem acarretar uma série de problemas, e uma dificuldade ainda maior em realizar a retirada gradativa, ou seja, diminuição da dose até a retirada completa, justamente por serem utilizados no controle da dor, ansiedade, crises convulsivas, problemas relacionados ao sono, transtorno de humor, entre outras circunstâncias, acabam se tornando subentendidos como se todos esses sintomas somente serão controlados com o uso contínuo de medicamentos à base dessas classes. A metodologia foi realizada por meio de pesquisas bibliográficas utilizando como fontes bases de dados bibliográficos: Pubmed, Scielo, Google acadêmico, BVS e livros. Tendo como objetivo geral, abordar o papel do farmacêutico contribuindo para a segurança e prognóstico dos pacientes hospitalizados em uso de benzodiazepínicos e opioides, associados a outros fármacos, garantindo um tratamento eficaz.

Palavras chave: Benzodiazepínicos; Atuação do Farmacêutico; Opioides; Interação Medicamentosa; Abstinência.

Abstract

Considering the possible risks of drug interaction or incompatibility between the classes of Benzodiazepines and Opioids with other drugs or foods, the presence of the pharmaceutical professional in the hospital environment, collaborating in the prevention of these risks and in the pharmacotherapeutic monitoring in search of a short and safe period of hospitalization it's very important. Care regarding the use of these classes of drugs is necessary in order to avoid any harm to the patient, especially those who have chronic diseases and undergo continuous treatment, requiring changes in the schedules of some drugs, or even the pharmaceutical form, since in turn they can cause a series of problems, such as psychomotor failures, dependence, abstinence, and an even greater difficulty in performing the gradual withdrawal, that is, reducing the dose until complete withdrawal, precisely because they are used in pain control , anxiety, seizures, problems related to sleep, mood disorder, among other circumstances, end up becoming dear and implied as if all these symptoms will only be controlled with the continuous use of drugs based on these classes. The methodology was carried out by means of bibliographic searches using bibliographic databases: Pubmed, Scielo, Google academic, VHL and books. With the general objective of addressing the role of the pharmacist, contributing to the safety and prognosis of hospitalized patients using benzodiazepines and opioids, associated with other drugs, ensuring an effective treatment

Key-words: Benzodiazepines; Pharmacist's performance; Opioids; Drug Interaction, Abstinence.



1. INTRODUÇÃO

A Farmácia Hospitalar é um órgão responsável pelo ciclo da Assistência Farmacêutica, desde aquisição até dispensação, contribuindo para a promoção da atenção clínica, garantindo uma assistência qualitativa ao paciente. O farmacêutico é responsável por todo o armazenamento, distribuição, dispensação e controle dos medicamentos.

Medicamentos utilizados no controle da ansiedade, induzir o sono, sedação e outros problemas são conhecidos como benzodiazepínicos lançados nos anos 60 substituindo os barbitúricos por possuírem baixos índices de toxicidade se tornando a classe mais prescrita. Entre as drogas mais antigas estão os opioides derivados do ópio extraído da *Papaver somniferum* que atuam sobre o sistema nervoso aliviando a dor e oferecendo sensação de relaxamento.

Pesquisa bibliográfica de caráter descritivo utilizando fontes de pesquisas com padrões de publicações científicas, realizadas em bases de dados bibliográficos: Pubmed, Scielo, Google acadêmico, BVS e livros no período de 2000 a 2020, utilizando as palavras chaves: Benzodiazepínicos; Dispensação; Atuação do Farmacêutico; Opioides; Abstinência a medicamentos; Farmácia Hospitalar; Interações Medicamentos.

2. RISCO DEVIDO AO USO PROLONGADO DE BENZODIAZEPÍNICOS E OPIOIDES

Os Benzodiazepínicos (BZD) são os fármacos mais prescritos, conhecidos por tratarem crises agudas de ansiedade, crises convulsivas, transtorno de humor, insônia e outras condições provocando calma e sedação ao deprimirem o Sistema Nervoso Central (SNC). Possuem rápida absorção por serem altamente lipossolúveis atravessando a barreira hematoencefálica, possuem alta ligação as proteínas devido sua distribuição e tempo de meia vida, sofrem intenso metabolismo hepático, sendo necessário uma biotransformação em metabólitos mais hidrossolúveis para que eles sejam excretados. Os BZD devem ser usados cuidadosamente em pacientes com problemas hepáticos (FOSCARINI, 2010; RANG et al., 2016).

Têm como mecanismo de ação a potencialização do Ácido Gama Aminobutírico (GABA) que é um neurotransmissor inibidor do SNC. É constituído de uma junção de cinco subunidades α , β e γ inseridas na membrana pós-sináptica. O composto formado entre o GABA e o seu receptor aumenta a entrada de cloreto, potencializando seu efeito intracelular, ocasionando a hiperpolarização na membrana do neurônio, inibindo-o (WHALEN et al., 2016; SILVA, 2010).

Os Benzodiazepínicos ligam-se as subunidades do GABA, classificados em dois tipos de sub-receptores: tipo 1, que está relacionado aos efeitos hipnóticos e cognitivos, já o sub-receptor tipo 2, com ansiedade, cognição, psicomotricidade, depressão respiratória, relaxamento muscular. Agonistas GABA-A 1 e 2 exercem ações farmacológicas no controle da ansiedade, crises epilépticas, miorelaxantes e hipnóticos (MELDELSON, 2000; SMITH, 2001).

O tratamento com BZDs não deve ultrapassar o prazo estabelecido pela prescrição médica, principalmente em casos relacionados a ansiedade e insônia, não devendo ultrapassar o uso por mais de quatro semanas, uma vez que podem acarretar dependência às pessoas que fazem uso, os efeitos envolvem diminuição da cognição, amnésia, sedação, redução da coordenação motora, risco de acidentes, tolerância, como também riscos de abuso e dependência. O uso irracional também esteve associado a visitas às emergências hospitalares, portanto, antes da prescrição médica, sua utilização para os pacientes deve ser avaliado o risco/benefício e acompanhar as possíveis reações adversas a medicamentos (RAM). A sonolência e confusão são uns dos efeitos adversos mais comuns causados pelos benzodiazepínicos. Em doses elevadas podem ocorrer falta de coordenação muscular, perda de memória, depressão respiratória, quedas, comportamentos agressivos e antissociais (ARONSON, 2015).

Algumas medidas como prevenção do uso prolongado, motivação para a retirada gradativa e a adoção de outras práticas ao usuário são ações necessárias para evitar uso e prescrição inadequada de longo prazo dos BDZ. A retirada da medicação é benéfica, levando a melhora psicomotora e o funcionamento cognitivo. Deve-se realizar a retirada gradual em até 6 meses, ou então, pode tornar-se difícil ao usuário abandonar essas substâncias. A orientação médica e atenção farmacêutica relacionada ao uso de BZD é muito importante para diminuir a ocorrência dos efeitos colaterais (JANHSEN; ROSER; HOFFMANN, 2015).

Por sua vez, os opioides são considerados todas as drogas naturais e sintéticas que produzam efeitos parecidos ao da morfina e podem ser administrados por via intramuscular, endovenosa, intratecal, epidural, via oral e subcutânea produzindo então analgesia. São os fármacos utilizados para o alívio da dor aguda e dor oncológica intensa, também sendo utilizados no tratamento de algumas síndromes dolorosas crônicas não oncológicas. Além de promover uma excelente ação no controle da dor, há uma chance maior do principal risco, a dependência (RANG et al., 2011).

Os opioides atuam como agonistas dos receptores opioides acoplados a proteína G na membrana celular dos neurônios, denominados μ , κ e δ . Esse complexo formado ocasiona a desativação da adenilato ciclase impedindo a formação do AMPc, favorecendo na inibição dos canais de cálcio (diminuindo a liberação de neurotransmissores) e abertura dos canais de potássio, levando a hiperpolarização celular, diminuindo então a atividade neural, e conseqüente analgesia através da sensação de prazer e relaxamento (KATZUNG, 2013; MARTINS, 2012).



Com o uso prolongado, pode acarretar uma série de alterações celulares dando origem a tolerância, dependência e síndrome de abstinência, cujo malefício sobrepuja o ótimo efeito no controle da dor. Com o objetivo de diminuir o risco e alcançar melhor ação dos opioides, os profissionais de saúde precisam fazer avaliações e prescrições precisas (NASCIMENTO; SAKATA, 2011).

Segundo Rang et al., (2011) pacientes que fazem uso crônico desses medicamentos necessitam de um desmame, ou seja, diminuição gradual das doses, alteração da posologia, evitando uma suspensão de imediato, a qual pode ocasionar malefícios como tremores, ansiedade, distúrbios do sono, ou seja, uma síndrome de abstinência. Os dependentes de opioides podem fazer uso de algumas substâncias ilícitas como maconha, cocaína, medicamentos da classe dos benzodiazepínicos, nicotina e álcool em busca da sensação de prazer e relaxamento.

A dependência é uma doença neurobiológica ocasionada por repetidas exposições e pela perda de controle sobre a utilização do fármaco. O abuso de substâncias psicotrópicas pode desencadear anormalidades do funcionamento cerebral, como a compulsão e a síndrome de abstinência. O aumento de dopamina no sistema mesolímbico pelo uso de opioides, leva ao aumento da transmissão dopaminérgica considerada como o passo inicial para o desenvolvimento de dependência, pois os opioides induzem a liberação de dopamina indiretamente através da diminuição da inibição do neurotransmissor GABA através dos receptores opioides na área tegumentar ventral, e interagindo com receptores opioides no núcleo accumbens “centro do prazer” (HEIT, 2001; BALLANTYNE; LAFORGE, 2007).

Os opioides possuem reações adversas bem comuns, por exemplo, náusea, sedação que desenvolvem tolerância, constipação, sendo necessária a associação de laxantes. O controle desses efeitos é fundamental para adesão ao tratamento. A prescrição de opioides de ação prolongada e em horário fixo diminuem sensações psíquicas (sedação, euforia), proporcionam analgesia, maior adesão ao tratamento e menor risco de abuso (CHOU R et al., 2009)

O farmacêutico no ambiente hospitalar atua em relação ao uso de fármacos benzodiazepínicos e opioides, avaliando cada prescrição atenciosamente, com o objetivo de evitar erros, interações medicamentosas, realizar intervenções, se necessário, como, ajuste de dose, mudança no horário de alguma medicação, se necessário, com o intuito de garantir um tratamento seguro e eficaz. (NASCIMENTO; SAKATA, 2011).

3. POSSÍVEIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Segundo Santos et al., (2017), no ambiente hospitalar, a prática de associações medicamentosas é bastante comum em pacientes hospitalizados, representando um perigo constante, aumentando a importância de um acompa-



nhamento severo da terapêutica por uma equipe multidisciplinar com auxílio do farmacêutico contribuindo diminuir os riscos que ocorrem quando é modificada a ação de um fármaco pela presença de outro ou alimento, potencializando ou diminuindo sua ação terapêutica, gerando toxicidade ou ineficácia terapêutica, e contribuindo para um tempo maior de hospitalização. Apesar de alguns pacientes serem mais suscetíveis por utilizarem dois ou mais fármacos, os riscos aumentam conforme a idade, hábitos de vida e presença de doenças crônicas.

Reações farmacológicas, toxicológicas, clínicas ou laboratoriais causadas pela combinação de medicamentos e outros medicamentos. Também pode ser causado pela interação de medicamentos com alimentos, produtos químicos ou doenças. Os resultados dos testes laboratoriais podem afetar sua confiabilidade devido à sua interação com medicamentos. As interações medicamentosas podem levar ao aumento ou diminuição dos efeitos terapêuticos ou a novas reações adversas. (AN-VISA, 2009).

Após administração medicamentosa, podem ocorrer interações farmacodinâmicas e interações farmacocinéticas. Ocorrem interações farmacodinâmicas nos sítios de ação, quando um fármaco altera a resposta a outro fármaco, por possuírem a mesma ação (agonista) ou bloqueador (antagonista), esse efeito se dá pela ação combinada dos fármacos em receptores específicos ou outros locais. As respostas devidas a essas interações podem ser sinérgicas, tendo sua ação potencializada ou antagônica, sendo diminuída ou bloqueada, exigindo atenção de forma contínua visando minimizar seus efeitos colaterais (AYMANN S C, 2010).

As interações farmacodinâmicas são consideradas diretas, pois envolvem potencialização ou antagonismo de ação, ou seja, aumento da ação depressora do Sistema Nervoso Central pela combinação de benzodiazepínicos com opióides, resultando em depressão respiratória devendo ser acompanhada. Nas interações indiretas, um fármaco modifica o efeito do outro, sem que estejam diretamente relacionados ou interagindo entre si no mesmo sítio de ação (CARVALHO et al., 2013).

Nas interações farmacocinéticas, o fármaco modifica a absorção, a ligação às proteínas, a metabolização ou eliminação de outro fármaco. Essas interações interferem na biodisponibilidade dos fármacos, modificando seu pico de concentração. Durante o processo de absorção, podem ocorrer interações desencadeando problemas como, alteração do pH, motilidade, grau de ionização; na distribuição, competição pela ligação as proteínas plasmáticas; biotransformação, as enzimas podem inibir ou induzir efeitos farmacológicos ou toxicológicos, e por fim excreção, alteração do pH, favorecendo a eliminação de alguns fármacos (AYMANN S C, 2010).

Alguns medicamentos como, os inibidores da bomba de prótons, o dissulfiram, a isoniazida e os anticoncepcionais orais inibem o metabolismo hepático provocando o aumento das concentrações plasmáticas de benzodiazepínicos, como o diazepam (SILVA et al., 2010).



Os efeitos dos opioides são potencializados pela administração com outros depressores do SNC, como o álcool, antidepressivos tricíclicos, sedativos, anti-histamínicos, levando a uma depressão respiratória, cefaleia, depressão circulatória, fraqueza, entre outros (CARVALHO et al., 2009).

Existe uma interação farmacodinâmica grave entre as duas classes, Fentanil e Midazolam, por conta do sinergismo farmacológico, uso concomitante dos dois medicamentos para sedação. Esta associação é utilizada para oferecer o alívio da ansiedade de pacientes em estado crítico em ventilação mecânica, ocasionando a otimização da oxigenação, tendo como finalidade terapêutica (DEVLIN; ROBERTS, 2009).

Essa interação também pode ser classificada como farmacocinética, pois o Fentanil é um inibidor, ou seja, antagonista do citocromo P4503A4, e o Midazolam metabolizado por essa enzima. Um acúmulo de alfa glicuronídeo hidroximidazolam, seu metabólito ativo do Midazolam, foi encontrada em pacientes com sedação prolongada, os quais foram tratados com inibidores do citocromo P4503A4 ou que tinham outros fatores de risco que afetam a eliminação de Midazolam (DEVLIN; ROBERTS, 2009).

A atenção farmacêutica é imprescindível no momento da dispensação, principalmente a de fármacos que atuam no SNC, pois sua dispensação de forma correta pode prevenir diversos danos ao paciente (BISSON, 2007).

Quando o uso é interrompido bruscamente, pode ocasionar vários sinais e sintomas dos efeitos das drogas. O uso indiscriminado pode até mesmo agravar o quadro clínico do paciente. Algumas das reações adversas incluem, vertigem, confusão mental, tremores; a depressão respiratória e hipotensão estão relacionados a altas doses (GUIMARÃES, 2010).

A retirada dessas medicações dura em cerca de 6 a 8 semanas, devendo iniciar com a avaliação de sinais e sintomas de tolerância ou dependência, desmame gradual, redução da dose em cerca de 25% por semana acompanhado de um tratamento psicossocial, sinais de abstinência, e realizar uma nova avaliação ao paciente, considerando uma nova proposta terapêutica (PINTO, 2013).

4. O PAPEL DO FARMACÊUTICO DESDE A ANÁLISE DA PRESCRIÇÃO, DISPENSAÇÃO, CONSUMO E RETIRADA GRADATIVA

A Farmácia hospitalar é uma unidade do hospital que tem como objetivo, dispensar medicamentos de forma segura garantindo o uso racional e eficaz dos medicamentos prescritos. A Farmácia hospitalar realiza atividades relacionadas à armazenagem, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e materiais hospitalares às unidades hospitalares (MARIN et al., 2003).



O Farmacêutico Hospitalar é o responsável por todo o ciclo e fluxo do medicamento, desde sua seleção até a dispensação e o uso pelo paciente. Seu papel no ambiente hospitalar direciona-se não apenas para o administrativo, mas também para o paciente, promovendo suporte junto à equipe de saúde, na análise de prescrição, monitorização do tratamento e do quadro clínico do paciente, durante a sua internação (MARIN et al., 2003).

De acordo com GOMES; REIS, (2000); MAIA NETO, (2005), são vários os objetivos da farmácia hospitalar, os quais para serem alcançados necessitam de um sistema eficiente de informação e possuir um sistema de controle e acompanhamento de custos. Alguns objetivos: Participar da seleção de medicamentos necessários de acordo com o perfil assistencial do hospital; Realizar o planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição e controle dos medicamentos e produtos para saúde; Criar ações que contribuam para o uso seguro, racional e eficaz de medicamentos; Implantar sistema de farmacovigilância para identificação e prevenção de reações adversas aos medicamentos e materiais.

O farmacêutico é o responsável pela assistência ao paciente durante seu tratamento na unidade hospitalar, além de avaliar cada prescrição para evitar possíveis riscos de interações medicamentosas, deve participar do diálogo com a equipe médica e de enfermagem sobre o atendimento ao paciente. Os profissionais farmacêuticos devem ter contato direto e frequente com o paciente, para explicar como os medicamentos indicados reagem no corpo, o horário e a forma correta de uso e possíveis reações adversas, realizando então a farmacovigilância para coletar informações sobre as reações aos medicamentos utilizados no tratamento. (GOMES; REIS, 2000).

Em diversos casos, as prescrições dessas medicações ocorrem como primeira alternativa para tratar alguns problemas que poderiam ser facilmente resolvidos com outras alternativas, até mesmo não farmacológica, sendo assim, favorecendo mais pessoas a se tornarem dependentes (SILVA, 2015).

Conforme Mordon e Hubner (2009), grande parte dos problemas psicológicos ou psicossociais são avaliados pelo clínico geral no atendimento primário, que, caso não seja realizado da forma correta, pode conduzir a um círculo vicioso de dependência por anos. Houve um crescente aumento na utilização de benzodiazepínicos como fármacos prescritos rotineiramente para o alívio de sintomas depressivos, ansiolíticos e hipnóticos; e opioides no alívio da dor leve. Em especial o Diazepam 5mg e Tramal 100mg, exigindo ainda mais do farmacêutico um trabalho comprometido e dedicado aos usuários desses medicamentos, analisando prontuários, além de trabalhos conjuntos com terapeutas, para trocas de informações sobre o medicamento e promover uma farmacoterapia segura e bons resultados ao paciente.

A intervenção farmacêutica tornou-se fundamental para a terapêutica clínica, pois ocorre a prevenção dos erros relacionados aos medicamentos, a promoção do



uso correto e racional, diminuindo o custo da terapia e o tempo de internação do paciente (FERRACINI, 2010). O uso indevido e incorreto é um problema de saúde pública que ocasiona grandes consequências; o farmacêutico monitora a terapia analisando a posologia, interação medicamentosa com outros fármacos, alimentos ou com alguma patologia, via de administração, indicação e seus efeitos; essa avaliação pode resultar em uma intervenção farmacêutica (FARRÉ et al., 2000).

Para validação de receita, o farmacêutico analisa considerando os dados do paciente, histórico, doença atual, exames laboratoriais, horários da administração, posologia, via, tempo de infusão, interações, incompatibilidades, medicamentos de alta vigilância e a necessidade do ajuste da dose de acordo com a função hepática/renal (CARVALHO et al., 2009).

O profissional farmacêutico é um promotor da saúde que atua garantindo cuidado com o paciente e contribuindo para o uso racional de medicamentos. Ele revisa as prescrições médicas tendo como objetivo monitorar e prevenir de forma significativa a ocorrência de eventos adversos, sendo capaz de realizar intervenções para prevenir problemas relacionados com medicamentos (PRM), e uma melhora na farmacoterapia, contribuindo para a obtenção de resultados positivos, otimizando a qualidade de vida do paciente com o auxílio de outros profissionais da saúde (FERRACINI, 2010).

A dispensação é um ato exclusivo do farmacêutico, tendo como objetivo garantir que o paciente faça uso do medicamento correto de acordo com suas necessidades, dose correta, quantidade, forma farmacêutica, no horário e período estabelecido pela prescrição. Contudo, as informações contidas na prescrição necessitam estar legíveis, evitando erros de dispensação e complicações ao paciente. A atenção farmacêutica é uma estratégia para assegurar a qualificação no atendimento ao paciente. Com relação aos benzodiazepínicos e opioides, para preservar a saúde do paciente e evitar riscos de dependência, é realizado a retirada gradativa, ou seja, diminuição da dose que estava em uso até a retirada total para que o paciente não sinta fortes efeitos pela falta da medicação (CONASS, 2011).

5. CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo destacar os possíveis riscos a partir do uso incorreto e prolongado de substâncias psicotrópicas, em especial, BZDs e Opioides. Essas substâncias são bastante eficientes, com o uso abusivo, acarreta sérios problemas de tolerância, dependência e abstinência; O farmacêutico por sua vez, irá realizar o acompanhamento, avaliar a necessidade de certas doses, ou uma melhor alternativa para o controle de todos esses sintomas com o intuito de diminuir as chances de qualquer efeito indesejado que possa impactar a vida do paciente.

O número de interações medicamentosas no ambiente hospitalar é significati-



vamente alto, visto que, o farmacêutico é o intermediário entre o médico e o paciente, tendo como um papel importante, a racionalização dessas classes, orientação, levando então a uma diminuição dos problemas, evitando qualquer interação medicamentosa, seja com alimentos, álcool, ou outros medicamentos.

O profissional farmacêutico é indispensável ao realizar a Assistência Farmacêutica, para prevenção de qualquer dano indesejado causado pelo uso irracional dessas classes de medicamentos. O uso correto não depende apenas de uma prescrição, mas também de uma dispensação responsável que vise garantir resultados positivos, eficazes e seguros.

Referências

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 04/2009. As normas de farmacovigilância para os detentores de registro de medicamentos.

ARONSON, JK. **Meyler's side effects of drugs:** The International Encyclopedia of adverse drug reactions and interactions. Amsterdam: [s. n.], 2015. V. 16. Acesso: 22 de outubro

AYMANNS C, Keller F, Maus S, et al. Review of pharmacokinetics and pharmacodynamics and the aging kidney. **Clin J Am Soc Nephrol**, v. 5. n. 2, p. 314-327, 2010. Acesso: 22 de outubro.

BALLANTYNE, JC; LAFORGE, KS. **Opioid dependence and addiction during opioid treatment of chronic pain**, [S. l.], ano 2007, v. 129, n. 3, p. 235-255, 2007. Acesso: Agosto.

BISSON, MP. Farmácia clínica e atenção farmacêutica. 2ed. Barueri: Manoele, 2007. Acesso: Outubro.

CARVALHO, FD; RODRIGUES, ML; CORDEIRO, A. Atividades clínicas na Farmácia Hospitalar. *IN* NOVAES, MRCG; SOUZA, NNR. Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. São Paulo: Ateliê Vide o Verso, 2009, cap.6.5, p.267-284. Acesso: Setembro.

CARVALHO, R.E.F.L.; REIS, A.M.M.; FARIA, L.M.P.; ZAGO, K.S.A.; CASSIANI, S.H.B. Prevalência de interações medicamentosas em unidades de terapia intensiva no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 150-7, 2013. Acesso: Setembro,

CHOU, R; FANCIULLO, GJ; FINE, PG; ADLER, JA; BALLANTYNE, JC; DAVIES, P. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain, [S. l.], v. 10, p. 113-130, jan. 2009. Acesso: Outubro.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS. 2011. **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS**, BRASÍLIA, 2011. Acesso: Agosto

DEVLIN, JW; ROBERTS, RJ. Pharmacology of commonly used analgesics and sedatives in the ICU: benzodiazepines, propofol, and opioids. *Crit Care Clin*. 2009;25:431-49. Acesso: Novembro

FARRÉ, R; CLOPÉS, A; SALA, ML, et al. Intervenciones farmacêuticas: metodología y evaluación. (3), pag.136-144, 2000. Acesso: Agosto.

FERRACINI, FT. Intervenção Farmacêutica. *IN* Prática Farmacêutica no Ambiente Hospitalar- Do planejamento à realização. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2010, cap.15, pg.185-191. Acesso: Setembro

FOSCARINI, P. T. Benzodiazepínicos: uma revisão sobre o uso, abuso e dependência. Trabalho de Conclusão de Curso: Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 34 p., 2010. Acesso: outubro.

GOMES, M.J.V de M; REIS, A.M.M. **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em Farmácia Hospitalar**. 1a edição, São Paulo, Atheneu, 2000. Acesso: Setembro.

GUIMARÃES, FS. Hipnóticos e ansiolíticos. *IN* FUCHS, FD; WANNMACHER, L. Farmacologia clínica: Fundamentos da terapêutica racional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p.711-27. Acesso: Agosto.



HEIT, HA. **The truth about pain management:** The difference between a pain patient and an addicted patient, [S. l.], n. 5, p. 27-9, fev. 2001. Acesso: Outubro.

JANHSEN, K; ROSER, P; HOFFMANN, K. **The Problems of long-term treatment with benzodiazepines and related substances. Prescribing practice, epidemiology, and the treatment of withdrawal,** [s. l.], p. 112(1-2): 1-7, 5 jan. 2015. Acesso: Outubro

KATZUNG, G. **Farmacologia básica e clínica.** 12. ed. [S. l.: s. n.], 2013. Acesso: Setembro. Acesso: Agosto.

KÜHNER, D.O.; OLIVEIRA, A.M. **Gestão Farmacêutica: atividade lucrativa para o hospital.** São Paulo: Segmento Farma Editores, 2010. Acesso: Outubro

MAIA, NETO, J.F. **Farmácia Hospitalar e suas interfaces com a saúde.** São Paulo: Rx, 2005. 316p.

MARIN, N; LUIZA, VL; CASTRO, C.G.S.O; SANTOS, S.M. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334p. Acesso: Outubro.

MARTINS, RODRIGO TOMAZINI *et al.* **Revista Dor.** Receptores opioides até o contexto atual, São Paulo, v. 13, 13 mar. 2012. Acesso: Agosto.

MELDELSON, +WB. Hypnotics: Basic Mechanisms and Pharmacology. *In: PRINCIPLES and Practice of Sleep Medicine.* 3. ed. Philadelphia: [s. n.], 2000. p. 407-413. Acesso: Agosto.

MORDON, D.G.; HUBNER, C.V.K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Revista Diagnóstico e Tratamento,** São Paulo, v. 14, n. 2, p. 66-69, 2009. Acesso: Setembro.

NASCIMENTO, D; SAKATA, R. Dependência de Opioides em Pacientes com Dor Crônica. **Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor,** Departamento de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva da Universidade Federal de São Paulo, v. 12, p. 160-165, 1 jun. 2001. Acesso: Outubro.

PINTO, C. A. **A abordagem do uso indiscriminado de benzodiazepínicos em idosos no município de Lajinha-MG.** Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2013. Acesso: Novembro

RANG, H.P *et al.* **Farmacologia.** Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2011. Acesso: Agosto.

RANG, H.P *et al.* **Farmacologia.** 8. ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2016. Acesso: Agosto.

SADOCK, BJ; SADOCK, VA. Terapias biológicas. *IN* Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 2007, p.1087-94. Acesso: Setembro.

SANTOS, M.H.B.A. Análise de interações medicamentosas potenciais e de eventos adversos a medicamentos em uma unidade de terapia intensiva. 2017. 117 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017. Acesso: Outubro.

SILVA, P. **Farmacologia.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Acesso: Outubro.

SILVA, AC. **Implantação de protocolos na unidade de saúde Abdalla Felício para o controle do uso de benzodiazepínicos.** Juiz de Fora-MG, 2015.

SMITH, TA. **Type A Gamma-aminobutyric acid (GABA A) Receptor Subunits and Benzodiazepine Binding:** Significance to Clinical Syndromes and Their Treatment., [s. l.], p. 111-121, 2011. Acesso: Setembro.

WHALEN, K; FINKEL, R; PANAVELIL, T.A. **Farmacologia ilustrada.** 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.



CAPÍTULO 6

IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DA FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

THE IMPORTANCE OF THE INSERTION OF PHYTOTHERAPY IN PRIMARY
HEALTH CARE

Ellen Raquel Santos dos Santos¹

Geise Raquel Sousa Pinto¹

Maria Madalena Côrrea Melo¹

Suelen Cristine da Silva Araújo¹

¹ Graduanda em Farmácia, Faculdade Pitágoras, São Luís, Maranhão

Resumo

A fitoterapia é entendida no Brasil, como uma prática sociocultural, por ter como base a saberes indígenas adicionadas a culturas africanas e europeias. A saúde é um direito constitucionalmente assegurado ao cidadão, garantida pelo Estado. Problemática: Como o uso de remédios fitoterápicos podem contribuir para a melhoria dos serviços ofertados na saúde primária? O objetivo geral discutir a inserção de programas de fitoterapia na atenção primária a saúde, a fim de funcionar como medida terapêutica alternativa. Através de um embasamento bibliográfico reunido por meio de pesquisas monográficas, artigos, periódicos e livros relacionados ao tema. Como conclusão pode-se afirmar que a fitoterapia é vista no ramo da saúde como uma excelente opção terapêutica ao tratamento na saúde primária.

Palavras-chave: Tratamento Farmacológicos, Fitoterápicos, Saúde Primária.

Abstract

Phytotherapy is understood in Brazil as a sociocultural practice, as it is based on indigenous knowledge added to African and European cultures. Health is a right constitutionally guaranteed to the citizen, guaranteed by the State. Problematic: How can the use of herbal medicines contribute to the improvement of services offered in primary health? The general objective is to discuss the insertion of herbal medicine programs in primary health care, in order to function as an alternative therapeutic measure. Through a bibliographic basis gathered through monographic research, articles, periodicals and books related to the theme. As a conclusion, it can be stated that phytotherapy is seen in the health sector as an excellent therapeutic option for primary health care.

Keywords: Pharmacological treatment, Phytotherapics, Primary Health.



1. INTRODUÇÃO

A Fitoterapia é uma área de estudos que tem como objetivo investigar o uso do reino vegetal na promoção da saúde e cura das doenças. Pensando nisso, este trabalho pretende analisar a importância dessa ciência inserida na atenção primária à saúde. Desse modo, o uso de ervas com fins curativos acompanha a história da humanidade. Muitas pessoas sabem receitas que foram passadas pelas gerações de suas famílias, seja para gripe ou enxaqueca. Esse conhecimento empírico pode causar intoxicação. Cabe a atenção básica orientá-los sobre as contraindicações. A Fitoterapia é inserida no SUS como um recurso terapêutico. Ao considerá-la como meio curativo, há a necessidade de inserir na atenção primária à saúde. Para isso, far-se-á importante promover discussões na comunidade acadêmica e geral.

Sabe-se que a atenção primária à saúde é uma política de atuação responsável por organizar o atendimento de maneira que atenda melhor a população de forma regionalizada, resulta-se em uma adaptação do sistema de saúde de forma que atenda às necessidades especificamente daquela região. Essa estratégia permite que ações preventivas e curativas sejam, assim como a atenção ao sujeito e à comunidade, possa garantir a promoção da saúde coletiva.

Os principais argumentos que movem o debate da inserção da Fitoterapia na atenção primária à saúde são: a diminuição de investimento em medicamentos tradicionais, redução de dependência medicamentosa, e aumento do estudo sobre o tema na formação acadêmica. Conseqüentemente, trabalhos como este se fazem importantes para promover o conhecimento na academia, além de difundir sobre a Fitoterapia.

Atuando de forma preventiva e complementar a saúde da população, a adoção de medicamentos fitoterápicos tem se mostrado eficaz desde o princípio, além de ser economicamente mais acessível. A saúde é um direito constitucionalmente assegurado ao cidadão, logo garantida pelo Estado. Atualmente tem-se tornado importante alvo de pesquisas, em que chama a atenção de profissionais da saúde junto a órgãos públicos e privado, com o intuito de efetivar o desenvolvimento e a melhoria da qualidade de vida.

Dessa maneira, o estudo farmacêutico de remédios fitoterápicos surge como propulsor do sucesso e eficácia do tratamento alternativo de algumas enfermidades, além de conhecer os fatores que possam levar a reações adversas durante o período de administração da medicação, atendendo assim aos anseios da sociedade moderna.

Nessa perspectiva, a importância desse trabalho se justifica por promover debates a respeito da participação ativa dos profissionais de farmácia no processo de introdução de programas de fitoterápicos no âmbito da atenção primária à saúde e



no contexto da saúde pública, tal como o pleno desenvolvimento de um modelo de gestão da qualidade dos medicamentos que atenda a demanda do mercado, em que busca-se ofertar uma opção para barganhar uma terapia voltada ao estímulo de hábitos mais saudáveis na população e apartação do uso intensivo de medicamentos sintéticos que tenham altos índices de efeitos adversos e até dependência.

Assim, foi realizado o seguinte questionamento: Como o uso de remédios fitoterápicos podem contribuir para a melhoria dos serviços ofertados na saúde primária? O objetivo geral discutir a inserção de programas de fitoterapia na atenção primária a saúde, a fim de funcionar como medida terapêutica alternativa.

Os objetivos específicos foram: relatar o contexto histórico sobre o uso de fitoterápicos no Brasil; discutir a integração de programas de fitoterapia na atenção primária da saúde e na saúde pública; apontar a importância das práticas farmacêuticas na promoção do tratamento com fitoterápicos.

O estudo foi realizado utilizando-se de revisão da literatura, com peculiaridades qualitativas, baseando seu conteúdo em livros e bases de dados consagrados como Scielo, Periódicos Capes, Google Acadêmico, Livros, publicados no período de 2010 a 2020 que fomentaram a construção sólida de conhecimentos sobre o assunto.

2. CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE O USO DE FITOTERÁPICOS NO BRASIL

A compreensão da questão do assistencialismo terapêutico, faz-se necessário iniciar a discussão a partir do Sistema Nacional de Saúde, que no ano de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, percebeu que mudanças precisariam ser feitas em sua estrutura. Assim, quatro anos após a conferência, houve a implantação do Sistema Único de Saúde Brasileiro (CASTRO; ALBIERO, 2016).

Dessa forma, por conta do momento histórico vivido no país à época - a criação e promulgação da Constituição Cidadã de 1988 - destaca-se que tais mudanças estão baseadas na constituição e nas leis que surgiram a partir do final dos anos oitenta. Com isso, foram definidos princípios éticos que doutrinariam o SUS, como a equidade, integralidade e universalidade (BRASIL, 2010).

Ademais, destaca-se a criação das Leis nº 8080/90 e 8142/90, que, abordando os princípios da descentralização dos serviços de saúde, mudou a esfera de competência para cuidar do sistema de saúde, ele deixou de ser controlado exclusivamente pela União e as atribuições foram divididas entre os gestores das três esferas de atuação (Federal, Estadual e Municipal). Sendo assim, é de grande valia destacar o texto do artigo 6º da Lei nº 8080, que, "assegura o provimento da Assistência Terapêutica Integral, incluindo a Assistência Farmacêutica" (BRASIL, 2010).



Portanto, compreende-se que o termo "Assistência Terapêutica Integral" está diretamente ligado à ideia de cuidado a partir do tratamento do outro. Por isso, resalta-se que, mesmo não havendo uma conceituação jurídica para o termo, o SUS adota o sentido da palavra integral que diz respeito "a atuação articulada das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que implica em analisar e suprir as necessidades de cuidados de saúde aos indivíduos desde aquelas mais básicas até as mais complexas" (CORTEZ; JEUKENS, 2017).

Neste sentido, ressalta-se que o SUS foi o primeiro modelo de sistema de saúde utilizado no Brasil que adotou políticas de assistência, sobretudo a farmacêutica, e de medicamentos, como estratégias para a formulação das políticas de saúde, que tornaram os profissionais da área da saúde bem mais próximos da população, permitindo que houvesse uma prestação de serviços à saúde mais efetiva (CARNEIRO; COMARELLA, 2016).

A partir dessa noção, parte-se para uma nova discussão acerca dos parâmetros e critérios para realizar o atendimento das demandas emergentes dessa perspectiva, visando uma solução para problemas de saúde individuais e coletivos, levando em conta os princípios ético-jurídicos, como o da equidade, liberdade e justiça social, para nortear esse debate (BARRETO, 2011).

Nesse âmbito, enfoca-se na assistência terapêutica individual, que se tornou uma zona de tensão entre o Estado, que regulamenta o sistema de saúde, e o cidadão. Haja vista que tal regulamentação acaba por cercear a autonomia dos sujeitos e profissionais que atuam nos processos terapêuticos, mas com a justificativa de que as necessidades de todos devem ser atendidas igualmente (SOUZA NEVES; PINA, 2016).

Assim, a atividade de inclusão e exclusão das medidas terapêuticas, e dos indivíduos sobre os quais recaem os direitos de acesso a essas medidas, estabelecida pela Administração Pública, pode acabar gerando consequências. As principais se relacionam com o fato de não haver medidas terapêuticas referentes ao tratamento de algumas condições patológicas, o que acaba por atingir negativamente a todos que necessitarão da medida. Apesar disso, os efeitos positivos dessa regulamentação partem da ideia de prevenção do uso de tecnologias que podem ser danosas ou que significam um risco à saúde. Além da prevenção, ainda há a racionalização dos recursos direcionados à saúde, podendo beneficiar mais pessoas e ter a segurança de tratamentos mais efetivos (MASCARENHAS, 2017).

A partir do debatido, cabe destacar outra perspectiva a partir da relação existente entre a tecnologia e a assistência. Compreende-se que com o surgimento do SUS várias inovações também foram implementadas, frutos de pesquisas científicas, que visavam trazer melhorias para a área da saúde e buscar meios que pudessem satisfazer às necessidades daqueles a quem as medidas assistencialistas foram direcionadas (FEITOSA, 2010).



A compreensão da medicina preventiva se dá de forma conjunta com a aplicação das tecnologias relacionadas ao cuidado, a partir da aplicação de vários conhecimentos reunidos, com a finalidade de encontrar uma solução para uma patologia. O mundo está em constante transformação, e nosso modo de vida, valores e leis estão cada vez mais influenciados e regidos por tais mudanças. Estas, de um modo geral, manifestam-se na vida política, econômica, social e institucional, e têm como uma de suas consequências uma reorganização ambiental, onde o espaço em que vivemos precisa estar cada vez mais adaptado às necessidades dos indivíduos (PEREIRA, 2013).

Diante do exposto, destaca-se um processo compreendido por uma perspectiva histórica e atual, que visa identificar de que forma as mudanças ocorridas na sociedade contribuíram para o processo de fortalecimento de novas tendências, dentre as quais, o uso de produtos naturais e de baixo custo que dão ênfase ao aumento da qualidade de vida dos pacientes e mais acessibilidade. Desta forma, destaca-se a emergente preocupação em afastar o senso comum que sempre predominou para esses tipos de medicamentos (FEITOSA, 2010).

2.1 Histórico da Fitoterapia

A fitoterapia é entendida no Brasil, como uma prática sociocultural, por ter como base a saberes indígenas adicionadas a culturas africanas e europeias, por meio de conhecimentos tradicionais e do uso independente dos seus curadores. Mesmo com toda evolução na indústria farmacêutica, essa prática se mostra cada vez mais fundamental na atenção à saúde primária e conseqüentemente a saúde pública (SANTOS, 2015).

A fitoterapia aproxima à natureza as necessidades humanas, tratando às plantas medicinais e o cuidado a saúde primária como foco principal da pesquisa. Consiste na qualificação de medicamentos construídos através de conhecimentos tradicionais e fundamentados a partir de pesquisas científicas. Embora a união de tais conceitos seja relativamente nova, sendo implementada no Brasil recentemente – resultada desde a Conferência em Alma-Ata, em 1978 - a Organização Mundial da Saúde - OMS trouxe recomendações para a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde, já se observa mudanças gestacionais significativas, como com relação ao Sistema Único de Saúde - SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC foi aprovada, no Sistema Único de Saúde em 2006 (BRASIL, 2006b). Aprovada também em 2006 destaca-se a Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico - PNPMF, objetivando ações para toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e de fitoterápicos e dando importância para a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde. Atualmente são ofertados gratuitamente pelo SUS as dozes espécies vegetais que já fazem parte Relação Nacionais de Medicamentos Essenciais (RENAME),



alavancando de forma significativa a fitoterapia no cenário da saúde (MORENO et al., 2009).

Atualmente, a fitoterapia tem como principal desafio acompanhar as constantes transformações sociais pelas quais passamos. Observa-se que a fim de compreender tal complexidade a saúde primária vem abarcando um discurso multidisciplinar. A partir das análises deste estudo foi possível perceber a Saúde como um direito fundamental social, positivado no art. 6º da CF/88, alegando que sua concretização é basilar para se alcançar os Objetivos da República (CARNEIRO; COMARELLA, 2016).

Apontamos ainda a Saúde como tutela mediata pelo o Estado, tendo em vista que sem a garantia do equilíbrio do meio ambiente a saúde humana torna-se ameaçada. Consideramos desta forma, que existe uma interface entre estes dois ramos, especificamente, no que diz respeito à concretização do direito à saúde. Sabe-se ainda que de acordo com a teoria dos direitos de terceira geração, ambos se caracterizam como direitos metaindividuais ou direito coletivos, recebendo todos os respaldos legais e considerações de sua aplicabilidade em seus mais diferentes aspectos (PEREIRA, 2013).

Logo, considera-se o universo o direito a saúde ferramentas jurídicas indispensáveis para a manutenção da vida humana na face da terra. A ordem social também se encontra relacionada à existência entre estas áreas uma vez que a qualidade do meio ambiente, o bem-estar social e a segurança da população podem ser sintetizados em qualidade de vida, elemento imprescindível para a vida social (MACEDO, 2016).

Programas voltados a fitoterapia objetiva-se em trazer fundamentos tradicionais e o uso racional, discutindo as possibilidades de sua implementação em saúde pública no Brasil, considerando: os indicadores de saúde; a Política de.

Assistência Farmacêutica, o contexto sociocultural e econômico do país; os preceitos básicos de garantia de segurança, eficácia e qualidade de medicamentos. Onde discutidos legislação e métodos para busca, avaliação e compilação da informação científica na área de fitoterápicos e plantas medicinais, bem como a extensão do uso tradicional de plantas medicinais no país e o seu papel como recurso terapêutico no Brasil (PEREIRA, 2013).

A importância para a fitoterapia é de forma decisiva no Brasil, onde o cenário para desenvolvimento de novos fármacos é crescente, decorrente a vasta biodiversidade existente no país. Logo é necessário a implementação de projetos que estejam engajados de forma contínua e eficaz para que haja valorização dessas práticas na área científico-tecnológica (MACEDO, 2016).



3. FITOTERAPIA NA ATENÇÃO A SAÚDE PRIMÁRIA

No ocidente está em curso uma crise cultural que envolve as relações entre sociedade e biomedicina. As questões aqui relacionadas são dependentes de políticas públicas infraestruturas, ligadas ao saneamento básico e à educação, como também modelos médicos pouco custosos, capazes de assegurar práticas de promoção e recuperação da saúde. Tal crise, na área da saúde, leva os profissionais e pacientes a buscarem outros paradigmas terapêuticos, incentivados também pelo crescimento das desigualdades sociais (CARVALHO et al., 2010).

O uso de plantas medicinais, conforme menciona Dutra (2009), apesar de ser um tratamento secular para as doenças e de estar presente em diversas culturas sofreu muitas alterações, sobretudo, a partir da segunda metade do século XX, quando o uso de medicamentos sintéticos e industrializados começou a intensificar-se. Como reflexo desse contexto, o uso de plantas passou a ser negligenciado em virtude da supremacia dos medicamentos industrializados que passaram, a partir de então, a predominar nas terapias modernas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o uso de plantas medicinais pela população mundial tem sido muito significativo, pois cerca de 80% da população já fizeram o uso de algum tipo de planta com o objetivo de aliviar alguma sintomatologia. O aumento do interesse quanto à utilização das plantas medicinais está relacionado a diversos fatores, entre eles o alto custo dos medicamentos industrializados, a falta de acesso da população à assistência médica e farmacêutica, a crise econômica e uma tendência dos consumidores em utilizar produtos de origem natural (GÖTTEMS; PIRES, 2009).

Os cuidados básicos de saúde exigem a utilização de todos os recursos locais adequados e disponíveis para prestar assistência à saúde eficaz e de alta resolutividade. A utilização adequada de plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde representa um passo importante e mais uma opção medicamentosa a ser destinada à população na tentativa de melhorar sua saúde e qualidade de vida. Esta temática tornou-se mais sólida a partir da constatação de que, concomitantemente à utilização de medicamentos alopáticos, a população atendida em Unidades Básicas de Saúde - UBS faz uso de plantas medicinais com fins terapêuticos e muitas vezes desconhece a existência de possível toxicidade e ação terapêutica comprovada, forma correta de cultivo, preparo, indicações e contraindicações, por acreditar que, por serem plantas medicinais, não são prejudiciais à saúde, independente da forma e quantidade utilizada (CARVALHO et al., 2010).

A assistência ao paciente, à família e à comunidade é função da equipe multidisciplinar de saúde que deve planejá-la com base na cultura da população e utilizar recursos disponíveis a fim de auxiliar a comunidade a melhorar seu nível de saúde. Para isso, é necessário ter conhecimentos sobre as propriedades terapêuticas das plantas medicinais utilizadas, seu preparo, cuidados, dosagem e indicação, além de compreender como as pessoas destas comunidades percebem o processo



saúde/doença. A utilização do saber popular como base para a pesquisa científica sobre plantas medicinais tem ganhado impacto nos últimos anos e tem guiado muitos profissionais da área de saúde a investigar subsídios para a introdução de espécies em programas de fitoterapia na rede de atendimento básico à saúde (DUTRA, 2011). O governo federal aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio do Decreto Presidencial Nº. 5.813, de 22 de junho de 2006, a qual se constitui em parte essencial das políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social como um dos elementos fundamentais de transversalidade na implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira (BARRETO, 2011).

As ações decorrentes desta política, manifestadas em um Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas, são imprescindíveis para a melhoria do acesso da população aos medicamentos, à inclusão social e regional, ao desenvolvimento industrial e tecnológico, à promoção da segurança alimentar e nutricional, além do uso sustentável da biodiversidade brasileira e da valorização, valorização e preservação do conhecimento tradicional das comunidades tradicionais e indígenas (BRASIL, 2010).

A Atenção Básica de Saúde é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a promoção, a proteção, a reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (GÖTTEMS; PIRES, 2010).

Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que a Atenção Básica - AB tem como fundamento os princípios da universalidade, acessibilidade, equidade, integralidade da assistência, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação da comunidade no exercício do controle social. Göttems; Pires (2010) acrescentam a esse modelo de atenção o caráter democrático, participativo e integrado norteado pelo trabalho em equipe, pela territorialização, focado nas necessidades da comunidade, com vistas à ampliação de seu conceito para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Também denominada atenção primária à saúde, acredita-se que, com sistemas de saúde orientados pela Atenção Básica, torna-se possível alcançar melhores resultados, custos mais aceitáveis e promoção da equidade, garantindo um dos princípios do SUS. É reconhecida, como a rede de Centros de Saúde que se confi-



guras como porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e que realizam diversas ações que buscam oferecer atenção integral aos indivíduos e comunidade (BARRETO, 2011).

O PSF possui perfil educativo em sua atuação, que proporciona ações que leva em consideração a qualidade de vida dos seus usuários e oferece um melhor controle da vigilância à saúde, com facilidade de acesso ao atendimento/orientações médicas, medicamentos e atividades lúdicas no campo de fisioterapia, terapia ocupacional, dentre outros, com estímulos ao exercício de atividades físicas e culturais. Conforme Rocha, et.al. (2011, p.4-5), os objetivos do PSF dentro da comunidade são:

- a) Prestar, no posto de saúde e no domicílio, assistências integrais, contínuas, com resolubilidade e boas qualidade às necessidades de saúde da população vinculada;
- b) Atuar sobre os fatores de risco que a população está exposta;
- c) Dirigir a família como o seu espaço social e aborda-la no atendimento a saúde;
- d) Criar vínculos entre os profissionais de saúde e a população, humanizando o atendimento;
- e) Estabelecer parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetorias;
- f) Contribuir para a expansão do conhecimento do processo saúde da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- g) Divulgar a ideia que a saúde é um direito de cidadania, e qualidade de vida;
- h) Orientar a comunidade para um controle social.

Assim a Estratégia de Saúde da Família - ESF também conhecida como Programa de Saúde da Família - PSF, baseia-se como uma política pública do governo federal que visa garantir a implementação dos princípios do SUS e que estejam acessíveis a todos os núcleos da população, onde descentraliza a gestão e universaliza o acesso e participação da comunidade, sendo criado um modelo assistencial de saúde atualizado ao novo perfil demográfico do país (CARVALHO et al., 2010).

Dentro deste contexto, a inclusão da fitoterapia na atenção primária pode resultar não só em benefícios para a saúde, mas também em benefícios de ordem econômica. Um aspecto importante desta proposta de tratamento complementar está no fato de que a aplicação deste conjunto de informações torna possível o emprego terapêutico do princípio ativo, sem que seja preciso retirá-lo da planta, evitando, assim, a aplicação dos onerosos processos necessários a sua extração, isolamento e purificação (BARRETO, 2011).

No Brasil várias tentativas foram concretizadas objetivando o acesso da população a produtos fitoterápicos com qualidade, com o objetivo de desenvolver uma terapêutica alternativa e complementar, baseada em estudos científicos com comprovação das atividades farmacológicas e/ou tóxicas de espécies vegetais. Esta alternativa terapêutica é aceita pelo Ministério da Saúde, encontrando-se, na le-



gislação nacional, normas distintas para o emprego de medicamentos fitoterápicos e sua inserção nos sistemas de atendimento à saúde, como o SUS, respeitando a especificidade das diferentes escalas de obtenção dos mesmos (GÖTTEMS; PIRES, 2010).

Numa perspectiva de se adotar medidas que possibilitem tornar disponíveis nas unidades de saúde, seja na estratégia de saúde da família, seja no modelo tradicional ou nas unidades de média e alta complexidade, os produtos planta medicinal in natura, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado, são indicadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC, dentre outras ações: a ampliação da produção de fitoterápicos por intermédio de farmácias públicas com manipulação de fitoterápicos, municipais ou estaduais; o estímulo à produção industrial de fitoterápicos com utilização prioritária dos Laboratórios Oficiais; e a aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços de assistência farmacêutica (GÖTTEMS; PIRES, 2010).

Na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos - PNPMF são previstos incentivos e fomento a ações tais como: implantação de áreas de concentração em fitoterápicos e plantas medicinais nos cursos de pós-graduação; formação de grupos e centros de pesquisa na área, com atuação voltada ao enfrentamento de necessidades epidemiológicas; e estabelecimento de mecanismos de financiamento visando a inovação e validação de tecnologias para a produção de fitoterápicos, estes apontados por estudos como nicho estratégico de desenvolvimento tecnológico nacional. Também é indicado o apoio a estudos sobre plantas medicinais que abordem a educação em saúde e a organização, gestão e desenvolvimento da assistência farmacêutica (BARRETO, 2011).

A PNPMF tem como objetivo geral garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional (GÖTTEMS; PIRES, 2010).

4. IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS FARMACÊUTICAS PARA PROMOÇÃO DE TRATAMENTOS COM PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICAS

O alto custo dos medicamentos, a carência de informações sobre a qualidade de fitoterápicos e o mecanismo de ação das plantas medicinais, a matéria prima sintética e a matéria prima vegetal tanto ao segmento acadêmico quanto profissional dificulta qualquer tomada de decisão acerca das práticas farmacêuticas. É nesse cenário, que foi elaborado este manual, no intuito de promover debates a respeito da participação dos profissionais de farmácia para o sucesso no tratamento de doenças, dentro da fitoterapia, tal como o pleno desenvolvimento da gestão de qualidade dos remédios fitoterápicos que atenda a demanda do mercado (PE-



REIRA, 2013).

A Fitoterapia é reconhecida desde 2006, através de duas políticas públicas, a saber: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC e a Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico - PNPMF. É consolidada com base em embasamento teórico acerca da fisiologia, fisiopatologia, farmacologia, química orgânica e bioquímica, sendo submetida a regulamentação em farmacovigilância, adotando os parâmetros da Medicina Integrativa, que reúne todas as descobertas de cunho científico com as terapias e práticas complementares pautadas na segurança e eficiência das atividades (CASTRO; ALBIERO, 2016).

A atuação do farmacêutico é frequente pela proximidade estabelecida com o paciente no período da prestação de assistência e cuidados, com maior contato com o ciclo familiar, conhecendo os seus hábitos e estilos de vida, ofertando assim elementos que permita o monitoramento e a educação no uso correto de medicamentos (SOUZA; SOARES, 2018).

Enfim, a maioria dos enfermos desconhece a importância da prática farmacêutica, sendo necessário promover maior destaque dessa tarefa e desses profissionais a fim de funcionar como suporte aos médicos e enfermeiros na promoção dos cuidados com a saúde e no acompanhamento integral do paciente, além de explicar o mecanismo de ação e as terapias dos fitoterápicos e das plantas medicinais, haja vista ser um profissional habilitado e dominante de conhecimento técnico acerca dos efeitos esperados, dos efeitos adversos, complicações, interações medicamentosas de cada medicamento, propondo assim medidas alternativas em casos de problemas ou insucessos terapêuticos, que possam colaborar para o êxito do tratamento e melhoria da qualidade de vida (CAETANO; NETO, 2017).

Dessa forma, o início do tratamento de enfermidades como gripe, asma, transtorno de ansiedade, dores inflamatórias, dentre outras, cabe ao farmacêutico identificar as necessidades, dependências e anseios dos enfermos, além de suas condições físicas, para assim administrar o tratamento fitoterápico mais adequado à realidade do atendido, apoiando o ideal de autocuidado (FEITOSA, 2010).

Para Silveira (2011) é importante destacar que no mercado farmacêutico de fitoterápicos e demais substâncias sintéticas, existem medicamentos cuja embalagem é semelhante, o que serve de conflito ao paciente/cliente visto que uma parcela se encaixa em um perfil de analfabetos, necessitando de orientação individualizada para seguir o esquema posológico prescrito pelo profissional de saúde. Desse modo, é necessário que seja observado nos medicamentos, além de sua ação e eficácia, um método padronizado empregando-se tabela de cores e períodos para coordenar a administração dos medicamentos de maneira saudável.

Assim, o uso de fitoterápicos tem crescido vertiginosamente nas últimas décadas, onde o acompanhamento profissional seja de médico ou farmacêutico é escasso, haja vista este intimamente ligado às crenças da sociedade em que estas



modalidades de medicamentos são apartidárias de efeitos tóxicos ou adversos, e que o uso amplo pela população subsidiaria como legalização para a segurança do uso intensivo destes medicamentos (CORRÊA et al., 2012).

A evolução das práticas farmacêuticas ocorre através da maior participação desse profissional em equipes de saúde, atuando no setor clínico e hospitalar oferecendo seus conhecimentos para melhorar o cuidado ao paciente, sendo que ao médico cabe a função de responsabilizar pela adoção da farmacoterapia enquanto que ao farmacêutico cabe a função de fornecer subsídios para melhor escolha de medicamentos para cada doença conforme habilidades, destrezas e conhecimentos técnico e científico, além de sua intensa presença em pesquisas científicas a fim de descobrir novos fármacos a partir de matéria-prima vegetal (FEITOSA, 2010).

Desta forma cabem aos farmacêuticos, facilitar o processo de adesão dos pacientes aos fitoterápicos, destacando e esclarecendo os benefícios clínicos, além de favorecer o aumento da ligação entre o usuário com o serviço. Assim dentre as tarefas ligadas a este profissional, tem-se o gerenciamento dos procedimentos clínicos e a administração dos medicamentos, aumentando a probabilidade de resultados positivos ao tratamento do paciente (DE SOUZA NEVES; PINA, 2016).

Assevera que o SUS visa assegurar à população brasileira o pleno acesso correto e seguro, além do uso racional de plantas medicinais e fitoterápicas, a fim de fomentar o uso sustentável da biodiversidade, e desencadear o desenvolvimento ostensivo da cadeia produtiva, tal como da indústria farmacêutica nacional. Assim, o SUS oferece à população, doze medicamentos fitoterápicos, voltados ao tratamento ginecológico, de queimaduras, gastrite e úlcera, dentre outros.

Destarte, os fármacos à base de plantas medicinais são hoje considerados seguros para a saúde, quando usados de forma correta, onde cabe inferir que todos esses medicamentos são submetidos a testes para a confirmação da eficácia, dos erros adversos e dos riscos do uso desses remédios, e também para garantir a qualidade dos produtos. Esse serviço de monitoramento, controle e fiscalização é de tarefa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa e das Vigilâncias Sanitárias Municipais e Estaduais (CARNEIRO; COMARELLA, 2016).

A importância primordial no uso de fitoterápicos e plantas medicinais é o respeito à cultura e o conhecimento convencional e o popular, ampliando o desenvolvimento da cadeia produtiva, além de ser uma alternativa terapêutica viável aos pacientes usuários do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Assim, mesmo que os fitoterápicos tenham por base princípios ativos naturais, esse fato não significa que a utilização desses medicamentos está isenta de efeitos colaterais ou interações medicamentosas. Com maestria, Carneiro; Comarella (2016) discorre que a prática farmacêutica tem como foco lapidar a qualidade de vida dos pacientes, alcançando em alguns casos a cura de ansiedade, eliminação ou diminuição do quadro clínico e dos sintomas, redução da evolução da doença,



prevenção do quadro clínico ou mesmo do aparecimento de sintomas.

Para isso, far-se-á necessário que se identifique previamente os fatores, e previna os problemas potenciais arrolados com a terapia medicamentosa e/ou fitoterapêutica de um paciente, onde o farmacêutico é elemento primordial para o aconselhamento do paciente, construindo uma relação eficaz entre paciente e profissional da saúde com o intuito de contribuir para o aumento da aderência a terapia fitoterápica (MORENO et al., 2011).

A prática farmacêutica surge como propulsor para estabelecer maior interação do profissional com o paciente, no intuito de propor maiores esclarecimentos acerca do medicamento e tratamento. Para Pereira; Freitas (2012) a conquista do empoderamento do indivíduo em relação aos fármacos, reflete na maior organização dos serviços da saúde e aumenta a aceitação na dispensação dos fitoterápicos com inúmeras vantagens clínicas.

Nessa perspectiva, cabe à farmácia um papel de destaque em todo o processo, pois este profissional é capaz de identificar os problemas e necessidades do público-alvo, e desenvolver produtos que tenham sua atuação mais rápida e eficaz, seja utilizado de matéria-prima sintética ou vegetal, além de estimular o uso em larga escala de fitoterápicos por meio da adoção de uma política de conscientização e uma sensibilização através de uma abordagem holística e sistematização das ações farmacêuticas guiadas por conhecimentos técnicos, práticos e científicos, tal como amadurecimento da perspectiva de um tratamento eficaz, além dos cuidados com a saúde, cabendo conhecer detalhadamente todo o processo de tratamento e suas peculiaridades, direcionando para a formação de um novo perfil profissional, pautado na assistência humanizada, com a necessidade de discutir valores e qualidade de vida dos seus pacientes (FEITOSA, 2010).

Assim, mesmo que os fitoterápicos tenham por base princípios ativos naturais, esse fato não significa que a utilização desses medicamentos está isenta de efeitos colaterais ou interações medicamentosas. Com maestria, Carneiro; Comarella (2016) discorre que a prática farmacêutica tem como foco lapidar a qualidade de vida dos pacientes, alcançando em alguns casos a cura de ansiedade, eliminação ou diminuição do quadro clínico e dos sintomas, redução da evolução da doença, prevenção do quadro clínico ou mesmo do aparecimento de sintomas.

Para isso, far-se-á necessário que se identifique previamente os fatores, e previna os problemas potenciais arrolados com a terapia medicamentosa e/ou fitoterapêutica de um paciente, onde o farmacêutico é elemento primordial para o aconselhamento do paciente, construindo uma relação eficaz entre paciente e profissional da saúde com o intuito de contribuir para o aumento da aderência a terapia fitoterápica (MORENO et al., 2011).

A prática farmacêutica surge como propulsor para estabelecer maior interação do profissional com o paciente, no intuito de propor maiores esclarecimentos



acerca do medicamento e tratamento. Para Pereira; Freitas (2012) a conquista do empoderamento do indivíduo em relação aos fármacos, reflete na maior organização dos serviços da saúde e aumenta a aceitação na dispensação dos fitoterápicos com inúmeras vantagens clínicas.

Nessa perspectiva, cabe à farmácia um papel de destaque em todo o processo, pois este profissional é capaz de identificar os problemas e necessidades do público-alvo, e desenvolver produtos que tenham sua atuação mais rápida e eficaz, seja utilizado de matéria-prima sintética ou vegetal, além de estimular o uso em larga escala de fitoterápicos por meio da adoção de uma política de conscientização e uma sensibilização através de uma abordagem holística e sistematização das ações farmacêuticas guiadas por conhecimentos técnicos, práticos e científicos, tal como amadurecimento da perspectiva de um tratamento eficaz, além dos cuidados com a saúde, cabendo conhecer detalhadamente todo o processo de tratamento e suas peculiaridades, direcionando para a formação de um novo perfil profissional, pautado na assistência humanizada, com a necessidade de discutir valores e qualidade de vida dos seus pacientes (FEITOSA, 2010).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fitoterapia é vista no ramo da saúde como uma excelente opção terapêutica ao tratamento na saúde primária, em enfermos que não suportam os efeitos desastrosos provocados por tratamentos farmacológicos tradicionais. Ademais, os fitoterápicos possuem em geral, mecanismo de ação equivalente aos medicamentos sintéticos e com a vantagem de provocarem menor efeito adverso.

As políticas de saúde que embasaram este trabalho, como a PNPIIC e a PNPMF fazem parte de um cenário de mudanças de atitudes e pensamentos do Governo em relação à Fitoterapia e demais Práticas Integrativas, criando um marco regulatório com a função de direcionar ações e diretrizes para estruturação e implantação destes Sistemas Médicos Complexos e Recursos Terapêuticos no SUS.

Com a qualificação dos profissionais, o apoio político a nível nacional com as Políticas já implantadas, a adesão dos gestores locais e a participação e aceitação da comunidade, as perspectivas para a Fitoterapia no SUS são as melhores e poderão trazer como resultado, a possibilidade da melhoria da qualidade de vida da população. Tal resultado se dará por uma nova opção de tratamento ao Sistema de Saúde e aquisição das plantas medicinais, como matéria-prima para as indústrias de fitoterápicos.

Conclui-se também que o farmacêutico é responsável por evitar as doses erradas ou exageradas dos fitoterápicos, controlar o processo de automedicação, otimizando assim, a qualidade de vida do público-alvo. Dessa maneira, a atividade farmacêutica está fundamentada na construção de laços de confiança na relação



entre profissional e paciente, com maior interação social, no intuito de conceber maior grau de satisfação do paciente em detrimento dos serviços de saúde e ao progresso de uma terapia fitoterápica eficaz.

Referências

BARRETO, Benilson Beloti. **Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde – a visão dos profissionais envolvidos**. UFJF, 2011.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, RDC nº 14, de 31 de março de 2010. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 22 set.2020.

CAETANO, Teidson; NETO, Orozimbo Henrique Campos. **Atenção farmacêutica aos portadores de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2017. Disponível em: <<http://jornal.faculadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/519/181>>. Acesso em: 01 out. 2020.

CARNEIRO, Ana; COMARELLA, Larissa. **Principais interações entre plantas medicinais e medicamentos**. Revista Saúde e Desenvolvimento, vol. 9, 2016.

CARVALHO, Ana; et al. Situação do registro de medicamentos fitoterápicos no Brasil. **Revista Brasileira de Farmacologia**. João Pessoa, v.18, n.12, 2010.

CASTRO, Rafaela; ALBIERO, Adriana. **O mercado de matérias primas para indústria de fitoterápicos**. Revista Fitos, Rio de Janeiro, Vol, 10(1), 1-93, Jan-Mar 2016.

CORREA, Éden; DOS SANTOS, Jessica; RIBEIRO, Poliana Laís Barbosa. **Uso de fitoterápicos no tratamento da obesidade e da ansiedade: Uma revisão de literatura**. Goiânia. PUC- Goiás. 2012. 25p. Trabalho de conclusão de curso - Pós Graduação de Nutrição Clínica e Esportiva. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

CORTEZ, Luana; JEUKENS, Maria Martha Ferreira. **Fitoterápicos na atenção primária à saúde: revisão da literatura**. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa, São Paulo. 2017;62(3):150-5.

DE SOUZA NEVES, Danielly Barreto; PINA, Joelma. **Assistência farmacêutica no SUS: os desafios do profissional farmacêutico**. Saúde & Ciência em ação, v. 1, n. 1, p. 83-104, 2016.

DUTRA, Marcelo. **Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública: um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás**. 2011. 112p. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) – Centro Universitário de Anápolis. Goiás, 2011.

FEITOSA, Francisco Pereira Junior. **O papel do farmacêutico no controle do uso racional de antibióticos**. 2010. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?>>. Acesso em: 28 set.2020.

GÖTTEMS, Lidiane; PIRES, Marcos. Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/03.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2020.

MACEDO, Jussara Alice Beleza. **Plantas medicinais e fitoterápicos na atenção primária à saúde: contribuição para profissionais prescritores**. [Monografia]: Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2016.

MASCARENHAS, Igor dos Santos. **A utilização de plantas medicinais como recurso terapêutico na atenção básica**. UNIME, 2017.

MORENO, Andréia; et.al. **Atenção farmacêutica na prevenção de interações medicamentosas em hipertensos**. J. Health Sci. Inst, v. 25, n. 4, 2011.

PEREIRA, Sabrina Schaaf Teixeira Costa. **Medicamentos fitoterápicos e drogas vegetais industrializados e oficializados pelo Ministério da Saúde no Brasil: regulamentação sanitária, abrangência e qualidade dos estudos pré-clínicos e clínicos**. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <



<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14273>>. Acesso em: 28 abr.2019.

ROCHA, Djalma; CARVALHO, Elissa; CRUZ, Maria; CARVALHO, Marlene Araújo. Benefícios do programa de saúde da família – PSF para a melhoria na qualidade de vida dos moradores do bairro São Pedro, em Teresina – PI. **Revista Inova Ação**, Teresina, v. 1, n. 1, art. 1, p. 01-14, jan./jun. 2011.

SANTOS, Nathália Neiva. **A importância da implementação da fitoterapia no cotidiano da UBSF de Cruzeiro dos Peixotos**. [Monografia]: Uberaba, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2015.

SILVEIRA, Viviane Coletti. **Planejamento e controle do estoque de medicamentos de uma farmácia varejista**. UFRGS, 2011. Disponível em:< <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/36705/000792926.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 24 out.2020.



CAPÍTULO 7

ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

CLINICAL PHARMACEUTICAL PERFORMANCE IN DRUG
RECONCILIATION

Luciana Sena Dias¹

Geise Raquel Sousa Pinto¹

¹ Graduanda em Farmácia, Faculdade Pitágoras, São Luís - MA

Resumo

A reconciliação medicamentosa é uma ferramenta primordial nos serviços de saúde, é usada para evitar e corrigir eventuais erros referente a terapia farmacológica do paciente, assim como reduzir os custos de tratamento e readmissão hospitalar, dessa forma mostrando a sua suma importância e seus benefícios para segurança do paciente a nível hospitalar. O objetivo dessa revisão foi demonstrar a contribuição do farmacêutico clínico na reconciliação medicamentosa dos pacientes. Considerou-se em uma pesquisa documental de caráter bibliográfico e qualitativo. Foram selecionados artigos, revistas, livros, boletins, monografias, dissertações e teses divulgadas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online-SciELO, Medline/Pubmed, Literatura Latino Americana e do Caribe em ciências da saúde (LILACS), Google acadêmico entre 2010 a 2020. Constatou-se que a atenção farmacêutica tem um papel fundamental na terapia do paciente no hospital, sendo esses os mais suscetíveis aos problemas relacionados a medicamentos. A participação do farmacêutico e de toda equipe multidisciplinar contribui positivamente no tratamento de cada paciente. Deste modo, o processo de reconciliação medicamentosa permite que o profissional farmacêutico atue de forma eficaz, colocando em prática a atenção farmacêutica visto que auxilia na prevenção e na correção das mesmas através das intervenções farmacêuticas, promovendo o uso racional de medicamentos, melhoria da qualidade de vida do paciente e conseqüentemente proporcionando a segurança da farmacoterapia.

Palavras-chave: Atenção Farmacêutica. Problemas Relacionados a Medicamentos. Reconciliação Medicamentosa

Abstract

Drug reconciliation is a primary tool in health services, it is used to prevent and correct errors regarding the patient's pharmacological therapy, as well as to reduce the costs of treatment and hospital readmission, thus showing its paramount importance and its benefits for the safety of the patient. hospital level. The purpose of this review was to demonstrate the contribution of the clinical pharmacist to the patients' medication reconciliation. It was considered in a documentary research of bibliographic and qualitative character. Articles, magazines, books, newsletters, monographs, dissertations and theses published in the Scientific Electronic Electronic Library Online-SciELO, Medline / Pubmed, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Google Scholar from 2010 to 2020. It was found that pharmaceutical care has a fundamental role in patient therapy in the hospital, which are the most susceptible to problems related to drugs. The participation of the pharmacist and the entire multidisciplinary team contributes positively to the treatment of each patient. In this way, the medication reconciliation process allows the pharmaceutical professional to act effectively, putting pharmaceutical care into practice as it helps in preventing and correcting it through pharmaceutical interventions, promoting the rational use of medicines, improving the quality of life. of the patient and consequently providing the safety of pharmacotherapy.

Keywords: Pharmaceutical Care. Drug-related problems. Drug Reconciliation



1. INTRODUÇÃO

A atenção farmacêutica dentro de uma instituição e saúde tem o intuito de prestar um conjunto de ações planejadas e desenvolvida diretamente para o paciente, seja ele de um grupo de risco ou com doença crônica. O farmacêutico clínico tem a capacidade de pôr em prática os recursos elaborados pra promover uma boa otimização na farmacoterapia além promover uma propagação de informações sobre o tratamento do paciente assegurando uma boa adesão e garantindo o uso racional.

A agregação dos protocolos de prática desenvolvida pelo profissional farmacêutico que possa realizar no propósito de ter o paciente como beneficiário principal com finalidade de além de monitorar o plano farmacoterapêutico do paciente esse profissional coopera com uma equipe multiprofissional por dentro de um sistema sistemático para a resolução de possíveis problemas no tratamento do paciente que possa intervir na adesão do tratamento.

A atuação do farmacêutico clínico é imprescindível em qualquer nível de saúde seja numa unidade básica ou até em um hospital de alta complexidade para a prevenção de problemas relacionados aos medicamentos e o uso irracional. Um fator riscos que aumenta a incidência desses problemas é a troca de profissionais nos plantões, a transição de cuidado com o paciente é um dos fatos de risco com incidência de erros relacionados a medicamento e justamente esse processo de reconciliação medicamentosa tem como intuito de evitá-los, ou seja, prevenindo possíveis agravos.

Para que se possa amenizar os problemas de saúde dos pacientes, o trabalho em equipe multiprofissional é primordial, porque analisa individualmente cada paciente de acordo com suas necessidades. Vale ressaltar que esses profissionais precisam estar cientes do papel e cumprir, mas também ter uma boa relação de comunicação, desse modo essa ferramenta contribuirá na compatibilização terapêutica e conseqüentemente na segurança do paciente.

O profissional farmacêutico no contexto da atuação tem como alvo principal obter resultados satisfatórios na reconciliação medicamentosa obtendo benefícios na farmacoterapia, na prevenção e em possíveis problemas relacionados a medicamentos melhorando a adesão ao tratamento do paciente, dessa forma o questionamento se volta ao seguinte problema de pesquisa: Como o farmacêutico clínico pode contribuir e ou até interferir nas prescrições médicas com foco na reconciliação medicamentosa para redução de situações insatisfatórias na terapia do paciente?

Este trabalho teve como objetivo geral compreender a atuação do farmacêutico clínico como ferramenta de melhoria nas reconciliações e intervenções medica-

mentos, além de ter o acompanhamento visando a segurança e eficácia no tratamento do paciente. E como objetivos específicos: a contribuição do farmacêutico clínico na atenção farmacêutica, destacar e explicar reconciliações e intervenções medicamentosas, na segurança e eficácia nos tratamentos e compreender a contribuição do profissional farmacêutico junto a prescrição médica.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental de caráter bibliográfico e abordagem qualitativa. A busca foi limitada utilizando artigos de 2010 a 2020. A seleção de bases eletrônicas inclui: artigos, revistas, livros, e teses divulgadas em boletins, monografias, dissertações fundamentada em bases de dados eletrônicas do SciELO, PubMed- NCBI, ELSEVIER e Google Acadêmico. Utilizaram-se as palavras-chaves para a pesquisa são: reconciliação medicamentosa, erros de medicação, segurança do paciente, farmácia clínica. A busca foi feita utilizando preferencialmente os artigos de revisão bibliográfica, revisões sistemáticas, cujo o conteúdo utilizado de forma a fornecer informação dentro da área em estudo.

3. A ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA

O profissional farmacêutico clínico tem um compromisso diferenciado com o paciente, ele visa à promoção, proteção e a recuperação rápida de forma segura da saúde e cuidado ao paciente, prevenindo seus agravos devido ao uso improprio e sem orientação correta de medicamentos. A metodologia usada pelo farmacêutico clínico é sempre buscar a melhorar a farmacoterapia, orientar no uso racional de medicamento proporcionando uma melhor terapia farmacológica maximizando a qualidade de vida do paciente (LIMA et al., 2017).

O farmacêutico é de grande acessibilidade aos usuários se compararmos a outros tipos de profissionais da saúde, ele é um agente que promove e contribui muito para a população sendo o único profissional capacitado que conhece todos os aspectos farmacológicos do medicamento por tanto ele orienta de forma privilegiada as pessoas que os procuram nas farmácias e drogarias contribuindo para melhoria da saúde pública no país (FREITAS, 2019).

O cuidado farmacêutico é ofertado por meio de serviços que é de capacidade do profissional como dispensação, reconciliação medicamentosa, seguimento e ou acompanhamento farmacoterapêutico, orientação farmacêutica, educação em saúde principalmente na atenção básica pilar esse que previne diversas doenças,



entre outros serviços. O farmacêutico clínico que oferece esses serviços tem possibilidade de diversas melhorias aos pacientes, tendo diminuição em problemas relacionado a medicamentos, controle de doenças crônica (BARROS; SILVA; LEITE, 2020).

A atenção farmacêutica é uma capacidade do farmacêutico que promove ações que vão além de suas atividades específicas é necessário que o farmacêutico tenha bastante conhecimento em práticas terapêuticas, aliado a capacidade de julgamento e tomada de decisão para que exerçam com excelência e serviço, mas ainda há grandes obstáculos a serem enfrentados pois em algumas unidades profissionais não colocam em pratica pois relatam que sentem-se desmotivados e bastante ocupados com atividades gerencias para se destacarem a este novo campo.(AMBIEL; MASTROIANNI, 2013)

Em hospitais que colocam em pratica esse serviço pode ser observados melhorias significativas que previne diversas complicações futuras, é necessário que haja interação de todos os profissionais do sistema de saúde, que são capazes de identificar sinais e sintomas, implementar, monitorar a terapia medicamentosa e orientar o paciente, atuando em conjunto com outros profissionais de saúde visando a efetividade do tratamento, favorecendo a implantação de protocolos e diretrizes de tratamento de forma a assegurar a qualidade e o uso adequado de medicamentos. (BOUÇAS et al., 2018)

A Farmácia Clínica, que pode ser definida como “área da farmácia voltada à ciência e prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças” (BRASIL,2013 p.07).

É necessário ressaltar que a farmácia clínica não substitua a atenção farmacêutica, mas ambas as práticas de complementam, a filosofia da atenção farmacêutica inclui diversos elementos que contribuem para que essa pratica seja fundamental que garante ao paciente um enfoque, compromisso centrado no seu tratamento, desenvolvendo técnicas específicas para a obtenção de resultados satisfatórios. (ANGONESI; SEVALHO, 2010)

Já a farmácia clínica inclui processos que envolve o cuidado com o paciente desenvolvendo suas atividades junto com a equipe multiprofissional a monitorar o paciente internado, realizando anamnésia farmacêutica para coletar dados referente ao seu histórico de saúde, que venham a contribuir na tomada de decisão e intervenções acerca dos medicamentos prescritos para efetivar a sua farmacoterapia (PEREIRA; DE FREITAS, 2008).

As principais ações desenvolvidas por esse profissional clínico para que a segurança do paciente estão na identificação de problemas relacionados a medicamentos como dose, via de administração, horário, forma farmacêutica, dosagem correta referente ao paciente (criança, adultos e idosos), alergias, interações me-



dicamentosas, incompatibilidade duração da terapia, reações adversas, identificação de erros relacionados ao processo de elaboração de prescrição, tais como erro na unidade do medicamento, ilegibilidade, uso de abreviaturas, concentração, intervalo entre as doses administrada, dentre outros problemas que o profissional deve estar hábito na identificação prevenindo agravos que podem ser irreversíveis. (DALCIN; LIMBERGER, 2018)

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) destaca que a atenção farmacêutica deve ser incorporada partindo da necessidade do paciente, com foco centrado na prevenção de possíveis problemas relacionados aos medicamentos, dentro das ações legais e prevista ao profissional farmacêutico no âmbito de saúde (POSSAMAI; DACOREGGIO, 2007, p.477).

A definição de acompanhamento farmacoterapêutico descrito no consenso de cuidado farmacêutico do Ministério da Saúde segundo um documento adaptado descreve que:

O acompanhamento farmacoterapêutico é a prática profissional em que o farmacêutico é responsável pelas necessidades do paciente relacionado ao medicamento. Isso é feito detectando problemas relacionados a drogas (PRM) para a prevenção e resolução de resultados negativos associados à medicação (NRM). Este serviço envolve um compromisso, e deve ser prestado de forma contínua, sistematizada e documentada, em colaboração com o paciente e com outros profissionais do sistema de saúde, a fim de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente (ORIGINALES; WORKS, 2007 p.16).

As intervenções farmacêutica tem grande impacto direto na segurança do paciente, vantagens essas que permitem uma terapia farmacoterapêutica geradora de resultados de qualidade, uma vez que a maioria dos erros de medicação acontece no ato da prescrição medicamentosa e no processo de administração, e o farmacêutico é o profissional que tem maior influência pra intervir nesses erros garantindo o uso adequando do medicamento, mediante a qualquer mudança o profissional envolvido deve estar sempre preparado (MIRANDA et al., 2012).

No sistema saúde a segurança do paciente pode ser definida como a redução do risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável. É fundamental que a qualidade do cuidado em saúde segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) definida como o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Visando prevenir, evitar, reduzir danos e melhorar os resultados sendo seguros, efetivos, centrado no paciente em todo o processo de cuidado em saúde (MINISTERIO DA SAUDE, 2014).

A segurança no uso de medicamentos faz parte do amplo contexto da segurança do paciente e é um elemento essencial para a garantia da qualidade nos



serviços de saúde, o farmacêutico tem um papel importante na diminuição dos erros de medicamento junto com a equipe multiprofissional, colaborando com a promoção do uso racional dos medicamentos e diminuindo os de problemas relacionados a medicamentos (FERRACINI; BORGES FILHO, 2011).

A atuação do profissional farmacêutico na prevenção de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs), ela pode ser colocada em prática até mesmo antes da prescrição da terapia farmacológica, com a criação de guias e protocolos clínicos específicos para sua realidade na unidade de saúde. Quando já se tem uma prescrição medicamentosa o profissional teve realizar uma análise técnica da mesma, que pode intervir problemas futuros havendo uma seleção de critérios a serem tomadas para a melhorar sua terapia e acompanhar os resultados farmacoterapêutico dos pacientes (PEREIRA; DE FREITAS, 2008).

No terceiro Consenso de Granada sobre PRMs realizada na fase de avaliação que são estabelecidas as suspeitas de PRMs Nessa etapa são contestadas três propriedades fundamentais da farmacoterapia do paciente que são: necessidade, efetividade e segurança demonstrada na Figura 01.

NECESSIDADE	<p>Problema de Saúde não tratado O doente sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita.</p> <p>Efeito de medicamento não necessário O doente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.</p>
EFETIVIDADE	<p>Inefetividade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação.</p> <p>Inefetividade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.</p>
SEGURIDADE	<p>Inseguridade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade não quantitativa de um medicamento.</p> <p>Inseguridade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade quantitativa de um medicamento</p>

Figura 1: Classificação de PRM segundo Consenso de Granada
Fonte: (ORIGINALES; WORKS, 2007 p.8)

Desse modo a o serviço da atenção farmacêutica é uma ferramenta que contribui para uma interação entre farmacêutico e o paciente no sistema de saúde, facilitando assim o acompanhamento farmacológico destes, monitorando e intervindo quando necessário na farmacoterapia, prevenindo, identificando e solucionando problemas que possam surgir durante esses processos, o que contribui para o tratamento farmacológico do paciente e sua segurança.(PEREIRA; DE FREITAS, 2008).

4. ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA COMO FERRAMENTA CLÍNICA DE SEGURANÇA

O profissional farmacêutico tem um enorme papel quanto a sua atuação tanto na atenção básica como na hospitalar quanto aos outros profissionais, trabalhando de forma a prevenir e auxiliar na prestação de serviços farmacêuticos que contribui no processo sistemático desenvolvido para diminuir a incidência de erros como, de prescrição, administração de fármacos, sempre trabalhando junto com uma equipe multidisciplinar contribuindo na identificação de erros que auxilia na redução de riscos que podem estar associadas a terapêutica proposta pelo profissional prescritor, além disso pode contribuir com custos pra o sistema de saúde (ARAÚJO et al., 2017).

A Atenção Farmacêutica é um modelo de prática profissional do farmacêutico que consiste na provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados concretos e positivos em resposta à terapêutica prescrita, prática que compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades, sendo o paciente o principal beneficiário das ações que melhorem a qualidade de vida (RIBEIRO et al., 2015).

Na figura 2 descreve como o processo geral de atenção farmacêutica do paciente engloba diversas atividades de forma sistemática e lógica que melhora no acompanhamento do paciente e que a reconciliação medicamento está inserida nesse grupo pois é de relevância para um tratamento positivo que garante resultados satisfatórios durante o acompanhamento.

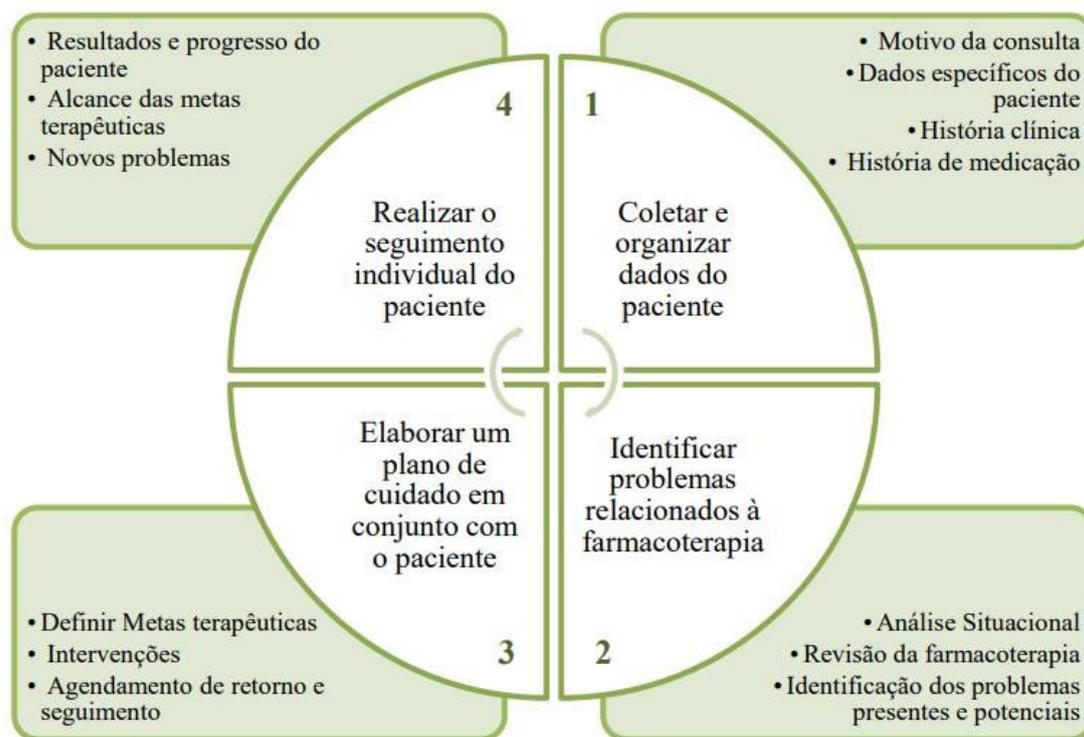


Figura 2. Processo geral de atenção farmacêutica do paciente

Fonte: (CORRER; OTUKI, 2016)

A farmácia clínica é uma área que baseia-se principalmente para o cuidado do paciente visando à promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de seus agravos, devido ao uso indevido de medicamentos, a conduta dos profissionais farmacêuticos clínicos buscam otimizar a farmacoterapia, prevenindo e monitorando eventos adversos, contribuindo na prescrição de medicamento e promovendo o uso racional de medicamentos e, sempre que possível contribui para a melhor qualidade de vida do paciente (LIMA et al., 2017).

Foi ampliada acrescentando atividades com foco na prática clínica ferramenta que auxilia no trabalho, sempre levando em consideração as resoluções, diretrizes e condições clínicas individuais de cada paciente. Deste modo, o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, propôs componentes para incrementar nessa prática como, por exemplo: educação em saúde, orientação farmacêutica, atendimento farmacêutico, dispensação, seguimento farmacoterapêutico e registro e acompanhamento da mensuração e posteriormente avaliação dos resultados (BRASIL, 2014).

De acordo com a resolução nº 585 de 2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências pode-se destacar dentre as atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde, sendo: “V - Realizar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico a outros membros da equipe de saúde, com o propósito de auxiliar na seleção, adição, substituição, ajuste ou interrupção da farmacoterapia do paciente” (BRASIL, 2013 p.04)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a segurança do paciente é responsável por integrar ações que visem evitar, prevenir e melhorar os resultados, colocando sempre o paciente como foco principal, os agravos a saúde que se evidenciam em todo o mundo requer maior cuidado e atenção pois grande parte de evidencia na prescrição e administração incorreta de medicamentos que atingi diretamente o paciente fazendo com que o seu tratamento não seja satisfatório assim fica esclarecido a relevância do profissional farmacêutico clínico capacitado em uma unidade de saúde. (MARQUES; ROMANO, 2014; ISMP, 2018).

A segurança na medicação é uma prática que evita, previne e corrige possíveis incidentes resultando do uso de medicamentos sem orientação farmacêutica, a transição de cuidados entre os profissionais de saúde aumenta os riscos na incidência relacionada ao uso racional. A farmácia clínica tem como objetivo minimizar esses incidentes relacionados aos medicamentos do paciente que podem ser provocados por informações incompletas ou insuficiente sobre a saúde do paciente e seu tratamento, para isso a reconciliação de medicamentos é um processo multidisciplinar que é centrado na saúde do paciente melhorando sua adesão e adequação dos medicamentos evitando interação entre eles que podem causar possíveis problemas relacionados a medicamentos (SAÚDE, 2016).



A Direção Geral da Saúde (DGS) define a Reconciliação da medicação como um “processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação.” (SAÚDE, 2016 p.04).

A Reconciliação Medicamentosa (RM) trata-se de um processo primordial no cuidado clínico, pois visa obter uma lista atualizada com todos os medicamentos utilizados pelo paciente, ou seja, uma forma de identificar aqueles em uso anterior à nova prescrição, dessa maneira é necessário obter informações precisas, para que se possa realizar uma comparação com a lista dos novos medicamentos prescritos, garantindo a continuidade do uso do medicamento, obtendo melhor resposta farmacológica para o tratamento proposto. (WACHTER, 2013; BRASIL 2015).

As etapas definidas para a implementação da reconciliação medicamentosa descrita na Figura 2 traz um exemplo resumido o processo de reconciliação medicamentosa em uma unidade de saúde, aplicando na prática os profissionais farmacêuticos tem como responsabilidade em conseguir resolver e prevenir problema de saúde do paciente focando na sua melhoria.

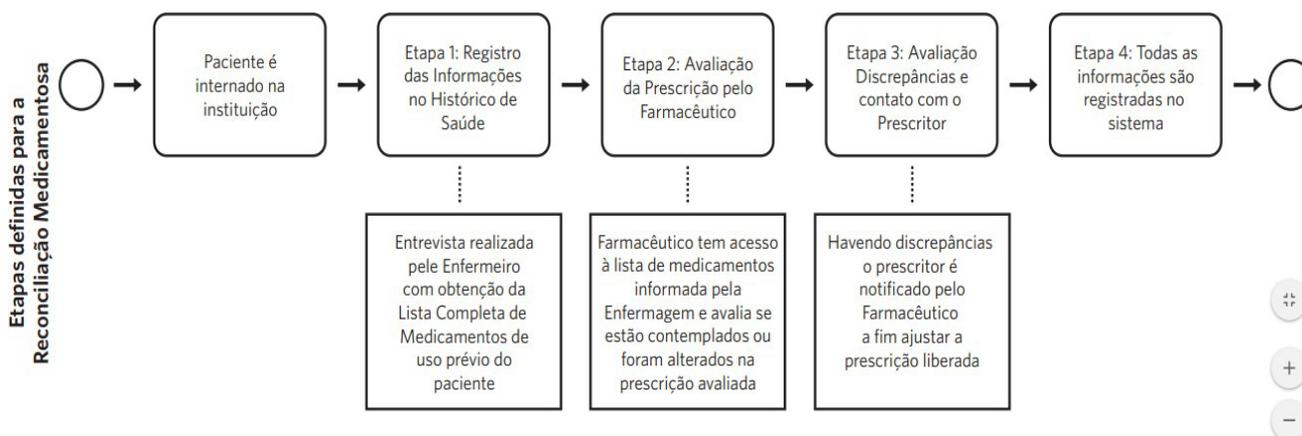


Figura 3 Etapas definidas para a implementação da reconciliação medicamentosa no hospital
Fonte: (SANTNDES, 2019)

Desse modo, o objetivo dessa lista de medicamentos é diminuir os erros de medicamentos quando ocorre a mudança do paciente de nível assistencial a saúde ou em outros casos pode ser que o paciente seja atendido por diversos médicos sem haver aplicação da RM em relação aos medicamentos prescritos. Vale frisar que a proposta é evitar erros de transcrição, omissão, duplicidade terapêutica e interações medicamentosas. Embora o objetivo citado anteriormente seja simples, mas os processos a serem realizados para alcançá-los são complexos (SPALLA; CASTILHO, 2016).

A Reconciliação de medicamentos em todos os pontos de transição do paciente é fundamental, pois percebe-se que muitos erros de medicação podem ser evitados através de uma boa comunicação por parte dos profissionais e justamente a falta de comunicação nesses pontos acarretam erros que podem até repercutir

negativamente após a alta hospitalar do paciente. E a última etapa refere-se ao compartilhamento dos dados da avaliação da RM com toda a equipe, informações acessíveis para facilitar posteriores comparações e estabelecendo relações profissionais agradáveis (ANACLETO et al., 2010; RODRIGUES; PEREIRA, 2016).

Assim, quando se tem uma boa aplicação desta ferramenta clínica às discrepâncias podem ser identificadas. A discrepância trata-se de qualquer diferença entre as informações prestadas na anamnese do paciente e a prescrição no momento da consulta clínica. Essas discrepâncias podem ser justificadas pela situação clínica do paciente ou não justificadas e estas últimas são consideradas erros de medicação. Quando detectadas o médico precisa ser informado e se for necessária as correções são realizadas e documentadas (DOMINGOS et al., 2013).

Portanto, medidas para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados em saúde incluem atenção a essas discrepâncias medicamentosas, dessa maneira o processo de reconciliação contribui a melhorar a qualidade do serviço assistencial, necessitando do apoio dos pacientes, cuidadores e familiares a fim de ajudarem os profissionais da saúde com todas as informações necessárias, ou seja, obtendo como resultado a eficácia e segurança no tratamento do paciente (LOMBRADI et al., 2016).

5. A CONTRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO JUNTO A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Durante muito tempo, o farmacêutico esteve focado apenas na gestão hospitalar, por isso surgiu a farmácia clínica com objetivo de melhorar os serviços prestados a comunidade. No entanto, cada dia fica mais evidente a necessidade de incluir o farmacêutico clínico nas equipes de saúde, visto que a incidência de erros de medicação ainda é elevada e que as intervenções desse profissional podem gerar benefícios diretos para a segurança do paciente, bem como proporcionar melhoria na qualidade do cuidado (SOUZA et al., 2018).

No que diz respeito ao farmacêutico é necessário que o mesmo desempenhe habilidades importantes, como por exemplo, a entrevista a fim de coletar informações precisas para uma posterior avaliação, aconselhamento, RM propriamente dita, ou seja, ocorre a comparação e análise das listas de medicamentos para que possa evitar possíveis problemas e caso for detectados buscar solucioná-los através das intervenções farmacêuticas e acompanhamento farmacoterapêutico após alta hospitalar é de grande valia para reduzir o número de readmissões hospitalares (STORPIRTIS, 2008; NUNES et al., 2008)

É primordial o desenvolvimento de quatro habilidades à formação do farmacêutico para o processo de reconciliação, entrevista e avaliação do paciente, aconselhamento do paciente, a RM propriamente dita e monitorização pós alta



hospitalar. O farmacêutico é importante para a prevenção de erros e a RM apresenta-se como uma ferramenta para promover o aumento da segurança do paciente. A RM permite que os farmacêuticos possam atuar de maneira eficaz na prestação da AF, reduzindo os danos causados aos pacientes em consequência de sua terapia medicamentosa, diminuindo os custos com medicação e reduzindo o tempo de internação (STORPIRTIS, 2008)

Deste modo, esse profissional tem como atribuição a orientação dos pacientes no ambiente hospitalar com objetivo de cumprir a eficácia terapêutica e diminuição de custos, proporcionando o cuidado ao paciente e seus cuidadores como forma de aplicar o uso racional de medicamentos e por consequente a otimização da farmacoterapia, ou seja, identifica medicamentos inapropriados em uso para que os mesmos possam ser suspensos, orienta sobre a posologia e fornece informações a fim de compreender e reconhecer potenciais PRM (TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012).

Portanto, consiste num processo que envolve a participação de toda equipe multiprofissional, incluindo os farmacêuticos, médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde além dos pacientes, familiares e/ou cuidadores, dessas informações a serem compartilhadas entre os profissionais durante o cuidado necessário manter informando o paciente, família e/ou cuidador sobre quaisquer alterações da farmacoterapia, mas vale salientar que orientações não farmacológicas que possam ajudar na recuperação também precisam ser inclusas (WACHTER, 2013).

O registro da anamnésia clínica é um processo decisivo dos cuidados profissional que contribui para a qualidade do serviço de saúde, a utilização como ferramenta que o profissional utiliza para facilitar a interação do profissional ao paciente com o objetivo de maximizar o possível na sua terapia, um dos principais métodos de segmento farmacêutico utilizados é o SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) cada parte do método faz menção a um processo de atendimento ao paciente como atividades a serem executadas, é amplamente propagado entre os profissionais clínicos, por ser um método de fácil entendimento (SANTOS, 2011).

- “Subjetivo” (S) é descrita as informações do ponto de vista do paciente ou do cuidador, relatando o motivo da consulta, queixas, desconfortos, durante a entrevista o profissional farmacêutico deve-se buscar identificar possíveis problemas relacionados a sua patologia e aos medicamentos que faz uso.
- “Objetivo” (O) nessa parte que realizamos uma triagem direcionada aos exames físicos e complementares, como por exemplo: sinais vitais, resultados de exames laboratoriais disponíveis.
- “Avaliação” (A) é proporcionada após a coleta dos dados e informações subjetivas e objetivas, onde o farmacêutico faz uma avaliação mais centrada em relação aos problemas relatados ao paciente ou necessidade de saúde, após a análise o farmacêutico poderá realizar se necessário intervenções



que poder ser adotadas quando detectados problemas clínicos.

- “Plano” (P) a implementação de um plano de cuidado e condutas que serão tomados em ralação ao problema detectado, planos que podem ser divididos em quatro tipos principais: Plano Diagnósticos, Plano Terapêutico, Plano de Segmento e Plano de Educação em Saúde.(CORIOLANO, 2017)

A coleta de dados obtidas na realização deste método de registro facilita no cuidado e segurança com o paciente, registrando principalmente dados referentes aos problemas relatados que é pertinente tratar no ato da consulta. Solucionado esses problemas obtemos um feed-back positivo dos procedimentos efetuados no ajuste do plano terapêutico. (QUEIROZ, 2009)

Portanto, nas diversas unidades de internações a reconciliação precisa ser aplicada como forma de auxiliar nos resultados satisfatórios na farmacoterapia de cada paciente, assim é um processo intensivo que requer muita dedicação por partes dos profissionais da saúde, já que se trata de uma ferramenta excelente e eficaz a fim de permitir que o paciente receba o medicamento correto, no horário e via adequada, nas transições de cuidado, assegurando assim, uma melhor segurança ao paciente na promoção a saúde e conseqüentemente a prática do uso racional de medicamentos no ambiente hospitalar (BRASIL, 2015).

O farmacêutico clínico atua diminuindo a alta incidência de erros de medicação, de reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas e incompatibilidades; a implantação de um Serviço de Farmácia Clínica possibilita o aumento da segurança e da qualidade da atenção ao paciente, redução de custos e aumento da eficiência hospitalar. A comunicação integrada na equipe traz o resultado de um trabalho de sucesso (STORPIRTIS, 2008).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente auxilia na melhoria dos resultados em serviços de saúde, principalmente quando se refere a nível hospitalar, pois os pacientes estão mais propensos a riscos. Demonstra-se que o serviço de farmácia clínica através da ferramenta de RM em pacientes internados contribui nas medidas propostas pela OMS, por isso a necessidade de implantação e aplicação desse processo em todos os níveis assistenciais, dessa forma ajuda na otimização da farmacoterapia, ou seja, diminui discrepâncias não intencionais conseqüentemente reduz danos à saúde dos pacientes e promovendo o uso racional de medicamentos.

Desse modo, é de suma importância quando a RM é colocada em prática, porque possibilita a identificação e comparação de todos os medicamentos utilizados pelo paciente assim como detecção de possíveis discrepâncias relacionadas aos mesmos. Vale ressaltar a utilização de recursos como formulários, listas atualiza-

das que facilitam o processo. Assim, a existência de erros pode ser proveniente de diversas situações como já citadas no decorrer do trabalho, mas a RM é destinada justamente para evitar e corrigir eventuais erros, tanto na admissão, transferência ou alta hospitalar, dessa maneira percebe-se uma significativa redução dos erros.

A atuação do farmacêutico no âmbito hospitalar juntamente com a equipe multidisciplinar contribui positivamente no tratamento medicamentoso do paciente, por isso a participação e contribuição de todos os profissionais envolvidos são primordiais, pois possibilita melhor comunicação e tomada de decisões com intuito de colocar o paciente como foco. A RM permite a prática do profissional farmacêutico de forma eficaz na prestação da AF, já que o mesmo auxilia o paciente bem como cuidadores e familiares. Além de identificar e ajudar na prevenção de discrepâncias consideradas erros de medicação por meio das intervenções farmacêuticas realizadas, dessa forma fornecendo evidências clínicas para que se possa alcançar a otimização dos resultados terapêuticos.

Referências

- ANACLETO, Tânia Azevedo et al., Erros de Medicação. *Pharmacia Brasileira*, São Paulo, v.7, n.2, p. 1-22, fev. 2010. Disponível em < http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf>. Acesso em: 17.setembro.2020
- AMBIEL, I. S. S.; MASTROIANNI, P. DE C. Resultados da atenção farmacêutica no Brasil: Uma revisão. **Revista de Ciências Farmaceuticas Basica e Aplicada**, v. 34, n. 4, p. 475-480, 2013.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 3, p.3603-3614, 2010.
- ARAÚJO, P. S. et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. Supl 2:6s, p. 1-11, 2017.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 3, p.3603-3614, 2010.
- BARROS, D. S. L.; SILVA, D. L. M.; LEITE, S. N. Serviços Farmacêuticos Clínicos Na Atenção Primária À Saúde Do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 1-17, 2020.
- BOUÇAS, E. et al. Acreditação no âmbito da assistência farmacêutica hospitalar: uma abordagem qualitativa de seus impactos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 1-20, 2018.
- BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 2013. Seção 1, p. 186.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p.
- BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Farmácia Clínica. 2015. 1ª edição-1ª reimpressão.** 44 p.; 22,5 cm - ISBN 978-85-63931-66-5. Disponível em: <http://www.crfsp.org.br/560-assessoras/farmacia-clinica/acoes/8253-cartilha-de-farmacia-clinica.html>> Acesso em: 10, outubro, 2020
- CORIOLOANO, D. **Método Soap Na Medicina.** 2017.



- CORRER, C.; OTUKI, M. F. **Método clínico de atenção farmacêutica**. n. February, 2016.
- DALCIN, A. J. F.; LIMBERGER, J. B. Indicadores Da Assistência Farmacêutica Em Unidade De Terapia Intensiva. **Rahis**, v. 14, n. 4, p. 103–118, 2018.
- Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde, DGS. **Reconciliação da Medicação**, Norma 018/2016. 19/09/2020
- DOMINGOS, Sónia Cristina Francisco. **Discrepâncias na medicação e reconciliação terapêutica em doentes internados: uma avaliação descritiva**. 2013. Dissertação (Mestrado em Farmácia Hospitalar)-Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013. Disponível em:< <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/11526>>. Acesso em: 17.setembro.2020
- FERRACINI, F. T. et al. **Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte**. Brasil, São Paulo, SP, p. 5, 2011.
- FREITAS, V. L. S. **Atenção Farmacêutica no controle de automedicação em idosos**. Monografia de graduação, FAEMA, Manaus, 2019.
- LIMA, É. et al. Farmácia Clínica Em Ambiente Hospitalar: Enfoque No Registro Das Atividades. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 08, n. 04, 2017.
- LOMBRADI, Natália et al. Análise das discrepâncias encontradas durante a conciliação medicamentosa na admissão de pacientes em unidades de cardiologia: um estudo descritivo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2760. São Paulo. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0820.2760>>. Acesso em: 12.setembro.2020
- MARQUES, Liette de Fátima Gouveia ;ROMANO, Nicolina Silvana . Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.4, p.1431-1444, 2014. Disponível em:
<<https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2014.v23n4/1431-1444/pt>> Acesso em: 18 de setembro de 2020.
- MINISTERIO DA SAUDE. **Segurança do Paciente Segurança do Paciente**. [s.l: s.n.].
- MIRANDA, T. M. M. et al. Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento. **enstein, Sao Paulo**, v. 10, n. 11, p. 74–78, 2012.
- ORIGINALES, T.; WORKS, O. Tercer consenso de granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Pharmaceutica**, v. 48, n. 1, p. 5–17, 2007.
- PEREIRA, L. R. L.; DE FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmaceuticas/Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 44, n. 4, p. 601–612, 2008.
- POSSAMAI, F. P.; DACOREGGIO, M. DOS S. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 473–490, 2007.
- QUEIROZ, M. J. SOAP revisitado. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 25, n. 2, p. 221–227, 2009.
- RIBEIRO, V. F. et al. Realização de intervenções farmacêuticas por meio de uma experiência em farmácia clínica. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, v. 6, n. 4, p. 18–22, 2015.
- SANTNDES. Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. **Saúde em Debateos**, Calize Oliveira dos Lazaretto, Francieli Zanella Lima, Lucélia Hernandes Azambuja, Marcelo Schenk Millão, Luzia Ferna, v. 43, n. 121, p. 368–377, 2019.
- SANTOS, J. A. Consultando o Artigo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 20, p. 213–215, 2011.
- SAÚDE, D.-G. DA. Reconciliação da medicação. **Direção Geral da Saúde**, p. 1–4, 2016.
- SOUZA, Lysandra et al. Importância do farmacêutico clínico no uso seguro e racional de medicamentos no âmbito hospitalar. **Manhuaçu**, v. 16, n. 1, p. 109- 124
- SPALLA, Luana de Resende; CASTILHO, Selma Rodrigues. Medication reconciliation as a strategy for pre-

venting medication erros. **Braz. J. Pharm. Sci.** vol.52 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-82502016000100016&script=sci_arttext> Acesso em: 11.outubro.202

STORPIRTIS, Sílvia et al. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008,489p**

TEIXEIRA, Julia Paula Dias de Souza; RODRIGUES, Maria Cristina Soares; MACHADO, Valéria Bertonha. **Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, vol. 33, nº 2, p.186-196, jun. 2012.

WACHTER, Roberth M. **Compreendendo a segurança do paciente.** 2.ed Porto Alegre: AMGH,2013



CAPÍTULO 8

IATROGENIA MEDICAMENTOSA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

MEDICINAL IATROGENY IN PATIENTS INTERNED IN AN
INTENSIVE CARE UNIT

Vanesicléa Rodrigues Ferreira¹

Maria Madalena Corrêa Melo¹

Ana Clara Bezerra Correa¹

Geise Raquel Sousa Pinto¹

Larissa Karyne Araújo de Magalhães¹

Brenda Barbosa da Silva¹

Welma Ribeiro Magalhães¹

Maria da Luz Moura de Sousa¹

¹ Graduandos em Farmácia, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

Resumo

A palavra iatrogenia consiste em um termo amplamente utilizado na clínica e está relacionada a complicações, erros, ocorrências adversas, ou a qualquer outra situação que tem o potencial de reduzir a segurança dos pacientes. As iatrogenias medicamentosas, em particular, se caracterizam como um evento ou doença causada por uma intervenção realizada por uma equipe de saúde multiprofissional. Sendo que o ambiente hospitalar é propício à ocorrência de iatrogenias, e em grau maior, as unidades de terapia intensiva, onde o uso de medicamentos é intenso e a situação dos pacientes é crítica. Dentre muitos fatores, as interações medicamentosas destacam-se como uma razão frequente para a ocorrência de iatrogenias. Por isso, conhecer os mecanismos pelos quais ocorrem as interações torna-se muito relevante. Em UTI a ocorrência das interações medicamentosas tem origem multifatorial, e qualquer paciente está exposto ao risco. Porém a população mais vulnerável são os idosos. Neste contexto a atuação de uma equipe multiprofissional, na qual um farmacêutico esteja inserido é de extrema importância. Tendo em vista que este profissional está associado ao aumento da segurança no uso de medicamentos e ao desenvolvimento de estratégias para a prevenção de problemas relacionados a medicamentos.

Palavras-chave: Iatrogenia medicamentosa, Iatrogenia em unidade de terapia intensiva, Interações medicamentosas, Iatrogenia em idosos, Farmacêutico clínico.

Abstract

The word iatrogeny consists of a term widely used in clinical practice and is related to complications, errors, adverse events, or any other situation that has the potential to reduce patient safety. Drug iatrogenies, in particular, are characterized as an event or disease caused by an intervention carried out by a multidisciplinary health team. And the hospital environment is conducive to the occurrence of iatrogenesis, and to a greater degree, intensive care units, where medication use is intense and the situation of patients is critical. Among many factors, drug interactions stand out as a frequent reason for the occurrence of iatrogenesis. Therefore, knowing the mechanisms by which interactions occur is very relevant. In the ICU, the occurrence of drug interactions has a multifactorial origin, and any patient is exposed to risk. However, the most vulnerable population is the elderly. In this context the performance of a multiprofessional team, in which a pharmacist is inserted is extremely important. Bearing in mind that this professional is associated with increased safety in the use of medicines and the development of strategies for the prevention of problems related to medicines.

Keywords: Medicinal Iatrogeny, Iatrogenesis in an intensive care unit, Drug interactions, Iatrogenesis in the elderly, Clinical pharmacist.



1. INTRODUÇÃO

As iatrogenias medicamentosas são resultado de intervenções farmacológicas, onde ocorrem complicações que causam prejuízo à saúde do paciente de maneira reversível ou permanente, e podem ser deflagradas pela ação indesejável de um medicamento (Reação Adversa a Medicamento- RAM), ou ainda por interações medicamentosas (IM). Bem como, podem ser resultado da falta do uso de um ou mais medicamentos necessários à farmacoterapia do paciente.

Em se tratando de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI), devido à sua condição de gravidade, ao excesso de medicamentos prescritos, dentre outros fatores, estes se tornam mais susceptíveis a ocorrência de iatrogenias medicamentosas. Caracterizando as intervenções farmacológicas como a principal causa de iatrogenia em pacientes internados em unidade de terapia intensiva.

O presente trabalho se justifica pela importância do conhecimento sobre este tema, pois apesar de haverem muitas publicações a respeito do mesmo, a ocorrência de iatrogenias medicamentosas continua alta. Sendo relevante trazer à tona dados concernentes aos medicamentos usados em UTI, com o potencial de causar interações medicamentosas nocivas e conseqüentemente iatrogenias medicamentosas.

O objetivo geral desta pesquisa foi discutir sobre a ocorrência das iatrogenias medicamentosas em pacientes internados em UTI. E os objetivos específicos: abordar como as interações medicamentosas podem desencadear iatrogenias; expor o público mais susceptível; e descrever como a atuação do profissional farmacêutico é imprescindível para a prevenção, detecção e resolução de iatrogenias decorrentes do uso de medicamentos em UTI.

Este trabalho trata-se de uma Revisão bibliográfica de Literatura, desenvolvida nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico, revistas e artigos periódicos. Foram selecionados publicações com data anterior a 2019. Para localização foram usados os descritores: iatrogenia, interações medicamentosas, unidade de terapia intensiva, avaliação de prescrições, farmácia clínica, farmacêutico hospitalar.

2. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COMO CAUSA DE IATROGENIAS

De acordo com Beckmann (1996), iatrogenia é uma expressão que significa complicações, erros, ocorrências adversas, eventos indesejáveis, inesperados, não intencionais, que tem o potencial de reduzir a segurança dos pacientes. Enquanto que Lefreve (1992), diz que iatrogenia é um evento ou doença causada por uma



intervenção realizada por uma equipe de saúde multiprofissional, que justificada ou não, resulte em dano à saúde do paciente.

Em ambiente hospitalar, mais especificamente em Unidade de Terapia Intensiva, o uso de medicamentos é uma causa para a ocorrência de iatrogenias. A UTI consiste num ambiente que tem por finalidade a manutenção da vida e recuperação da saúde, onde há um alto grau de complexidade, pois o paciente em estado crítico necessita de atendimento especializado e eficaz. (SILVA, CUNHA e MOREIRA, 2011).

Existem diversos fatores que podem provocar iatrogenias durante a prestação dos serviços de saúde, porém, há um consenso de que as IMs representam um fator desencadeante frequente de iatrogenias. Este fato fortalece a necessidade de um conhecimento mais profundo sobre as interações medicamentosas, com o intuito de atenuar suas consequências ou quando possível, prevenir a sua ocorrência (MONTEIRO ET AL, 2007).

A interação medicamentosa pode ser definida como uma resposta farmacológica, onde dois ou mais medicamentos administrados concomitantemente interagem entre si, de forma que pode haver um comprometimento da segurança e/ou da eficácia de uma droga pela ação de outra (CEDRAZ, 2014). Quando uma IM ocorre, existem algumas possibilidades: Esses fármacos podem continuar agindo normalmente apesar da presença do outro, ou ainda um deles ou ambos podem ter seu efeito e toxicidade alterados. (PORTO, 2011). O que pode resultar em efeitos benéficos ou nocivos (HAMMES, 2008).

As interações nocivas são reconhecidas como um importante problema para o sistema de saúde. No ambiente hospitalar, diversas práticas favorecem as IMs, pois durante todo o tempo de internação os pacientes recebem uma farmacoterapia constituída por muitos medicamentos. O que relaciona as interações medicamentosas a agravos que podem elevar o tempo e os custos da internação hospitalar, além causar iatrogenias e óbitos (MOURA, 2009; EBBESEN, 2001; CLASSEN, 1997).

A exemplo de interações nocivas, a literatura fala sobre desfechos iatrogênicos em pacientes sob a prescrição da dupla de medicamentos midazolan + furosemida. O uso simultâneo destes medicamentos pode resultar em um efeito aditivo sobre a pressão arterial e hipotensão ortostática, levando o paciente a um quadro de dor de cabeça, tonturas, vertigens, desmaios, alterações no pulso ou frequência cardíaca. Vale ressaltar que a furosemida é um diurético de alça prescrito com muita frequência nas UTIs, e que além de sofrer interação com o midazolan, pode apresentar interação com outros fármacos, como o ácido acetilsalicílico, onde ocorre a diminuição do efeito diurético da furosemida, levando a redução da excreção do salicilato, aumentando a sua toxicidade (CHEREGATTI, 2011).

Embora a maioria das interações medicamentosas tenham um significado negativo para a evolução clínica do paciente, pode-se usar algumas interações para



benefício da terapia. O que se caracteriza como interação benéfica. Um exemplo é a conciliação de diuréticos a anti-hipertensivos, onde um favorece a eficácia do outro (HOEFLER, 2008). Outro caso de interação benéfica muito usado na prática clínica é o uso da probenicida para inibir a secreção tubular renal da penicilina, prolongando os efeitos terapêuticos e a biodisponibilidade deste fármaco (KAWANO et al., 2006).

Com relação às manifestações clínicas as interações, classificam-se em potenciais e reais. As IMs potenciais referem-se à possibilidade de um fármaco alterar o efeito de outro, sem, contudo, necessariamente estarem presentes na rotina clínica. Já as interações medicamentosas reais referem-se àquelas já observadas e documentadas como resultado de um efeito clínico ou laboratorial. (YU, 2005). Outra classificação se dá sobre a gravidade das interações em leve, moderada, grave e letal (AIZENSTEIN ML e TOMASSI MH, 2011).

Classificação	Gravidade
Leve	Pequena importância clínica e de curta duração, podendo requerer tratamento, não afetando substancialmente a vida do usuário.
Moderada	Pode resultar em incapacidade transitória sem sequelas permanentes.
Grave	Ameaça direta à vida do usuário e pode causar sequelas permanentes
Letal	Resulta em óbito

Tabela 1: Classificação de gravidade (Segundo a OMS)
 Fonte: Capellà et al. (1988); Coelho et al. (1999); WHO (2002).

Hansten (2003), diz que o mecanismo de ação mais frequente nas interações medicamentosas é o farmacocinético, seguido pela interação farmacodinâmica. Já Knobel (1994), afirma que quanto aos mecanismos de ação mais comuns, as interações podem ser farmacocinéticas, quando alteram os parâmetros de absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos fármacos; e interações farmacodinâmicas, quando ocorrem a nível de receptor.

Nas interações farmacocinéticas por absorção, condições como mudanças no pH e no fluxo sanguíneo gastrointestinal, motilidade, dieta e presença de outras substâncias podem interferir no processo de transferência do medicamento do local de administração para a corrente sanguínea (OGA, 1994). Já as IMs por distribuição são aquelas que afetam a distribuição dos medicamentos, ou seja, alteram o transporte destes da corrente sanguínea para órgãos e tecidos alvo. Drogas que

possuem grande afinidade pelas proteínas plasmáticas (PP) quando associados com outros, podem agir como deslocadores e aumentar a concentração sérica (livre) do segundo (GUASTALDI, 2006).

As interações por metabolização são impulsionadas por fármacos que podem inibir ou induzir o sistema enzimático. A inibição enzimática, por exemplo, do citocromo P450, gera morosidade na biotransformação do próprio medicamento e de tantos quantos forem co-administrados (GRAM, 1996). E finalmente, as interações por excreção ocorrem devido a modificações das taxas de excreção de metabólitos dos fármacos, assim como, alterações do pH urinário também tem o potencial para afetar as respostas farmacológicas (RANG, 1993).

Interações Farmacocinéticas
<p><i>Na absorção</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Alteração no pH gastrointestinal.• Adsorção, quelação e outros mecanismos de formação de complexos.• Alteração na motilidade gastrointestinal
<p><i>Na distribuição</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Competição na ligação a proteínas plasmáticas.• Hemodiluição com diminuição de proteínas plasmáticas.
<p><i>Na biotransformação</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Indução enzimática• Inibição enzimática
<p><i>Na excreção</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Alteração no pH urinário.• Alteração na secreção tubular renal.• Alteração no fluxo sanguíneo renal.• Alteração em excreção biliar e ciclo êntero-hepático
<p>Tabela 2 – Mecanismos das interações farmacocinéticas Fonte: HOEFLER, R. <i>Interações medicamentosas</i>. In: BRASIL. Ministério da Saúde, 2008. p. 30-33.</p>

As interações medicamentosas farmacocinéticas se tornam extremamente relevantes, uma vez que os mecanismos nela envolvidos atuam provocando aumento ou redução das concentrações sanguíneas dos fármacos envolvidos na interação (ZHANG, 2009).

Nas interações farmacodinâmicas, os mecanismos levam a efeito sinérgico ou antagônico no local alvo da atividade farmacológica (receptor, enzima), ou seja,



um fármaco pode mudar a sensibilidade dos receptores frente a outro fármaco, por apresentar uma ação igual (agonista- sinérgico) ou ação bloqueadora (antagonista). (HOEFLER, 2008). Como exposto nos exemplos contidos na tabela a seguir:

Agente precipitante	Agente afetado	Interação resultante	Mecanismo
Trimetropina	Sulfametoxazol	Sinergia	Etapas diferentes de mesma rota metabólica
Flumazenil	Benzodiazepínicos	Antagonismo	Competição por receptor
Ondansetrona	Tramadol	Antagonismo	Bloqueio de receptores

Tabela 3 – Exemplos de interações farmacodinâmicas
 Fonte: *Farmacologia clínica* OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. (2010)

Um estudo observou que na UTI adulto as interações farmacocinéticas ocorrem com mais frequência do que as farmacodinâmicas (CARVALHO ET AL, 2013). Sendo que o potencial e a gravidade das interações medicamentosas depende de várias razões, entre elas o tempo de internação e as alterações próprias da idade (ALMEIDA, 2007), assim como destaca-se a variedade de medicamentos por prescrição, que incluem drogas predisponentes a interações farmacológicas e a eventos iatrogênicos. Sendo que a incidência de IM aumenta proporcionalmente com o número de fármacos prescritos. (CEIA, 2007).

Entre os medicamentos prescritos com frequência em UTIs, estão aqueles inerentes aos seus protocolos próprios. Como analgesia, sedação, prevenção de tromboembolismo, etc. a tabela abaixo apresenta associações medicamentosas que ocorrem entre alguns dos fármacos prescritos em UTI, a descrição da IM, a iatrogenia relacionada e sua classificação de gravidade.

Fármacos	Tipos de interação	Iatrogenia	Gravidade
Ácido acetilsalicílico + Ranitidina	Farmacocinética por absorção	Redução da absorção do ácido acetilsalicílico, levando a redução do efeito antiplaquetário.	Moderada
Atorvastatina + Omeprazol	Farmacocinética por excreção.	Pode aumentar as concentrações plasmáticas de atorvastatina e o risco associado de miopatia. De efeitos secundários tais como danos no fígado e rabdomiólise.	Moderada

Enoxaparina + Ácido Acetilsalicílico	Farmacocinética por absorção.	Potencial risco de complicações hemorrágicas.	Grave
Fentanila + Midazolam.	Farmacocinética por excreção.	Efeitos aditivos depressores do Sistema Nervoso Central e da respiração, incluindo hipotensão, sedação profunda e/ou coma.	Moderada

Tabela 4 - Interações medicamentosas entre alguns medicamentos prescritos em UTI. Fonte: Adaptado- Drug Interactions Checker; CHEREGATTI, A. L- GPUIM; 2011, ANVISA.

As intervenções terapêuticas são necessárias e indispensáveis para pacientes internados em UTI, em contrapartida, essa condição pode acarretar um risco maior de potenciais IMs, principalmente quando não há o devido cuidado quanto a compatibilidade entre os medicamentos. Levando-se em consideração que quanto mais medicamentos, maior a probabilidade de interações (ROCHA, 2011).

3. PACIENTES MAIS SUSCEPTÍVEIS A OCORRÊNCIA DAS IATROGENIAS MEDICAMENTOSAS

O sistema de saúde prioriza, como um dos seus princípios básicos, o provimento de serviços com o máximo de segurança, e preferencialmente com a ausência total de riscos e falhas. Entretanto, a ocorrência de falhas que levam às iatrogenias, fazem surgir questionamentos sobre a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde (PADILHA, 2006).

O consumo de fármacos pelos pacientes em estado grave aponta para a complexidade da assistência em UTI, já que frequentemente ocorre polimedicação, tornando a farmacoterapia um perigoso fator para a ocorrência de PRMs. Fato que pode levar a evolução clínica negativa do paciente (KANE, 2006; CARDINAL, 2012).

Em UTI a ocorrência das IMs tem origem multifatorial, que se relacionam à prescrição médica, ao medicamento e ao paciente. Entre os relacionados a prescrição médica, está a prescrição de múltiplos medicamentos. Relacionados ao medicamento, estão as IMs. Relacionados ao paciente estão: idade, número de comorbidades, complexidade da doença, funcionalidade fisiológica do paciente (CARVALHO ET AL, 1998; MADEIRA, 2007).

Entre as populações mais vulneráveis são os idosos, os pacientes mais susceptíveis às iatrogenias (EGGER, 2003). Isso porque diversos motivos são responsáveis por essa maior susceptibilidade. Como as modificações inerentes ao envelhecimento, a multipatologia, a maior frequência de procedimentos diagnósticos, o uso frequente e concomitante de medicamentos, as alterações induzidas pelo próprio organismo, na farmacocinética e farmacodinâmica das drogas (CARVALHO et al.,



1996).

A maior vulnerabilidade dos idosos às iatrogenias também se atribui a apresentação de interações medicamentosas que são influenciadas, diretamente, pelo comprometimento das funções hepática e renal, bem como pela diminuição maciça do metabolismo e eliminação dos medicamentos (MALONE, 2004). Estas caracterizam algumas das principais razões do aumento da incidência de iatrogenia no paciente idoso. Salienta-se ainda, que os idosos constituem a maioria das admissões em UTIs (CARVALHO et al., 1996).

Um estudo do *Harvard Medical Malpractice Study*, realizou a revisão de 30.000 prontuários de 51 hospitais em Nova York, mostrou que pacientes acima de 65 anos sofreram com a ocorrência de iatrogenias duas vezes mais se comparado aos pacientes entre 16 e 44 anos (LEAPE, 1991). Resultado consoante foi encontrado em outro estudo, onde a faixa etária em que mais incidiu eventos iatrogênicos em UTIs foi, principalmente, aquele com idade superior a 61 anos, o que correspondeu a 77,7% dos pacientes pesquisados. Ademais, essas ocorrências caracterizaram uma porcentagem significativa de sequelas e mortes (NASCIMENTO 2011).

Corroborando com estes estudos, a literatura tem mostrado a grande incidência de iatrogenia entre a população de pacientes idosos hospitalizados (LEFEVRE, 1992; THOMAS, 2000; JAHNIGEN, 1982). Pontuando que entre 9 a 23% dos idosos internados que sofrem iatrogenia apresentam deterioração funcional importante e que entre 5 a 13% evoluíram para óbito durante a internação. Porém estudos também afirmam que mais da metade das iatrogenias medicamentosas em idosos hospitalizados podem ser prevenidas (LEFEVRE, 1992; STEEL, 1981; THOMAS, 2000).

Não é raro que os idosos hospitalizados sejam tratados como qualquer outro indivíduo adulto, porém é necessário que se considerem os processos próprios do envelhecimento como a senescência e senilidade, como fatores que os tornam vulneráveis a eventos iatrogênicos (BUSANELLO, 2015).

As OIs em idosos podem ser reduzidas e até mesmo evitadas quando são levados em consideração parâmetros fundamentais para uma prestação de serviços terapêuticos geriátricos, como: diagnóstico correto; avaliação do estado nutricional do paciente, exames para detecção da condição das funções hepática e renal; emprego da menor dosagem necessária do medicamento; utilização do menor número possível de drogas, entre outras medidas fundamentais (STEIN, 1994, TALLIS, 1994, WALKER E WYNNE, 1994, BATES E COL.4, 1995).



4. ATUAÇÃO FARMACÊUTICA FRENTE A OCORRÊNCIA DE IATROGENIAS EM UTI

Titulado como o “profissional do medicamento”, o farmacêutico é aquele mais capacitado a promover o combate ao uso irracional de medicamentos. Esse profissional compõe o elo de ligação entre a prescrição médica e a administração dos medicamentos. Sendo que a sua interação com os demais profissionais da saúde, contribui substancialmente para a implementação de uma farmacoterapia mais segura e eficaz (CARVALHO, 2009).

Nos últimos anos a expressão “segurança do paciente”, tem sido amplamente utilizada na área da saúde e o tema, se tornado uma preocupação prioritária. Ela pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e resolver os possíveis eventos adversos e erros que ocorrem durante a prática assistencial, que possam causar riscos à vida dos pacientes. Estratégias de segurança têm a finalidade de garantir uma assistência de qualidade (VINCENT, 2010; CAPUCHO; CASSIANI, 2013; CAVALCANTE ET AL., 2015).

Sob esta perspectiva, a implantação da Farmácia Clínica (FC) ganha destaque, como atividade primacial a ser desenvolvida junto a equipe de saúde, com vistas à segurança do paciente, a efetividade do tratamento e ao uso racional dos medicamentos (URM) (OPAS/OMS, 2004).

No que tange às UTIs, atualmente, estas são compostas por um quadro de profissionais de saúde com variadas formações e especialidades, atuando em conjunto para que haja um cuidado integral ao paciente crítico. Numa abordagem referente à segurança do paciente, que abrange o uso de medicamentos, regimes medicamentosos e doses diferenciadas, alterações farmacocinéticas, alta prevalência de iatrogenias e custos que estes demandam (PAPADOPOULOS, 2002), surge um sinal de alerta para a necessidade da atuação do profissional farmacêutico em conjunto com a equipe multidisciplinar na UTI. Pois este, representa o aumento da segurança no uso de medicamentos, bem como, está associado a processos seguros e ao desenvolvimento de estratégias para a prevenção de erros, eventos adversos e reações evitáveis (LANGEBRAKE, 2010).

De acordo com a Society of Critical Care Medicine (SCCM), a alta complexidade da assistência realizada em uma UTI, que pretende prover suporte aos pacientes em estado grave, demanda assistência de uma equipe multiprofissional (DURBIN, 2006). A SCCM reconhece que o farmacêutico clínico é um componente essencial a essa equipe e que favorece a excelência de cuidados ofertados nos serviços de saúde, recomendando, ainda, a inserção de um farmacêutico permanente e exclusivo na equipe de saúde (BRILLI, 2001).

Estudos confirmam que a presença do farmacêutico na Unidade de Terapia Intensiva representa uma diminuição em 66% dos eventos adversos evitáveis. E que o seguimento farmacoterapêutico pode reduzir as taxas de erros de medicação em



até 78%. Lembrando que a ocorrência de evento adverso está diretamente associada ao aumento em 1,9 dias de permanência no hospital e ao aumento do risco de morte (BRILLI, 2001).

É nítido que a atuação farmacêutica reduz a mortalidade e o tempo de internação nas unidades clínicas (MCLAREN 2008), impactando positivamente serviços de controle de infecções, monitoramento de toxicidade (STREETMAN, 2001) além da realização de acompanhamento farmacoterapêutico (AFT), o que reduz custos e melhora desfechos da terapia medicamentosa (PATEL, 2006).

Porém, é imprescindível incorporar excelência ao exercício das atividades farmacêuticas em UTI, proporcionando impacto no processo de utilização de medicamentos e assegurando a indicação, bem como, o acesso mais seguro possível a esses medicamentos (BRASIL, 2007). A presença do farmacêutico nas UTIs se justifica pelo nível de gravidade e complexidade dos pacientes. Uma vez que estes necessitam de uma vasta utilização de drogas, torna-se fundamental a presença do farmacêutico clínico (KUCUKARSLAN et al., 2003).

Aspden et al. (2007) ressaltam a essencialidade da integração do farmacêutico na equipe de saúde multidisciplinar da UTI e na execução das seguintes ações: Inclusão nas visitas a beira leito; orientação dos pacientes sobre os tratamentos propostos; acessibilidade permanente na tirada de dúvidas sobre medicamentos.

Assim como é inerente ao profissional farmacêutico desenvolver uma série de atividades, tais quais: acompanhamento e monitoramento da prescrição médica (medicamentos prescritos, dosagens, intervalos de doses, via de administração e diluição, incompatibilidades medicamentosas e o risco individualizado para a sua utilização). Cabe ainda manter pesquisa atualizada na literatura científica, com finalidade de identificação de padrões de administração, elaboração de protocolos de segurança e uso racional de medicamentos. Tais informações serão úteis na promoção da educação continuada, na troca de conhecimentos junto à equipe multiprofissional, promovendo suporte técnico e treinamentos que facilitarão o monitoramento e identificação precoce de eventos adversos e interações medicamentosas (RUDIS, 2000; HORN, 2006; MONTAZERI, 1994; LEAPE, 1999).

A revisão das prescrições médicas, entre as atividades desenvolvidas pelo farmacêutico, ocupa um lugar muito significativo, pois é o que viabiliza a identificação, resolução e prevenção do surgimento de problemas relacionados aos medicamentos (PRM) e desfechos negativos associados à farmacoterapia, como as iatrogênias (COMITÊ, 2007).

No âmbito das atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos clínicos quanto ao acompanhamento farmacoterapêutico, são definidas como intervenções ou recomendações farmacêuticas (RF) (CLAUS, 2014; LEE, 2002). Conduta profissional que pressupõe possível intervenção sobre a farmacoterapia, afim de resolver ou prevenir desfechos negativos consequentes do uso de medicamentos. (SABATER,



2005).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As iatrogenias medicamentosas são uma realidade na rotina do sistema de saúde. A sua ocorrência reduz a segurança dos pacientes, além de exigir maior investimento em recursos humanos e financeiros. Entre os fatores desencadeantes, aquele que ocupa maior destaque são as IMs. Sendo as UTIs um ambiente favorável a incidência das iatrogenias medicamentosas, uma vez que neste setor estão pacientes que necessitam de uma terapia medicamentosa mais intensa.

Quanto maior a idade do paciente, maior será a sua vulnerabilidade. O que torna os idosos mais susceptíveis às iatrogenias medicamentosas; isso por causa das modificações próprias do envelhecimento, que podem levar a alterações na farmacocinética e dinâmica das drogas.

Diante do exposto, fica clara a importância da inserção do farmacêutico na equipe de cuidado multiprofissional; já que este desenvolve atividades que servirão de barreira para a ocorrência de problemas relacionados a medicamentos. Fato corroborado por estudos citados nesta pesquisa, comprovando que a presença do farmacêutico é vantajosa e representa um aumento na qualidade da assistência ao paciente, reduzindo custos para o hospital, melhorando os desfechos da farmacoterapia e o aumentando a segurança dos pacientes.

Referências

AIZENSTEIN ML, TOMASSI MH. Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização nas definições e classificações. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, 2011; 32(2): 169-173.

ALMEIDA SM, GAMA CS, AKAMINE N. Prevalência e classificação de interações entre medicamentos dispensados para pacientes em terapia intensiva. **Einstein** (São Paulo). 2007;5(4):347-51.

ASPDEN P, WOLCOTT J, BOOTMAN JL, CRONENWETT LR. **Committee on Identifying and Preventing Medication Errors**. Preventing medication errors. Quality Chasm Series (Hardcover). Washington: National Academies Press; 2007.

BATES, D.W. et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. **JAMA**, 274:29-34, 1995.

BECKMANN U, WEST LF, GROOMBRIDGE GJ, BALDWIN I, HART GK, CLAYTON DG ET AL. The Australian incident monitoring study in intensive care: AIMS-ICU. The Development and evaluation of an incident reporting system in intensive care. **Anaesth Intens Care**, 1996; 24(3):.314-9.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Portaria n. 3.432, de 12 de agosto de 1998**.

BRASIL, ed. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS; 2007. Saúde CNDsD.

BRILLI RJ, SPEVETZ A, BRANSON RD, CAMPBELL GM, COHEN H, DASTA JF, ET AL. Critical care delivery in



- the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. **Crit Care Med.** 2001.
- BUSANELLO J, PINTO DM, SCHONS ES, BAUMGART D, POLL MA. Cuidados de enfermagem ao paciente adulto: prevenção de lesões cutaneomucosas e segurança do paciente. **Rev Enferm UFSM** [Internet]. 2015.
- CAPELLÀ, D. et al. Cuatro a.os de experiencia en farmacovigilancia. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 91, p. 93-96, 1988.
- CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 791-8, 2013. Acesso: 01 NOV 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000400791&script=sci_abstract&tlng=pt>.
- CARDINAL LD, MATOS VT, RESENDE GM, TOFFOLI-KADRI MC. Characterization of drug prescriptions in an adult intensive care unit. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2012;24(2):151-6
- CARVALHO FILHO, F. et al. Iatrogenia no idoso. **Rev. Bras. Med.** 53:117-137, 1996.
- CARVALHO FILHO ET, SAPORETTI L, SOUZA MAR, ARANTES ACLQ, VAZ MYKC, HOJAIJ NHSL et al. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. **Rev Saude Publica.** 1998; 32(1) : 36-42
- CARVALHO FD, CORDEIRO A, RODRIGUES MA. **Atividades Clínicas na Farmácia Hospitalar.** In: Novaes MRCG, 2009
- CARVALHO REFL, Reis AMM, Faria LMP, et al. Prevalência de interações medicamentosas em unidades de terapia intensiva no Brasil. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, 2013, 26(2):150-157.
- CAVALCANTE, A.K.C. B.; ROCHA, R. C.; NOGUEIRA, L. T.; AVELINO, F. V. S. D.; ROCHA, S. S. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 4, p. 1-7, 2015. Acesso: 01 NOV 2020. Disponível em <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>>.
- CEDRAZ KN, Santos MCJ. Identificação e caracterização de interações medicamentosas em prescrições médicas da unidade de terapia intensiva de um hospital público da cidade de Feira de Santana, BA. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, 2014, 12(2):1-7.
- CEIA, F. Interações medicamentosas na prática clínica. **Rev. Port. Clinica Geral**; 23:197-207. 2007.
- CHEREGATTI AL, AMORIM CP. **Drogas utilizadas em UTI e os anticoagulantes**, 3ª edição. São Paulo, Martinari, 2011.
- CLASSEN D C, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP. Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. **Jama** 277(4): 301- 306, 1997.
- CLAUS BO, ROBAYS H, DECRUYENAERE J, ANNEMANS L. Expected net benefit of clinical pharmacy in intensive care medicine: a randomized interventional comparative trial with matched before-and-after groups. **J Eval Clin Pract.** 2014;20(6):1172-9.
- COELHO, H. L. L; ARRAIS, P. S. D.; GOMES, A. P. Sistema de farmacovigilancia do Ceará: um ano de experiência. **Caderno de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 631-640, 1999.
- COMITÊ DE CONSENSO. Tercer consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Pharm.** 2007;48(1):5-17
- DECLARAÇÃO DE TEL AVIV. **Sobre as responsabilidades e normas éticas na utilização da telemedicina.** Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, Outubro de 1999.
- DURBIN CG JR. Team model: advocating for the optimal method of care delivery in the intensive care unit. **Crit Care Med.** 2006;34(3 Suppl):S12-7.
- EBBESEN J, BUAJORDET I, ERIKSSON J, BRØRS O, HILBERG T, SVAAR H, SANDVIK L. Drug-related deaths in a department of internal medicine. **Arch. Intern. Med.** 161(19):2317-2323, 2001.
- EGGER SS, DREWE J, SCHLIENGER RG. Potential drug-drug interactions in the medication of medical patients at hospital discharge. **Eur J Clin Pharmacol** 2003; 58(11):773-7.
- GRAM, TE. Metabolismo das drogas. In: CRAIG, CR.; STITZEL, RE. **Farmacologia moderna.** 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan,1996, Cap. 4, p. 33-44.

GUASTALDI, R. B. F. **Interações medicamentosas potenciais: um estudo dos antimicrobianos utilizados em pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. Dissertação (Mestrado)** – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

HAMMES JA, PFUETZENREITER F, SILVEIRA F, KOENIG A, WESTPHAL GA. Prevalência de potenciais interações medicamentosas droga-droga em unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2008;20(4):349-54.

HANSTEN PD. Drug interaction management. **Pharm. World Sci** .25(3):94-97, 2003.

HOEFLER, R. **Interações medicamentosas**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2008: rename 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 30-33.

HORN E, JACOBI J. The critical care clinical pharmacist: evolution of an essential team member. **Crit Care Med**. Mar. 2006; 34 (3 Suppl):S46-51.

JAHNIGEN D, HANNON C, LAXSON L, LAFORCE FM. Iatrogenic disease in hospitalized elderly veterans. **J Am Geriatr Soc**. 1982;30(6):387-90.

KANE-GILL S, WEBER RJ. Principles and practices of medication safety in the ICU. **Crit Care Clin**. 2006;22(2):273-90, vi. Review.

KAWANO, D. F. PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Acidentes com os medicamentos: Como minimizá-los?. **Revista Brasileira Cien. Farm.**, São Paulo, v. 42, n. 4, 2006.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave/** Elias Knobel. São Paulo: Livr. Atheneu Editora, 1994

KUCUKARSLAN SN, PETERS M, MLYNAREK M, NAFZIGER DA. Pharmacists on rounding teams reduce preventable adverse drug events in hospital general medicine units. **Arch Intern Med**. Sep 22 2003; 163(17):2014-2018.

LANGEBRAKE, C, HILGARTH, H. Clinical pharmacists interventions in a German university hospital. **Pharm World Sci**. 32(2):194-199. 2010.

LEAPE, L. L. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice. **Study II. N. Engl. J. Med.**, p.377-384. 1991.

LEAPE LL, CULLEN DJ, CLAPP MD, ET AL. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. **Jama**. Jul 21 1999; 282(3):267-270.

LEE AJ, BORO MS, KNAPP KK, MEIER JL, KORMAN NE. Clinical and economic outcomes of pharmacist recommendations in a Veterans Affairs medical center. **Am J Health Syst Pharm**. 2002;59(21):2070-7.

LEFEVRE F, FEINGLASS J, POTTS S, SOGLIN L, YARNOLD P, MARTIN GJ, ET AL. Iatrogenic complications in high-risk, elderly patients. **Arch Intern Med**. 1992;152(10):2074-80.

MACLAREN, R, BOND, CA, Clinical and economic outcomes of involving pharmacists in the direct care of critically ill patients with infections. **Crit. Care Med**. 36(12): 3184-3189. Dec. 2008.

MADEIRA S, MELO M, PORTO J, MONTEIRO S, PEREIRA DE MOURA JM, ALEXANDRINO MB, ET AL. The diseases we cause: iatrogenic illness in a department of internal medicine. **Eur J Intern Med**. 2007;18(5):391-9.

MALONE DC, ABARCA J, HANSTEN PD, GRIZZLE A J, ARMSTRONG EP, VAN BERGEN RC, ET AL. Identification of serious drug-drug interactions: results of the partnership to prevent drug-drug interactions. **J Am Pharm Assoc** (Wash DC) 2004; 44(2):142- 51.

MONTAZERI M, COOK DJ. Impact of a clinical pharmacist in a multidisciplinary intensive care unit. **Crit Care Med**. Jun. 1994; 22(6):1044-1048.

MONTEIRO, C., MARQUES, S. B., RIBEIRO, C. F. Interações medicamentosas como causa de iatrogenia evitável. **Rev Port Clin Geral** 2007;23:63-73

MOURA C S, ACURCIO F, BELO N. Drug-Drug Interactions Associated with Length of Stay and Cost of Hospitalization. **J .Pharm. Pharmaceut. Sci** 12(3):266 – 272, 2009.



- NASCIMENTO CCPN, et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.16 n.4 p-746-751. 2011.
- OGA, S.; BASILE, AC. **Medicamentos e suas interações**. São Paulo, Atheneu, 1994
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde: boas práticas em farmácia**. Brasília: OPAS/OMS, 2004.
- OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Interações Medicamentosas. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. (Eds.). **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan/GEN, 2010. p.115-123.
- PADILHA KG. Ocorrências iatrogenicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. **Rev Paul Enferm** 2006; 25 (1) : 18-23.
- PAPADOPOULOS J, et al. The critical care pharmacist: an essential intensive care practitioner. **Pharmaco-therapy**. 22(11): 1484-1488. Nov/2002
- PATEL NP, BRANDT CP, YOWLER CJ. A prospective study of the impact of a critical care pharmacist assigned as a member of the multidisciplinary burn care team. **J Burn Care Res.**; 27(3): 310-313, May-Jun/2006.
- PORTO CC. **Interação Medicamentosa**, 1ª edição. São Paulo, Guanabara Koogan, 2011.
- RANG, HP.; DALE, MM. **Farmacologia**. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1993. Cap.5, p.69-75: Variação individual e interações de drogas.
- ROCHA, J. **Interações medicamentosas**. Universidade Nove de Julho. São Paulo, 2011. Disponível em: Acesso em: 14 setembro 2020.
- RUDIS MI, BRANDL KM. Position paper on critical care pharmacy services. Society of Critical Care Medicine and American College of Clinical Pharmacy Task Force on Critical Care Pharmacy Services. **Crit Care Med**. Nov. 2000; 28(11):3746-3750.
- SABATER D, FERNANDEZ-LLIMOS F, PARRAS M, FAUS MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. **Seguimiento Farmacoterapéutico**. 2005;3(2):90-7.
- SILVA, R. C. L.; CUNHA, J. J. S.; A; MOREIRA, C. L. S. Eventos adversos em cuidados intensivos: o que conhecem os enfermeiros. **Rev. pesq cuid fundam online**, v. 3, n. 2, p. 1848-1855, 2011.
- STEEL K, GERTMAN PM, CRESCENZI C, ANDERSON J. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. **N Engl J Med**. 1981;304(11):638-42.
- STEIN, B.E. avoiding drug reactions: seven steps to writing safe prescriptions. **Geriatrics**, 49(9):28-36, 1994.
- STREETMAN DS, et al. Individualized pharmacokinetic monitoring results in less aminoglycoside-associated nephrotoxicity and fewer associated costs. **Pharmacotherapy**. 21(4): 443-451. Apr. 2001.
- TALLIS, R.C. Preventing drug reaction in the elderly: can we do better?. **J. R. Soc. Med.**, 87:14-5, 1994.
- THOMAS EJ, BRENNAN TA. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. **BMJ**. 2000;320(7237):741-4.
- WALKER, J. & WYNNE, H. Review: the frequency and severity of adverse drug reactions in elderly people. **Age Ageing**, 23:255-9, 1994.
- WHO. **The importance of pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products**. Uppsala: Uppsala Monitoring Centre, 2002.
- VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. 1 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010.
- YU DT, PETERSON JF, SEGER DL, GERTH WC, BATES DW. Frequency of potential azole drug-drug interactions and consequences of potential fluconazole drug interactions. **Pharmacoepidemiol Drug Saf** 2005 Nov; 14 (11): 755-67.

ZHANG, L. et al. Predicting drug- drug interactions: an FDA perspective. **AAPS J.**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 300-306, 2009.



CAPÍTULO 9

CONSEQUÊNCIAS ENVOLVIDAS NA PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO

CONSEQUENCES INVOLVED IN THE PRACTICE OF SELF-MEDICATION

Elisandra Silva Rêgo¹

¹ Graduanda em Farmácia, Faculdade Pitágoras, São Luís – MA

Resumo

Os medicamentos são mundialmente utilizados para fins terapêuticos, paliativos e profiláticos, porém quando usados por automedicação podem causar sérios problemas de saúde e algumas vezes podem até levar ao óbito. A abordagem desse tema proporciona conhecer e entender melhor os efeitos advindos do uso irracional de medicamentos; diante disto, é de suma importância o estudo e análise das principais causas e conseqüências decorrentes da automedicação, de modo a informar sobre a necessidade do uso racional de medicamentos e o papel do farmacêutico na prevenção do uso irracional de medicamentos. O objetivo deste trabalho foi apontar as principais conseqüências da automedicação. Foi realizado através de revisão bibliográfica publicadas entre 2010 e 2020, voltados ao tema proposto utilizando descritores específicos. O profissional farmacêutico é essencial em todo estabelecimento de dispensação de medicamentos, seja em unidades de saúde pública, em farmácias e drogarias; para assim promover o uso correto de medicamentos e conseqüentemente, tratamentos efetivos e melhoria na saúde do paciente. E desse modo evitar conseqüências que possam comprometer o bem estar, a saúde e o tratamento do paciente promovendo serviços de saúde, como, orientação e acompanhamento farmacêutico, inseridos na atenção farmacêutica, que é uma atividade exclusiva do farmacêutico.

Palavras-Chave: Automedicação, Uso irracional de medicamentos, Perigos da automedicação, Causas da automedicação, Conseqüências da automedicação.

Abstract

The medicines are used worldwide for therapeutic, palliative and prophylactic purposes, but when used for self-medication they can cause serious health problems and sometimes even lead to death. The approach to this subject provides a better knowledge and understanding of the effects arising from the irrational use of drugs; in view of this, the study and analysis of the main causes and consequences arising from self-medication is of utmost importance, in order to inform about the need for rational use of drugs and the role of the pharmacist in the prevention of irrational use of drugs. The objective of this work was to point out the main consequences of self-medication. It was carried out through a bibliographic review published between 2010 and 2020, focused on the proposed theme using specific descriptors. The pharmaceutical professional is essential in every drug dispensing establishment, whether in public health units, pharmacies and drugstores; in order to promote the correct use of drugs and consequently, effective treatments and improvement in patient's health. And thus avoid consequences that may compromise the welfare, health and treatment of the patient by promoting health services, such as guidance and pharmaceutical monitoring, included in pharmaceutical care, which is an exclusive activity of the pharmacist.

Keywords: Self-medication, Irrational use of medication, Dangers of self-medication, Causes of self-medication, Consequences of self-medication.



1. INTRODUÇÃO

O medicamento é uma substância utilizada mundialmente com finalidade terapêutica, paliativa e profilática, tendo assim grande relevância nas práticas de saúde, e muitas vezes é o principal empregado nos tratamentos. Porém quando usados por automedicação pode acarretar em sérios problemas a saúde da população que vão desde danos reversíveis até irreversíveis podendo até evoluir ao óbito. Entre os diversos fatores que contribuem para a automedicação, estão os fatores econômicos, políticos e culturais, tornando-se um problema de saúde pública. Dessa forma, a abordagem desse tema proporciona conhecer e entender melhor os efeitos advindos do uso irracional de medicamentos e a importância do farmacêutico no combate a essa prática, com o propósito de promover cuidados de saúde assim como o uso racional de medicamentos.

Diante disto, o presente estudo contribuirá com informações importantes para a população, acadêmicos e profissionais da saúde, principalmente os farmacêuticos. Pois assim, os profissionais irão adquirir conhecimentos sobre a necessidade da capacitação em fazer a orientação adequada aos pacientes, promover o uso correto de medicamentos e a prevenção da automedicação irracional e também informar a população sobre a necessidade do uso racional de medicamentos.

Para compreender qual a importância do uso correto de medicamentos, e por qual motivo a automedicação deve ser sempre evitada, é necessário conhecer os males advindos dessa prática. A partir desse contexto, obteve-se como problema de pesquisa: quais são as principais conseqüências da automedicação?

Em vista disso, teve-se como objetivo geral: apontar as principais conseqüências da prática da automedicação. Desse modo, é fundamental: explicar sobre a prática da automedicação; demonstrar as principais causas e conseqüências da automedicação na população e; descrever a contribuição do profissional farmacêutico na prevenção da automedicação.

Em síntese, este trabalho se refere a um estudo de revisão bibliográfica, procedentes de publicações acadêmicas e científicas publicadas no período de 2010 - 2020 nas seguintes plataformas: Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e portal de periódicos da CAPES voltados ao tema proposto utilizando descritores específicos como: automedicação, uso irracional de medicamentos, perigos da automedicação, causas da automedicação e conseqüências da automedicação.

2. A AUTOMEDICAÇÃO

A automedicação é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) e a Federação Internacional dos Farmacêuticos (FIP) como uma prática de autocuidado em saúde na qual os indivíduos selecionam e usam medicamentos para tratar sintomas ou problemas de saúde menores. De acordo com o que se pode considerar automedicação, pesquisadores afirmam que o ato de obter medicamentos sem a prescrição médica, sem avaliação e orientação do profissional de saúde, assim como compartilhar medicamentos com outros membros da família ou com conhecidos, reusar prescrições antigas ou o medicamento que sobrou de uma prescrição, prolongar o uso de medicamento prescrito ou interromper tratamento proposto pelo médico, também fazem parte da prática de se automedicar (FERREIRA; TERRA, 2018).

Vale ressaltar que também é considerada uma característica da automedicação quando a iniciativa acontece pelo responsável ou cuidador da pessoa que se encontra enferma ou com algum mal estar, principalmente nos casos de crianças e idosos, que tem maior necessidade de acompanhamento nos cuidados diários; e geralmente esse público é o mais frágil, ou seja, estão mais propensos a desenvolver reações (PAULO; ZANINE, 2018).

A automedicação é uma conduta bastante comum, já vivenciada desde a antiguidade por diversas civilizações, com características típicas a cada cultura, época e a região. Nessa época a automedicação era praticada principalmente por conhecimento empírico, fazendo uso de plantas medicinais. Essa prática foi passando de geração em geração que perdurou até os dias de hoje; ainda ocorre com bastante frequência principalmente em regiões mais rurais (MARTINS, 2015).

Além disso, essa prática não acontece apenas com os chamados MIP'S que são os medicamentos isentos de prescrição, mas também, com os de uso extensivo e intensivo, tarjado vermelho e preto, assim também com os medicamentos fitoterápicos e as plantas medicinais resultando em uma prática preocupante (ANVISA, 2007). O uso de medicamentos é uma prática que precisa ser usada com responsabilidade, ou seja, que faça uso de medicamentos atentando-se para a segurança, qualidade e eficácia da medicação, observado a possibilidade de interações medicamentosas e as reações adversas (FERREIRA; TERRA, 2018).

Habitualmente a automedicação é praticada para tratar problemas menores de saúde, conhecidos como autolimitados, ou seja, enfermidade aguda de baixa gravidade ou também para tratar problemas de saúde recorrentes, que tenham sido previamente diagnosticados. A fim de obter alívio em um desconforto que esteja sentindo, sem se preocupar com as possíveis conseqüências ou com a severidade do problema de saúde que tudo isso pode causar (MARTINS, 2015).

O fato de o indivíduo fazer uso de medicamentos sem critérios técnicos e acompanhamento profissional, se enquadra como uso irracional de medicamentos,



tornando-se um problema de saúde pública (CEMBRANELLI; FERNANDES, 2014). O uso irracional dos medicamentos caracteriza-se pelo uso descontrolado de medicamentos, não analisando a possibilidade de reações adversas ou de interação com outros medicamentos, sem que haja orientação para o uso adequado ou prescrição, podendo ser uma prática perigosa. Em divergência com as ações que promovem a assistência farmacêutica, como a orientação sobre o uso correto dos medicamentos (FERREIRA; TERRA, 2018).

A assistência farmacêutica é um conjunto de atividades divididas em seis etapas, sendo elas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação; que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde tendo como principal objetivo o acesso e o uso racional de medicamentos, na perspectiva de obter melhorias na qualidade de vida da população. (Resolução CNS – Conselho Nacional de Saúde nº 338/2004). Cada etapa dessas envolve um conjunto de atividades sequenciais que vão desde a seleção até a dispensação dos medicamentos, garantidos através do desenvolvimento de atividades multidisciplinares e multiprofissionais, ou seja, são realizadas atividades de outras formações e profissões além da profissão farmacêutica, com exceção da dispensação que é exclusiva deste profissional (SILVA, 2018).

O ciclo da assistência farmacêutica se inicia com a seleção de medicamentos, essa etapa é considerada o eixo da assistência farmacêutica, pois a partir dessa etapa que as outras serão desenvolvidas. Esta se refere ao processo de escolha dos medicamentos que serão disponibilizados aos usuários, com base em critérios epidemiológicos, de segurança, eficácia e efetividade. A programação é a etapa seguinte, que tem por objetivo determinar e quantificar os medicamentos selecionados para o atendimento dos usuários, conforme a demanda dos serviços e por um determinado período. É importante que seja feita uma programação adequada, pois uma programação inadequada reflete diretamente no abastecimento e acesso da população aos medicamentos (MAXIMINO, 2017).

Assim, a partir da quantidade programada segue-se para a aquisição, que é um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos, com propósito de manter a regularidade do sistema de abastecimento. Já o armazenamento, que pode ser definido como um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos para assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos, que vai desde o recebimento, conferência, estocagem e controle de estoque. Este pode apresentar alguns sérios problemas quanto ao armazenamento e controle de estoque (VIEIRA, 2010).

A distribuição compreende no transporte e abastecimento de medicamentos e insumos às unidades de saúde, em qualidade, quantidade e tempo adequado. E por fim, a dispensação, que consiste em disponibilizar um ou mais medicamentos em resposta à apresentação de uma prescrição desenvolvida por um profissional autorizado, ainda nessa etapa o profissional farmacêutico informa e orienta o paciente quanto ao uso correto de medicamentos (BRASIL, 2017).

Entre essas etapas, a dispensação é o ponto principal para atuação das atividades clínicas do profissional farmacêutico, com ênfase na atenção farmacêutica, que de acordo com a Organização Mundial de Saúde, é conceituada como:

Atenção farmacêutica é um conceito de prática profissional no qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção é o compêndio das atitudes, dos comportamentos, dos compromissos, das inquietudes, dos valores éticos, das funções, dos conhecimentos, das responsabilidades e das habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente. (OMS, 1993, p. 224).

Dessa forma, através da atenção farmacêutica o paciente recebe acompanhamento farmacoterapêutico, informações e orientações quanto ao uso de medicamentos (OLIVEIRA; LOPES; CASTRO, 2015). Além disso, também proporciona detectar, prevenir e resolver problemas relacionados aos medicamentos (PRM) assim como a prevenção de reações adversas. Porém, apesar dessa prática não ser formalmente instituída, é realizada exclusivamente pelo profissional farmacêutico, e serve como uma oportunidade de usar seus conhecimentos como uma estratégia para promover o uso racional de medicamentos visando à obtenção de resultados definidos e estimáveis e uma farmacoterapia racional, voltados para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, dessa forma ampliando a participação do profissional farmacêutico para além da entrega do medicamento (MAXIMINO, 2017).

3. OS RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO

São vários os fatores que podem induzir a prática da automedicação, entre esses fatores pode se destacar alguns deles, bem como a presença de dores, o que leva o paciente a procurar uma solução rápida, buscando na automedicação a solução para os seus sintomas, assim como a falta de informação, erros de prescrição, polimedicação, uso abusivo de antimicrobianos, perfil mercantilista das farmácias privadas e ausência do profissional farmacêutico (SÁ *et al.*, 2007). Visto que no Brasil, o acesso à saúde pública é difícil e a maior parte da população não tem condições financeiras para pagar por um plano de saúde particular. Inclusive nos casos de emergência em que a população busca por alívio rápido de sintomas, porém muitas vezes o atendimento na saúde pública é tão demorado que o paciente desiste e procura por conta própria fazer uso de medicamentos na intenção de sanar seus problemas de saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2005).

O uso de medicamentos de maneira incorreta e irracional pode provocar graves consequências à saúde da população e até levar ao óbito (GONÇALVES *et al.*, 2016). Sendo eles: diminuição da eficácia, reações adversas, dependência ao medicamento, interações medicamentosas, efeitos colaterais, agravamento do quadro clínico do indivíduo (SÁ *et al.*, 2007). Isto ocorre por conta de muitas vezes os sintomas serem um alerta da presença de alguma doença, e assim a automedicação pode



mascarar estes alertas, tornando mais difícil o diagnóstico adequado, retardando a melhora dos sintomas e desfocando toda a terapêutica (FONTOURA; SILVA, 2014).

A interação medicamentosa é um fenômeno farmacológico em que os efeitos de um medicamento são alterados quando administrados anteriormente ou em uso concomitante com outros medicamentos, alimentos, bebidas ou algum agente químico ambiental; podendo ocorrer de maneira independente ou interagindo entre si, podendo ter a anulação, diminuição ou aumento dos efeitos terapêuticos ou até mesmo efeito tóxico. Podendo também ser fator de risco para ocasionar em reações adversas a medicamento (HOEFLER, 2010).

Além disso, alguns pacientes que faz acompanhamento com vários médicos de diferentes especialidades, e não informa os médicos se já faz uso de outros medicamentos, e assim são prescritos medicamentos sem que haja os cuidados necessários. Há também muitos casos em que os usuários utilizam prescrições antigas como base para se automedicar, ou também por indicações de terceiros sendo que nem sempre o tratamento será o mesmo apesar dos sintomas serem semelhantes; existe também o não cumprimento da obrigatoriedade da prescrição no ato da dispensação, nos casos de fármacos que, legalmente, necessitam da apresentação da prescrição em duas vias para ser dispensado, como exemplo: os antimicrobianos (SOUZA *et al.*, 2008). Com isso, os usuários encontram ainda mais facilidade em adquirir os medicamentos e a ausência de informações quanto aos riscos que estes podem causar, sendo assim um dos principais fatores que levam à automedicação (COSTA; GARCIA, 2012).

Um dos principais e grandes problemas relacionados à automedicação é o uso inadequado de antibióticos que acarreta em graves problemas de saúde pública visto que essa prática contribui para resistência bacteriana, e dessa forma elevando a peridiocidade e conseqüentemente o agravamento de doenças infecciosas resultante da impotência dos mesmos (FARIA; PESSALACIA; SILVA, 2016). Isto ocorre quando faz uso desnecessário dos antibióticos, ou seja, quando usado para doenças não infecciosas, quando usado por tempo e posologia diferente da recomendada; por isso o uso dessa classe de medicamentos deve ser apenas com avaliação, orientação e prescrição médica, devendo ser analisada se realmente há necessidade desse uso (JOAQUIM, 2011).

E ainda tem a grande influência da indústria farmacêutica, que estimula o consumo de medicamentos através de propagandas frequentes na televisão e em outros vários meios de comunicação, dessa forma transformando o medicamento em um produto simbólico de alívio e sensação de bem estar, minimizando ou omitindo os riscos associados como uma estratégia de marketing no mercado farmacêutico e assim incentivando para que a população faça uso de medicamentos sem a necessidade de uma orientação médica e/ou farmacêutica, apenas acrescentam no final das propagandas a frase habitual: "persistindo os sintomas um médico deve ser consultado", entretanto essa frase não isenta de toda responsabilidade que essa prática exige (BARROS; CARVALHO, 2010). Diante disso há um grande contraste



entre as numerosas e descontroladas propagandas de determinados medicamentos com as tímidas campanhas que tentam esclarecer e alertar sobre os perigos da automedicação (BARROS; CRUZ, 2012).

Outro grande problema relacionado à prática de automedicação é a probabilidade de intoxicação. De acordo com dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), cerca de 40% das intoxicações registradas foram provocadas por medicamentos. (FERREIRA; TERRA, 2018).

Isto ocorre devido ao acúmulo de medicamentos que muitas pessoas têm em casa, e várias vezes composto por um verdadeiro conjunto de várias classes terapêuticas, criando um tipo de farmácia caseira. No entanto, essa farmácia caseira exige cuidados quanto ao armazenamento, temperatura, controle do vencimento, atenção quanto aos medicamentos que são aparentemente semelhantes, mas com indicações diferentes. Todos estes cuidados já citados contribuem para garantir eficácia e segurança no uso de medicamentos. Porém a falta deles pode ocasionar em vários riscos a saúde sendo eles: ingestão equivocada de medicamentos por engano de embalagens ou nomes semelhantes, ingestão acidental pelas crianças causando intoxicações, perda da eficiência dos medicamentos por falta de controle do vencimento e/ou também por armazenamento em locais indevidos e doses elevadas. Há também aqueles que fazem uso constante de medicamentos que não devem ser usados com muita frequência sem a orientação médica, pois quando utilizados por longos períodos além do necessário pode acarretar em vários prejuízos a saúde. Tudo isso pode provocar uma intoxicação medicamentosa, sendo assim um fato preocupante visto que a intoxicação por medicamentos muitas vezes pode evoluir a óbito (ZAMUNER, 2006). Neste contexto, nota-se a necessidade do farmacêutico junto com os demais profissionais de saúde em desenvolver medidas preventivas quanto à automedicação assim como o uso irracional de medicamentos (FRANCO *et al.*, 2015).

4. O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA PREVENÇÃO DA AUTOMEDICAÇÃO

A farmácia é um estabelecimento de fácil acesso primário a saúde, onde muitas vezes o farmacêutico é procurado antes mesmo do atendimento hospitalar. Dessa forma, o farmacêutico tem um papel significativo na promoção do uso racional de medicamentos, para isso é necessário que este profissional seja capacitado dentro de suas habilitações, possibilidades e responsabilidades, devendo estar preparado para agir de maneira correta, conscientizando o paciente sobre as situações em que a consulta médica é essencial e quando proceder à dispensa do medicamento (CEMBRANELLI; FERNANDES, 2014).

Uma das intervenções fundamentais para promover o uso racional de medicamentos é a prática da atenção farmacêutica. Como já foi mencionado ante-



riormente, esse procedimento é praticado exclusivamente pelo farmacêutico, já que durante toda sua formação acadêmica seu estudo é amplamente voltado aos medicamentos e sua relação com a fisiologia do corpo humano direcionados ao bem-estar físico, mental e social dos pacientes, contribuindo para intensificar a farmacoterapia, apresentando orientações seguras, procurando adquirir resultados terapêuticos fundamentados nos indicadores de saúde e na qualidade de vida dos pacientes e usuários do serviço (COSTA; GARCIA, 2012). Conscientizando a população sobre a relevância da prática da atenção farmacêutica, justificando a necessidade da presença do farmacêutico em todas as farmácias e drogarias do país durante todo o seu horário de funcionamento (SOUSA *et al.*, 2008).

A atenção farmacêutica é uma prática profissional que teve seu desenvolvimento através da aplicação e ampliação da farmácia clínica. A farmácia clínica é definida pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) como "A área da farmácia voltada à ciência e a prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a aperfeiçoar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças" (BRASIL, 2013). Nessa prática é incluso a anamnese farmacêutica, onde serão coletadas informações sobre os sinais e sintomas do paciente, patologias pré-existentes, se faz uso de algum medicamento contínuo, entre outros; também está o acompanhamento farmacoterapêutico, onde será analisado a prescrição e os itens que podem causar algum risco ao paciente, prevenindo de eventuais reações adversas, interações medicamentosas ou quaisquer outras situações que podem comprometer a segura e eficácia dos medicamentos. A atenção farmacêutica é composta por todos esses serviços farmacêuticos (MAXIMINO, 2017).

Nessa prática, o farmacêutico tem como foco a atenção direta ao paciente, tendo o medicamento como um meio para alcançar resultados positivos, podendo ser curativo, preventivo ou paliativo. As orientações oferecidas pelo profissional farmacêutico são fundamentais, pois muitos pacientes chegam à farmácia para adquirir o medicamento sem nenhuma informação sobre o medicamento que irá utilizar, nem sobre a posologia, duração do tratamento; sendo então essencial a aplicação desse serviço no atendimento ao paciente (OLIVEIRA; LOPES; CASTRO, 2015).

O vínculo entre o paciente e o prescritor é o farmacêutico, por isso é essencial sua cooperação para obter uma dispensação segura, visto que o paciente é orientado de forma correta, ele só vai usar medicamentos de acordo com sua necessidade clínica, na posologia e doses adequadas, solucionando problemas relacionados aos medicamentos (PRM's), evitando desperdícios, diminuindo potenciais de risco e efeitos indesejáveis, interações medicamentosas; e assim obter resultados positivos tanto para o paciente quanto para a saúde pública. Por isso, é fundamental que o farmacêutico faça cumprir o que é exigido pelas leis, para que assim o uso racional de medicamentos seja estabelecido de forma mais eficiente. Desse modo, a assistência farmacêutica é o que assegura que todo investimento feito nos medicamentos sejam convertidos em saúde e melhora da qualidade de vida do paciente

(ARAUJO; FREITAS, 2006).

A dispensação é também uma prática fundamental onde deve ocorrer a promoção do uso racional assim como a prevenção da automedicação irracional. É uma etapa essencial para atingir a atenção farmacêutica e os serviços clínicos ampliando o papel do farmacêutico para além da entrega do medicamento. Na dispensação é considerado as características particulares de cada paciente, inclusive fatores socioeconômicos, culturais e genéticos, que podem de alguma forma interferir na adesão ao tratamento e na possibilidade de reações adversas ao medicamento (RAM) (MAXIMINO, 2017).

De acordo com a Resolução nº 20, de 5 de maio de 2011, dispensação é entendida como:

[...] ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente, como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta ao paciente sobre o uso adequado desse medicamento. São elementos importantes desta orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento do regime posológico, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto. (BRASIL, 2011, p. 6).

Para que haja a adesão ao tratamento na dispensação, o farmacêutico necessita saber se comunicar com o paciente, ouvindo-o, sendo prestativo e atencioso de modo que consiga desenvolver suas atividades técnicas de abordagem e o paciente se sinta à vontade para perguntar e tirar todas as suas dúvidas, e confortável para receber as informações e orientações importantes sobre seu tratamento (BRASIL, 2011).

Outro ponto importante na qual o farmacêutico tem papel fundamental contra a prática da automedicação irracional e a favor do uso racional de medicamentos é a legalização da prescrição farmacêutica, por meio da resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013, que determina a prescrição tanto para medicamentos isentos de prescrição (MIP'S) quanto para aqueles de uso contínuo (em situações de continuidade de tratamento previamente prescrito) (CFF, 2013).

A classe de medicamentos mais usada na automedicação são os MIP'S, logo, nota-se a relevância da prescrição farmacêutica visto que transforma a automedicação em uma indicação farmacêutica exercida com critérios, baseados nos aspectos e patológicos e fisiológicos dos pacientes, informando sobre o uso racional de medicamentos e esclarecendo sobre os males decorrentes do uso irracional (CEMBRANELLI; FERNANDES, 2015).



5. CONCLUSÃO

Estudar e pesquisar sobre as conseqüências da automedicação através da revisão de literatura mostrou como essa prática é definida e as suas características para que seja identificada, descontinuada e evitada; a partir disto essa prática se mostrou muito comum entre a população e também foram identificadas as principais classes de medicamentos utilizados nessa prática.

A automedicação é um relevante problema de saúde pública, visto que mostrou ser estimulada por diversos fatores e tendo por conseqüência problemas de saúde preocupantes, podendo até ocasionar em óbito. Logo, a utilização adequada de medicamentos é essencial para oferecer tratamentos efetivos e promover saúde ao paciente.

Diante do que foi exposto ao longo desse trabalho ficou notório a necessidade de profissionais farmacêuticos em todo estabelecimento de dispensação de medicamentos, seja em unidades de saúde pública, em farmácias e drogarias. Para assim promover serviços de saúde, como, orientação e acompanhamento farmacêutico, inclusos na atenção farmacêutica, que é uma atividade exclusiva do farmacêutico.

Referências

ARAÚJO, Luanna Kattaryna Penha de. **A prática da automedicação entre adolescentes: prevalência e fatores relacionados.** 2016. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2016. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Carta aberta sobre prescrição farmacêutica.** Brasília, 25 set. 2013. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=1325&titulo=CARTA+ABERTA+SOBRE+PRESCRI%C3%87%C3%83O+FARMAC%C3%8AUTICA>. Acesso em: 07 maio 2020.

COSTA, Luana Pimenta; GARCIA, Paula da Costa. Uso racional de medicamentos: os perigos da automedicação. **Revista Científica de Medicina da Faculdade Atenas.** Franca – SP, v. 4, n.1 2016. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/>. Acesso em: 16 abr. 2020.

FERREIRA, Rogério Lobo; TERRA JR, André Tomaz. Estudo sobre a automedicação, o uso irracional de medicamentos e o papel do farmacêutico na sua prevenção. **Revista Científica FAEMA,** Ariquemes, v. 9, n. edesp, p. 570-576, maio-jun, 2018. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

FERNANDES, Wendel Simões; CEMBRANELLI, Julio César. **Automedicação e o uso irracional de medicamentos: o papel do profissional farmacêutico no combate a essas práticas.** **Revista Univap,** São José dos Campos - SP, v. 21, n. 37, jul.2015. ISSN 2237-1753. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

FRANCO, Jonatan Martins Pereira Lucena; MENDES, Rafael de Carvalho; CABRAL, Francisco Rubens Filgueira; MENEZES, Cicero Diego Almino. O papel do farmacêutico frente à resistência bacteriana ocasionada pelo uso irracional de antimicrobianos. **Revista Científica Semana Acadêmica,** Fortaleza, v.1, n.72, p.1-17, 2015.

JOAQUIM, Magali Rocha. **Automedicação versus Indicação Farmacêutica.** 2011. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade do Algarve, Por-



tugal - Faro, 2011.

MARTINS, Karina Saviatto de Carvalho. **Indicadores para avaliação da prática da automedicação.** 2015.110 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Santa Catarina, 2015.

MAXIMINO, Flávio Donalwan Sá. **Gestão da assistência farmacêutica:** conceitos e práticas para o uso racional de medicamentos. São Luís: Sete Cores, 2017.

OLIVEIRA, Joana Darc Lima de; LOPES, Lisiane Amim Mota; CASTRO, Geane Freitas Pires de. Uso indiscriminado dos benzodiazepínicos: a contribuição do farmacêutico para um uso consciente. **Revista Transformar**, Itaperuna, v. 7, p. 214-226, 2015. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

PEREIRA, Januaria Ramos; SOARES, Lucianos; HOEPFNER, Lígia; KRUGER, Karin Elisa; GUTTERVIL, Mariane Leite; TONINI, Karen Cristine; DEVEGILI, Daiane Aparecida; ROCHA, Elaine Regina; VERDI, Flávia; DALFOVO, Daiane; OLSEN, Karina; MENDES, Tatiana; DERETTI, Roberta; SOARES, Viviane; LOBERMEYER, Cizete; MOREIRA, Jaciara; FERREIRA, Jacqueline; FRANCISCO, Adriana. **Riscos da automedicação: tratando o problema com conhecimento.** 2010. 20 f. Projeto de Extensão (Projeto em Assuntos Comunitários) - Área de Extensão Universitária, Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE, Joinville, 2010.

SANTANA, Kamila dos Santos. **O papel do profissional farmacêutico na promoção da saúde e do uso racional de medicamentos.** 2017. 35 f. Monografia (Graduação em Farmácia) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes, 2017.

SANTOS, Dércio Rebouças dos. **Perfil da automedicação no Brasil.** 2014. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira - BA, 2014. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/>. Acesso em: 16 abr. 2020.

SILVA, Elderly Yara de Almeida; FONTOURA, Ricardo. Principais consequências da automedicação em idosos. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Valparaíso - GO, v. 1, p. 75-82, Janeiro-Junho 2014. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/>. Acesso em: 16 abr. 2020.



CAPÍTULO 10

ATENÇÃO FARMACEUTICA NO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM IDOSOS

PHARMACEUTICAL ATTENTION IN THE RATIONAL USE OF MEDICINES
IN ELDERLY

Antonio Ferreira Alves¹

Welma Ribeiro Magalhães¹

Josué da Silva²

1 Graduandos em Farmácia, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

2 Graduado em Farmácia, Instituto Florence de Ensino Superior, São Luís – MA. Docente do Curso de Farmácia da Faculdade Pitágoras de São Luís.

Resumo

As modificações na qualidade de vida, na saúde e nos padrões de consumo, foram alguns dos fatores determinantes para a mudança na transição demográfica do país e do mundo. O processo de envelhecimento vem acompanhado das mudanças no organismo do indivíduo que já apresenta uma saúde mais fragilizada permitindo assim, o surgimento de inúmeras doenças que aumenta sua taxa de adoecimento e o uso de medicamentos, muitas vezes, sem prescrição médica ou auxílio de um farmacêutico. Nesta temática, é realizado o devido questionamento: Quais as estratégias poderão ser adotadas na atenção farmacêutica a fim de promover e consolidar a concepção do uso racional de medicamentos, com o intuito de melhorar a qualidade de vida do idoso? O objetivo geral foi descrever o papel da atenção farmacêutica no processo de uso racional de medicamentos pelo público idoso, com a ideia de melhorar a relação entre farmacêutico - paciente. A metodologia empregada nesse trabalho foi uma pesquisa bibliográfica reunida por meio de pesquisas monográficas, artigos, periódicos e livros relacionados ao tema. Vale concluir então que é papel do farmacêutico promover campanhas educativas, busca reciclar conhecimento periodicamente acerca dos medicamentos e as potenciais interações medicamentosas, com o intuito de fomentar uma correta orientação dos pacientes a fim de que realizem os tratamentos com segurança, além de promover um correto processo de dispensação de medicamentos, além de estimular o uso racional de fármacos pelo público-alvo e firmar o progresso na qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Uso Racional de Medicamentos. Atenção Farmacêutica. Idosos

Abstract

Changes in quality of life, health and consumption patterns were some of the determining factors for the change in the demographic transition in the country and the world. The aging process is accompanied by changes in the individual's body that already has a more fragile health, thus allowing the emergence of numerous diseases that increases their rate of illness and the use of medications, often without a medical prescription or assistance from a pharmacist. . In this theme, the necessary question is asked: What strategies can be adopted in pharmaceutical care in order to promote and consolidate the concept of the rational use of medicines, in order to improve the quality of life of the elderly? The general objective was to describe the role of pharmaceutical care in the process of rational drug use by the elderly, with the idea of improving the relationship between pharmacist - patient. The methodology used in this work was a bibliographic research gathered through monographic research, articles, periodicals and books related to the theme. It is worth concluding, then, that it is the role of the pharmacist to promote educational campaigns, seeking to periodically recycle knowledge about medicines and potential drug interactions, in order to foster correct patient orientation in order to carry out treatments safely, in addition to promoting correct process of dispensing medications, in addition to stimulating the rational use of drugs by the target audience and establishing progress in the quality of life of the elderly.

Keywords: Rational Use of Medicines. Pharmaceutical attention. Seniors



1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento determina que o indivíduo considerado idoso deverá, obrigatoriamente, possuir idade igual ou superior a 60 anos de idade. O envelhecimento vem acompanhado das mudanças no organismo do indivíduo que já apresenta uma saúde mais fragilizada, o que permite assim, o surgimento de inúmeras doenças que aumenta sua taxa de adoecimento e o uso de recursos da saúde.

O envelhecimento populacional está associado às melhorias na qualidade de vida, fato que exige uma maior organização social e adoção de metodologias para uma saúde preventiva na intenção de atender a demanda do novo cenário. Entretanto, também acarreta algumas consequências negativas, como o avanço da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e, resultando, muitas vezes, no uso de múltiplos fármacos pelos idosos.

Neste sentido, a atenção farmacêutica é importante, pois visa promover o uso racional dos medicamentos através da difusão de informações a pacientes e a comunidade. Assim, é necessário identificar e interpretar os modelos de uso dos medicamentos por este grupo etário, a fim de promover o uso racional, pautada no acompanhamento periódico de um farmacêutico, a fim de melhorar a qualidade de vida e a capacidade funcional do idoso.

Nessa perspectiva, foi realizado a seguinte indagação: Quais as estratégias poderão ser adotadas na atenção farmacêutica a fim de promover e consolidar a concepção do uso racional de medicamentos, com o intuito de melhorar a qualidade de vida do idoso? O objetivo geral foi descrever o papel da atenção farmacêutica no processo de uso racional de medicamentos pelo público idoso, com a ideia de melhorar a relação entre farmacêutico - paciente.

Já os objetivos específicos são: descrever a relação entre o processo de envelhecimento e a incidência da automedicação em idosos; discorrer sobre a atenção farmacêutica como mecanismo para promoção da qualidade de vida do idoso; realizar uma reflexão acerca da promoção do uso racional de medicamentos, bem como enfatizar a contribuição da atenção farmacêutica na atividade de orientação do idoso.

Para estudar o problema descrito foi realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema, com um trabalho de natureza descritiva e qualitativa, e uso na fundamentação teórica, base de dados de trabalhos acadêmicos, artigos na internet, periódicos nacionais e/ou internacionais e livros, com publicações entre os anos de 2010 a 2020, constituindo-se elementos para a elaboração consistente deste estudo.



2. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NO BRASIL E SUAS PECULIARIDADES

O envelhecimento é um processo que ocorre com todos os seres humanos, de forma geral. Podendo ser considerado dinamicamente como um processo, progressivo e irreversível, que são ligados a fatores psíquicos, biológicos e sociais. Assim, o envelhecimento é um processo em que ocorre várias alterações fisiológicas e morfológicas no organismo humano (LEITE et al. 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil uma pessoa é considerada idosa a partir dos seus 60 anos de idade, os quais são acompanhados de mudanças no seu corpo e que trazem consequências como perda de algumas habilidades e da independência do idoso para realizar as atividades diárias (BRASIL, 2015).

O envelhecimento pode ser compreendido em três partes, sendo elas o envelhecimento primário, secundário e o terciário. O envelhecimento primário, que pode ser chamado também de envelhecimento normal ou senescência, engloba todos os seres humanos pós-produtivos. Esse tipo de envelhecimento acerta progressivamente o organismo, causando um efeito cumulativo. Nesse estágio o ser humano está sujeito à influência de fatores para o envelhecimento, tais eles como, dietas, estilo de vida, educação e exercícios (SILVA, 2016).

O envelhecimento secundário é o envelhecimento que corresponde a várias influências externas, ele é variável entre as pessoas e lugares diferentes. O envelhecimento secundário se caracteriza a partir de fatores culturais, geográficos e cronológicos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Embora as causas sejam totalmente diferentes, o envelhecimento primário e secundário é fortemente ligado um ao outro. O stress ambiental e as patologias podem propiciar um aumento dos processos de envelhecimento, o que pode levar a um aumento da vulnerabilidade do indivíduo ao stress e as doenças (MENDES, et.al., 2018).

Já o envelhecimento terciário que também pode ser chamado de terminal, é caracterizado por todas as mudanças físicas e cognitivas, que são causadas pelo acúmulo de problemas durante todas as fases do envelhecimento e também por problemas relacionados a doenças que de certa forma são consideradas dependentes da idade (SILVA, 2016).

Segundo o estudo feito por Leite et al. (2012), as mudanças causadas pelo envelhecimento na saúde do idoso levam a dificuldades de inserção social. As diversas alterações como perdas sensoriais (dificuldade de enxergar e de escutar), doenças crônicas e outros problemas, levam a diminuição da independência do idoso. Desta forma a saúde permite ao ser humano desfrutar de todos os momentos da vida além de potencializar a realização e o desenvolvimento pessoal.



Embora o envelhecimento seja um processo normal que ocorre de forma inevitável alterando funções fisiológicas do organismo, ele também pode ser considerado como um processo natural que diminui de forma progressiva as funcionalidades. Com essas mudanças fisiológicas o idoso fica mais susceptível a patologias que os acometem como a diabetes, doenças cardiovasculares, hipercolesterolemia, osteoporose e entre outras (PELEGRINO, 2010).

2.1 O idoso e as patologias

O envelhecimento traz diversos problemas celulares e moleculares ao nosso corpo, o que ao longo do tempo leva a uma perda das reservas fisiológicas elevando a possibilidade de contrair diversos tipos de patologias. Esse processo leva a mudanças nos órgãos do corpo e uma das alterações é a diminuição da capacidade funcional do organismo humano. Essa capacidade é o potencial para execução de tarefas sem precisar de ajuda, é um autocuidado. Ao atingir idades mais avançadas o indivíduo naturalmente sofre perdas em relação a capacidade funcional devido aos problemas de saúde que levam a limitações, intelectuais, motoras e auditivas se tornando totalmente dependente de outra pessoa para a realização de suas atividades cotidianas (YAVORSKI et.al., 2016).

Uma outra consequência do envelhecimento é o aparecimento de patologias crônico-degenerativas que ligadas a um grupo de fatores, levam a destruição progressiva da saúde do idoso. Essas patologias possuem etiologia multifatorial: meio ambiente, comportamento e perfil genético. De acordo com dados da OMS, as doenças crônicas que não são transmissíveis são causam 63% de mortes no mundo (BRASIL, 2016).

Os idosos são os que mais manifestam problemas de saúde que são interligados a doenças crônico-degenerativas, dessa forma ocorre um aumento na frequência de procura por atendimentos públicos nas unidades de saúde, o que ocasiona um crescimento na utilização de medicamentos, e o enorme problema da polimedicação (BRICOLA et al., 2011).

Dentre as patologias que mais acometem os idosos pode-se destacar as doenças cardiovasculares e a diabetes como mais prevalentes em indivíduos acima de 65 anos, essas patologias requerem o uso contínuo de medicamentos que podem ter seus efeitos terapêuticos diminuídos, potencializados, ou antagonizados gerando problemas a saúde dos mesmos e aumentando os riscos de reações adversas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

As alterações biológicas no idoso com o avançar da idade ocorrem principalmente no sistema cardiovascular. O sistema cardiovascular, quando se submete o idoso a um esforço, leva a uma menor capacidade do coração de elevar a força e o número de batimentos cardíacos. Com o envelhecimento, também ocorre uma



diminuição dos batimentos cardíacos em estado de repouso, aumento do colesterol assim como da resistência vascular, conseqüentemente o aumento da tensão arterial escala (ELY et.al., 2015).

A diabetes é uma patologia que se caracteriza pelo aumento da taxa de glicose no sangue, e pela produção irregular de insulina, que é responsável pela transformação de açúcar em energia no organismo, mesmo sendo uma doença que afeta qualquer idade, a diabetes teve um aumento de incidência na população idosa em cerca de 17%. Esse aumento no número de idosos diabéticos é ocasionado principalmente por conta da obesidade, falta de exercícios, má alimentação e uso de fármacos a base de corticoides. Dentre os sinais da diabetes estão o cansaço, perda de peso, polidipsia, poliúria, polifagia e também pode ocorrer alguns problemas como dificuldade de cicatrização de ferimentos, dormências nas mãos e nos pés causadas pela má circulação. O tipo mais comum de diabetes em idosos é a diabetes mellitus tipo II (YAVORSKI, et.al., 2016).

A doença de Alzheimer é conhecida como demência senil do tipo Alzheimer e chamada por alguns de caduquice. Considera-se que essa patologia atinge de 10 a 15% das pessoas a cima de 65 anos e 20% das pessoas acima de 80. Essa doença do sistema nervoso central é definida pela diminuição gradativa e progressiva da memória, aparecimento de distúrbios psicóticos como a depressão, alucinações e comportamentos agressivos. Em geral ocorre uma deterioração dos movimentos motores, alienação, modificação da personalidade, atitudes estranhas e depressão escalam (ELY et.al., 2015).

Portanto, a quantidade de patologias leva a um número elevado de medicamentos a serem utilizados pelo idoso, e um dos maiores problemas relacionados ao uso da polimedicação está na facilidade de acesso aos medicamentos, a variedade de prescrições de médicos diferentes e o não acompanhamento da utilização dos fármacos pelo idoso acarretando em problemas como não adesão ao tratamento e problemas ocasionados pelo uso de diversas medicações como reações adversas e interações medicamentosas. Dessa forma a terapia polimedamentosa pode levar a diversos riscos que podem ser fatais em idosos devido as alterações fisiológicas do organismo causadas pelo envelhecimento (SANTOS, 2017).

3. AUTOMEDICAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES

O crescimento rápido da população idosa reflete diretamente no aumento da predominância de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT, fato que estimula o maior uso de medicamentos e da automedicação. Assim, o uso de diversos fármacos simultaneamente, associados a medicamentos terapêuticos de uso diário, colabora para o aumento de casos de efeitos colaterais. É importante destacar que com as DCNT vêm em paralelo, quadros sintomáticos de dor, que poderá ser combatido com tratamentos alternativos, contudo, na busca de resultados imediatos, o



mais comum é o uso de automedicação em larga escala (ELY et.al., 2015).

Para Britto (2012) a automedicação consiste quando os pacientes adquirem o fármaco em qualquer farmácia, sem orientação prévia de um profissional, estando seu emprego, em discrepância, a condição clínica do sujeito, em doses inadequadas as suas necessidades individuais, por um longo período de tempo. Dessa maneira, o gerenciamento da administração, posologia, efeitos adversos, toxicidade, interações medicamentosas é essencial no que tange o uso correto de medicamentos. Vale ressaltar que as reações adversas são muito comuns em idosos, devido à polifarmácia, a automedicação, comorbidades, farmacodinâmicas, dentre outros.

A associação de medicamentos, prescritos ou não, que tem o intuito basilar de promover maior eficácia da terapia, pode curar e reduzir danos, elevar a longevidade e aprimorar a qualidade de vida. Contudo, algumas terapias são descabidas e podem resultar em reações adversas e interações medicamentosas. A associação tornou-se atualmente um grave problema aos sistemas de saúde, haja vista ser uma atividade onerosa. Conforme a Organização Mundial de Saúde volta de 50% dos portadores de doenças crônicas não acolhe as terapias farmacológicas, e 4% a 5% das entradas hospitalares são provenientes de efeitos adversos que poderiam ser previsíveis, onde cerca de 30% de consultas de emergência são provenientes de distúrbios dos medicamentos, que em muitos casos poderiam ser evitáveis (NEVES et.al., 2013).

Os eventos adversos a medicamentos - EAM são encarados como um mecanismo de complicação, assumindo a posição de quinto lugar dentre as causas de mortalidade. A idade do enfermo e a automedicação são elementos relacionados aos elevados registros de consultas médicas tal como o surgimento de EAM. Nesse contexto, atravancar a utilização de fármacos inadequados e de alto risco é uma tática relevante, em especial com os cuidados voltados aos idosos (SECOLI et.al., 2012).

O uso indiscriminado de fármacos por idosos está dividido entre o risco e o benefício, já que por um lado colaboram no prolongamento da vida do indivíduo, enquanto que por outro, afetam diretamente a qualidade de vida, não podendo se resumir ao consumo propriamente dito, mais sim ao uso irracional de medicamentos não prescritos por profissionais da saúde, que indiscutivelmente, avoluma os riscos potenciais que devem ser expostos pelo idoso, família, médico e farmacêutico (NETO et.al., 2012).

Dentre os medicamentos mais utilizados pelos usuários no processo de automedicação, a sua grande maioria, possuem a atividade voltada ao sistema cardiovascular, sendo que alguns como, por exemplo, fluoxetina, ibuprofeno e diazepam estão relacionados entre os fármacos potencialmente inapropriados para uso com pacientes idosos. Dentre os problemas de saúde que poderão surgir ao passo da automedicação, podem citar: eventos cardiovasculares, problemas hepáticos, insuficiência renal, problemas psicológicos e por fim, problemas gastrointestinais



(NASCIMENTO et.al., 2017).

Conforme Stuchi (2016) cerca de 14% dos gastos totais com saúde estão ligados a medicamentos e mais de um quarto destes fármacos são indicados para idosos, que consomem até o triplo de medicamentos que o sujeito mais jovem. Este fenômeno baseia-se na presença de doenças crônicas e na diversidade de problemas de saúde, que esse consumo paralelo de vários medicamentos contribui para o surgimento de interações medicamentosas.

Essas interações podem ser divididas em duas categorias, a saber: sinérgica e antagônica; a primeira ocorre quando os resultados dos dois medicamentos somados são maiores que o resultado individual de cada fármaco, no qual a segunda acontece quando o efeito resultante é inferior que a soma dos resultados dos dois medicamentos se consumidos isoladamente ou mesmo quando o fenômeno de interação extingue os atributos farmacológicos de cada medicamento (SALES; SALES; CASOTTI, 2017).

Sales; Sales; Casotti (2017) afirmam que os enfermos idosos possuem maior capacidade de apresentar quadro de interações medicamentosas pelo fato das alterações fisiológicas decorridas da idade, respostas atípicas a fármacos, orientações inadequadas e não cumprimento correto dos esquemas terapêuticos, elemento que pode favorecer o aumento da taxa de toxicidade medicamentosa. Assim, para combater a cultura da automedicação devem-se atentar as características e peculiaridades do medicamento, do paciente e também do médico, com estímulo a procura sempre da orientação de um profissional da saúde.

A combinação entre a automedicação, o uso de fármacos impróprios e fatores como por exemplo, o nível socioeconômico, a visita a serviços de saúde, consumo de medicamentos prescritos, alicerça o surgimento de quadros de iatrogenia. Esse quadro também pode ser provocado pela insciência do profissional médico ou farmacêutico no tocante à prescrição de fármacos não indicados para idosos, tal como a indicação de medicamentos que estão largamente disponíveis no âmbito do serviço público de saúde, como amtriptilina, clopropamida e metildopa, devido o fácil acesso, entretanto é inadequado para o público-alvo (PAULA JUNIOR et. al., 2013).

4. ATENÇÃO FARMACÊUTICA COMO MECANISMO PARA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

A geriatria em associação aos farmacêuticos, busca a correta identificação de situações de risco, esclarecimento da população idosa e de seus familiares sobre o perigo da automedicação, bem como o rápido reconhecimento de reações adversas do fármaco, evitando medicar com outra droga os efeitos colaterais de outra, como por exemplo, surgimento atípico de novas doenças ou quadros clínicos, que merecem uma investigação sistemática (BRITO, 2012).



De acordo com Garcia (2017) a Resolução nº 417/04 do Conselho Federal de Farmácia - CFF discorre que o farmacêutico é um profissional habilitado da saúde, por isso, poderá exercer todas as tarefas de seu segmento profissional a fim de colaborar para salvaguardá-la a saúde pública além de transmitir ativamente informações de medicamentos por meio de ações de educação voltadas à comunidade, a fim de fomentar a promoção da saúde.

Diante disso, a assistência à saúde dos idosos atualmente deve ser o maior foco de discussão entre o segmento farmacêutico, devido à grande demanda. É essencial que sejam apresentadas alternativas para que os anseios dessa faixa etária sejam prontamente atendidos, promovendo assim, uma integralidade dos idosos com políticas preventivas favorecendo aos mesmos uma vida mais saudável e ativa (PAULA JUNIOR et. al., 2013).

Dessa maneira, a atenção farmacêutica é um modelo de prática farmacêutica, voltada ao paradigma da assistência farmacêutica, onde reúnem atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção da saúde, dentre outras tarefas, de maneira integrada com a equipe multidisciplinar de saúde. Deve-se estabelecer a interação do profissional farmacêutico com o paciente, devendo ser pautado a relação na construção de um elo de confiança, com o objetivo, a priori, de uma farmacoterapia racional, considerando as especificidades biopsicossociais (SILVA; NASCIMENTO; GRASSI, 2018).

A Atenção Farmacêutica prática, ampliada no segmento da assistência farmacêutica, tem crescido nos últimos anos e sua solidificação tem sido gradativa, reunindo informações acerca dos macros componentes como a promoção da saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacoterapêutico, além da documentação completa das tarefas, no intuito de facilitar a avaliação dos resultados e reconhecimento dos pontos que merecem ser melhorados. (GARCIA, 2017).

Nessa linha de raciocínio o objetivo basilar da Atenção Farmacêutica não é intervir no diagnóstico ou na prescrição de medicamentos, que são atividades do médico, mas sim assegurar uma farmacoterapia racional e segura, dificultando o acesso a fármacos e fomentando maiores esclarecimentos do público-alvo sobre os perigos da automedicação ou da polifarmácia (MENESES; SÁ, 2010).

Concomitantemente, com a tarefa de dispensação, a atual profissional do farmacêutico vai além da simples entrega do medicamento, deve ser orientada a discriminar a possível existência de problemas potenciais, a adequada utilização de medicamentos. O farmacêutico deve atuar como uma fonte de informação, garantindo que o paciente possua a informação mínima para o adequado uso dos medicamentos (GARCIA, 2017).

A Atenção Farmacêutica tem o objetivo principal alcançar a cura de uma doença do enfermo, a extinção ou a redução da sintomatologia, o combate da evolução da doença, tal como propor medidas para a prevenção de uma enfermidade ou de um

quadro de sintomas. A prática profissional deve estar pautado em um atendimento mais humanístico e contextualizado a realidade de cada região e de cada paciente, fornecendo assim um atendimento personalizado fomentando a sedimentação de um novo modelo de atenção à saúde, favorecendo a aplicabilidade de mecanismo de intervenção, com reflexos na melhoria da qualidade de vida (REIS, 2014).

Atualmente, o farmacêutico se apresenta como integrante das equipes de saúde em hospitais e atendimentos de emergências, sendo assim, mais acessível, haja vista ser o profissional que apresenta o contato direto com o paciente, favorecendo o processo de assistência e aconselhamento no que tange a automedicação, a polifarmácia e o uso correto dos fármacos a fim de otimizar a eficácia e segurança do tratamento. Assim, é importante que o profissional domine as propriedades farmacoterapêutica para assim promover a boa e correta orientação do paciente (LIMA, 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os seus objetivos demonstraram a relevância da atenção farmacêutica para a efetivação da promoção da saúde de pacientes idosos, através da adoção de estratégias de educação, atividades de intervenção da automedicação, oferta de cuidados especiais que estão diretamente relacionada a carência dessa fase de vida, que por si só já apresenta inúmeras limitações, sendo que os problemas de saúde podem piorar caso ocorra uma administração errada de medicamentos, ou não seja seguido o planejamento terapêutico previamente elaborado.

Notou-se que ao longo do trabalho, foi exposto as diretrizes da política de uso racional de medicamentos que é presente na saúde brasileira, em que os profissionais, através de informações sedimentadas, procedam a correta orientação dos pacientes a fim de que realizem os tratamentos com segurança, que faça manuseio de medicamentos somente com orientação do profissional da saúde. Vale ressaltar que além do controle para o uso racional de medicamentos, o farmacêutico deverá promover um correto processo de dispensação de medicamentos, a fim de bloquear o uso indiscriminado de fármacos pelo público-alvo, a fim de evitar maiores danos a saúde ou mesmo levar a morte.

O farmacêutico cabe um trabalho educativo voltado ao estímulo de autocuidado e o uso reduzido de fármacos, que contribui satisfatoriamente no incentivo a vida ativa do idoso e a pratica da manutenção preventiva de doenças.



Referências

- BRASIL. (2016). **VIGITEL Brasil 2015**. Brasil. Ministério da Saúde. (p. 162). Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRICOLA, S.; et al. Envelhecimento da população e a polifarmácia. **Revista Eletrônica da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Regional São Paulo, v.1, n.1, Julho 2011.
- BRITTO, Mayara Oliveira de Aguiar. **Fatores que interferem o uso racional de medicamentos em idosos**. UCB, 2012. Disponível em: < <https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/123456789/6811/5/Mayara%20Oliveira%20de%20Aguiar%20Britto.pdf>>. Acesso em: 02 out.2020.
- CARVALHO, Maria Irene Lopes. Violência sobre as pessoas idosas e serviço social. **Revista Kairós Gerontologia**, n. 14, n. 1, São Paulo, mar., p. 43-64, 2016.
- ELY, Luísa Scheer; et al. Uso de anti-inflamatórios e analgésicos por uma população de idosos atendida na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geriatria e Geriatria**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n3/1809-9823-rbgg-18-03-00475.pdf>>. Acesso em: 02 out.2020.
- GARCIA, Samia Portonel. **Automedicação no usuários anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), paracetamol e nimesulida**. UNIC, 2017. Disponível em: < <https://repositorio.pgskroton.com.br/bitstream/123456789/15328/1/SAMIA%20PORTONEL%20GARCIA.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2020.
- GARCIA, Sirlene; GIMENES, Letícia; VALE, Bruno Nunes. Utilização de anti-inflamatórios não esteroides por hipertensos: consequências da automedicação. **Revista Amazônia Science & Health**, 2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Nov, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 11 out. 2020.
- JOSÉ BPS, CORRÊA RA, MALTA DC, PASSOS VMA, FRANÇA EB, TEIXEIRA RA,. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Rev Bras Epidemiol.**;20 Supl. 1:75-89, 2017.
- LIMA, Waldivia Queiroz Fernandes. O uso indiscriminado de AINE's levando ao comprometimento da função renal. **Revista Especialize**, 2017.
- MENDES, Juliana; et al. O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**. 2018.
- MENESES, André; SÁ, Maria Lúcia Barreto. Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. **Geriatrics & Gerontologia**, v. 4, n. 3, p. 154-161, 2010.
- MIRANDA, Gabriella; MENDES, Antônio; SILVA, Ana Lucia Andrade de. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira Geriatria e Geriatria**, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>. Acesso em: 10 out.2020.
- PAULA JUNIOR, José; et al. **Prática de polifarmácia por idosos cadastrados em unidade de atenção primária**. UNIFRAN, 2013. Disponível em: < <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/796/619>>. Acesso em: 06 out. 2020.
- PELEGRINO, S. P. **Perspectiva biopsicológica do envelhecimento**. Secretaria Estadual de Assistência e desenvolvimento social. Fundação Padre Anchieta, São Paulo, 2010.
- PHILLIP, W.; ZEHANAH, I. (2012). **Continuation and maintenance treatments for depressive disorder in older adults (Protocol for a Cochrane Review)**. The Cochrane Library, 6(1).
- REIS, Adriano Max Moreira. **Atenção farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos**. UFC, 2014. Disponível em: < <http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/ATENFAR%20e%20URM%20Adriano%20Max.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2020.

SANTOS, Letícia de Andrade Costa dos. **Importância da atenção farmacêutica para os idosos**. Faculdade Pitágoras, 2017. Disponível em: < <https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/19641/1/LET%C3%8DCIA%20DE%20ANDRADE%20COSTA%20DOS%20SANTOS.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2020.

SILVA, Amanda; NASCIMENTO, Rosana; GRASSI, Liliane. **Atenção Farmacêutica ao Idoso**. FAPAM, 2018.

YAVORSKI, Rosely; et al. **Qualidade de Vida do Idoso: uma questão de direito**. 2016. Disponível em: < <https://psicologado.com/atuacao/politicas-publicas/qualidade-de-vida-do-idoso-uma-questao-de-direito>>. Acesso em 10 out.2020.



CAPÍTULO 11

A ATENÇÃO FARMÁCEUTICA NO TRATAMENTO DA ASMA

PHARMACEUTICAL ATTENTION IN THE TREATMENT OF ASTHMA

Antonio Jose Leite Guedelha¹

¹ Graduando em Farmácia, Faculdade Pitágoras , São Luís -Maranhão

Resumo

Este presente trabalho tem o problema apresentado como o profissional farmacêutico pode minimizar os possíveis erros relacionados a medicação em pacientes asmáticos? O objetivo geral deste O objetivo geral é definido como descrever a importância da assistência farmacêutica e no tratamento de pacientes asmáticos e os objetivos específicos e / ou secundários como descrever a fisiopatologia da asma, discutir o tratamento farmacoterapêutico no tratamento da asma, demonstrar a importância da atenção farmacêutica no tratamento da asma. a metodologia aplicada neste presente trabalho uma revisão bibliográfica com o tema " a atenção farmacêutica no tratamento da asma" de tal forma que deve se compreender a fisiopatologia da asma e além de compreender os mecanismos inflamatórios e ou gatilhos assim podendo auxiliar no tratamento farmacoterapêutico e orientando o paciente no uso das medicações sejam inalatórias ou orais.

Palavras-chave: Asma, Tratamento, Atenção farmacêutica.

Abstract

This present work has the problem presented as the pharmaceutical professional can minimize the possible errors related to medication in asthmatic patients? The general objective of this The general objective is defined as describing the importance of pharmaceutical assistance and in the treatment of asthmatic patients and the specific and / or secondary objectives such as describing the pathophysiology of asthma, discussing pharmacotherapeutic treatment in the treatment of asthma, demonstrating the importance of pharmaceutical attention in the treatment of asthma. the methodology applied in this work a bibliographic review with the theme "pharmaceutical care in the treatment of asthma" in such a way that the pathophysiology of asthma must be understood and in addition to understanding the inflammatory mechanisms and / or triggers thus being able to assist in the pharmacotherapeutic treatment and guiding the patient in the use of medications, whether inhaled or oral.

Keywords: Asthma, treatment, pharmaceutical attention



1. INTRODUÇÃO

A asma é uma doença crônica inflamatória que atinge os brônquios levando a uma bronco constrição e levando mediadores inflamatórios, causando assim as crises existentes necessitando de um atendimento rápido com isto o tema A Atenção farmacêutica no tratamento da asma tem um relevância pois podemos abordar a fisiopatologia da doença e o tratamento adequado para cada caso.

2. FISIOPATOLOGIA DA ASMA

Segundo Rodrigues , 2007 Asma é uma palavra grega que significa ofegante, dificuldade de respiração. É uma patologia conhecida desde a antiguidade, sendo primeiramente descrita no ano de 2600 a.C. no livro médico Nei Ching, considerado o mais antigo livro sobre medicina interna. Já nesta publicação era citada a planta Ma Huang como tratamento para a asma, planta esta de onde foi extraída a efedrina no início do século XX. No Egito antigo, no ano de 1500 a.C., já existiam referências sobre a asma aguda sendo citada no mais antigo compêndio médico que se tem conhecimento, Os Papiros de Ebers. Na Grécia antiga, o termo asma foi citado por Homero na obra Ilíada e Hipócrates descreveu a asma como um ataque paroxístico mais severo que uma simples dispnéia. Galeno e Arateus da Capadócia observaram que a asma era mais comum no inverno do que no verão e, que ocorria principalmente a noite.

Segundo Campos, 2015 "Numa definição matemática, asma seria o resultado de uma equação composta de três elementos: rede genética, comportamento celular alterado e exposição a fatores ambientais e/ou biológico-físicos. Como cada um dos elementos dessa equação comporta diferentes fatores, a asma é heterogênea. Dependendo dos genes envolvidos, das inúmeras citocinas e quimiocinas liberadas e dos diferentes tipos e momentos de exposições, os diversos processos inflamatórios resultantes nas vias aéreas podem somar-se ou alternar-se."

2.1 Asma Aguda

A asma aguda é uma desordem de elevada morbidade na infância, caracterizada por ataques de dispneia ou sibilância, com variáveis graus de obstrução de vias aéreas. Essa resposta parece associada a determinadas características como idade, quadro obstrutivo respiratório inicial, tabagismo na família, hiperresponsividade e reversibilidade da obstrução. A sua ocorrência parece ser determinada pela interação de fatores genéticos, imunológicos, ambientais e inflamatórios crônicos (SANTANA et al., 1997).



Os pacientes com asma aguda, em geral, só são hospitalizados após um tratamento inicial na sala de emergência. Consequentemente, um grande número de pacientes permanece em atendimento, em uma emergência muitas vezes lotada, até que a decisão de internação ou alta hospitalar seja tomada. A identificação precoce dos pacientes que necessitam internação hospitalar ou que podem ser liberados para tratamento domiciliar pode ser útil para melhorar a qualidade do atendimento da crise asmática e otimizar os recursos de saúde. (PIOVESAN et al., 2006).

2.2 Asma Grave

Na prática clínica, a classificação de um paciente como portador de asma grave costuma ser modulada por subjetividade. Para alguns, o paciente que apresenta exacerbações frequentes e sérias é um asmático grave. Exacerbações ou “crises de asma” são episódios agudos de deterioração progressiva dos sintomas associados à piora da função pulmonar. Podem ocorrer em portadores de qualquer forma de asma, independentemente da gravidade. Apesar de representarem causas importantes de idas a prontos-socorros e hospitalizações, a taxa de letalidade não é alta. Na maior parte das vezes é consequência de infecções do trato respiratório superior, exposições a alérgenos ou a poluentes atmosféricos (CAMPOS, 2015).

A gravidade de asma não é estática e pode ser alterada durante meses ou anos. As abordagens do GINA e ERS/ATS para avaliação da gravidade da asma são baseadas na resposta à medicação. O controlo da asma sob medicação é indicador do nível de gravidade global, ou seja, da resposta ao tratamento e da natureza intrínseca da doença. A avaliação de gravidade de asma deve ser efetuada após realização de medicação de controlo durante alguns meses. Para isso é aceite que a adesão do doente é maximizada e que os fatores de risco modificáveis e as comorbilidades foram tratadas^{1,6}. As principais comorbilidades capazes de afetar o controlo da asma são rinite, rinosinusite crónica, doença de refluxo gastro esofágico, obesidade, depressão e síndrome obstrutiva da apneia do sono. É também necessário verificar a técnica inalatória e confirmar a adesão à terapêutica. (CIOBANU et al., 2018).

2.3 Asma Bronquica

A definição atual da asma brônquica, publicada recentemente no documento IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma¹ é a seguinte:

“Asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente



por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã, ao despertar. Resulta de uma interação entre carga genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes, e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas” (SILVA, 2018, p. 33).

2.4 Patogenia da Asma

A patogênese da asma ainda não está totalmente esclarecida, no entanto existem três características importantes na doença: inflamação crônica, hiper-reatividade e obstrução das vias aéreas. A resposta inflamatória causa lesão tecidual, edema e produção de muco, que podem obstruir a passagem de ar pelos brônquios. A hiper-reatividade das vias aéreas consiste no aumento exagerado da contração do músculo liso da traqueia e dos brônquios em resposta aos estímulos. A combinação destes dois efeitos determina o terceiro: a obstrução das vias aéreas (LOURENÇO, 2015).

Na asma alérgica essa inflamação é em larga medida dependente da sensibilização mediada pela IgE, que reconhece alérgenos ambientais. O contacto do alérgeno sensibilizante com a IgE ligada a receptores de alta afinidade, que se encontram na membrana celular de mastócitos e de basófilos, ricos em mediadores da inflamação, através de uma reacção antigénio -anticorpo, provoca a desgranulação destas células e a libertação de mediadores pré -formados (histamina, proteoglicanos, proteases séricas, carboxil peptidase A e sulfatases) e derivados lipídicos de membrana (leucotrienos e prostaglandinas) susceptíveis de causar contracção do músculo liso brônquico e inflamação da mucosa respiratória, ou seja, provocar broncoespasmo e edema. Os mastócitos são também fontes importantes de citocinas que podem estar armazenadas, ou surgir apenas depois de transcrição génica. Uma extensa lista de citocinas foi associada aos mastócitos: a interleucina (IL) 3, IL4, IL5, IL6, IL8, IL10, IL13, IL16, TNF - α , GM -CSF (granulocyte-macrophage colony-stimulating factor) e MIP - 1 α (macrophage inflammatory protein 1 alpha) (PINTO, 2009).

Nas formas alérgicas, para que ocorra sensibilização a nível das vias aéreas, é necessário que o alérgeno seja processado e apresentado por células dendríticas (DC) da mucosa aos linfócitos T (LT) naive em associação com moléculas do complexo major de histocompatibilidade do tipo classe II. As células T, após este contacto com o alérgeno, polarizam no sentido de se diferenciarem na subpopulação T helper 2 (Th2) e iniciam o recrutamento de linfócitos B produtores de IgE_{1,2,3} (PINTO, 2009).

Com o uso do CS inalatório, observa-se redução marcada no número de eosinófilos de baixa densidade, presumivelmente refletindo inibição da produção de citocinas nas vias aéreas. Ele age sobre o linfócito T, inibindo sua ativação e bloqueando a liberação de citocinas importantes para o recrutamento e maior sobre-



vida das células inflamatórias envolvidas na inflamação asmática.⁴⁰ Embora o CS não tenha efeito inibitório direto sobre a liberação de mediadores pelos mastócitos, quando usado a longo prazo, ele diminui o número dessas células na mucosa brônquica. ⁶² Finalmente, o CS também inibe a expressão aumentada de fatores inflamatórios no epitélio brônquico. (CAMPOS et al., 2007).

2.5 Uso dos CS no Tratamento da Asma

Há numerosas evidências de que os corticosteróides inalatórios (CSi) são efetivos no controle dos sintomas asmáticos e na redução da intensidade da inflamação das vias aéreas, e de que esses efeitos perduram durante o tempo de corticoterapia. Além de controlar os sintomas da asma e de melhorar a função respiratória, previnem as exacerbações e reduzem a mortalidade da asma.⁶⁴ Seus efeitos independem da idade do doente e da gravidade da asma. Nenhuma das alternativas terapêuticas atuais consegue induzir a remissão definitiva da asma, mas os CSi mantêm seus efeitos após muitos anos de tratamento, quando comparados às outras formas de tratamento de manutenção (CAMPOS et al., 2007).

3. DISCUTIR O TRATAMENTO FARMACOTERAPEUTICO NO TRATAMENTO DA ASMA

A adesão ao tratamento é um dos itens fundamentais para a mencionada melhoria de qualidade de vida. A ocorrência de baixa adesão a esquemas terapêuticos em doenças crônicas está bem documentada, com cerca de apenas 50% dos pacientes agindo estritamente conforme as orientações recebidas da equipe de profissionais da saúde, seja em regimes preventivos ou terapêuticos (CHATKIN et al., 2006).

O tratamento tem objetivos bem definidos, até mesmo ambiciosos, e poderia ser resumido em apenas uma frase: “vida normal, com função pulmonar normal”. Visa a reduzir ao máximo a frequência das exacerbações, a sintomatologia do período intercrítico, o uso de broncodilatadores de alívio, além de permitir à criança a participação normal nas atividades sociais, esportivas e escolares. Espera-se a normalização da função pulmonar e variações circadianas normais do pico do fluxo expiratório. Para tanto, é fundamental controlar os fenômenos inflamatórios e, por conseguinte, a hiper-responsividade brônquica, diminuindo a gravidade da doença. As indicações dos antiinflamatórios profiláticos são, assim, muito amplas, e a importância do contexto ambiental na fisiopatologia da doença exige que a abordagem medicamentosa seja complementada por medidas objetivas e racionais de higiene ambiental (MOURA et al., 2020).

São objetivos principais do tratamento o alívio ou a minimização dos sintomas;



a maximização da função pulmonar; a prevenção das exacerbações e a manutenção com a dose mínima eficaz do profilático, para minimizar os efeitos adversos do tratamento. À família e ao paciente deve ser oferecida informação suficiente para dar suporte e aumentar a adesão ao tratamento. No planejamento do tratamento, devem ser levados em conta fatores como a gravidade da asma, os benefícios, os riscos, a disponibilidade de cada tratamento, as preferências culturais e as características do sistema de saúde. A escolha final de um determinado esquema terapêutico deve integrar a experiência do clínico, com as preferências familiares e as evidências científicas, clinicamente relevantes para a criança (MOURA et al., 2020).

Enquanto o controle da asma pode ser expresso pela frequência e intensidade com que suas manifestações são suprimidas pelo tratamento, a gravidade do fenótipo pode ser aferida pela quantidade de medicamentos necessários para atingir o controle. As recomendações para o tratamento da asma estão descritas nas Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma 2012, que se encontram primariamente fundamentadas nas recomendações da Global Initiative for Asthma – GINA. (DE CASTRO et al., 2013).

Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas como os preconizados para o tratamento da asma são recomendações sistematicamente desenvolvidas para orientar os profissionais e pacientes acerca dos cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas. Ademais, cumprem importante papel nos processos de gerenciamento dos programas de saúde, com especial destaque para os aspectos da prescrição, da assistência farmacêutica e da educação em saúde para profissionais e pacientes. (DE CASTRO et al., 2013).

Os fármacos broncodilatadores foram os primeiros a serem utilizados clinicamente, com base no uso etnomedicinal. Mais tarde, com o conhecimento do mecanismo crônico da patologia outros alvos terapêuticos foram descobertos e, assim, o uso de outras séries de substâncias. Atualmente, existem duas principais categorias de fármacos utilizados no tratamento da asma: broncodilatadores e antiinflamatórios. Adicionalmente, vários estudos estão sendo direcionados para uma nova classe de substâncias, os inibidores da enzima fosfodiesterase 4, que apresentam atividade antiinflamatória e broncodilatadora ao mesmo tempo (CORREIA et al., 2008).

3.1 Broncodilatadores

Uma das primeiras classes de substâncias broncodilatadoras foi inicialmente descoberta nas folhas de *Hyoscyamus muticus* (Solanaceae). Antigos egípcios utilizavam a espécie no combate aos sintomas da asma, sendo seu princípio ativo a escopolamina. Da mesma forma, o gênero *Datura* (Solanaceae) foi utilizado na Índia, durante séculos, no tratamento de distúrbios respiratórios, incluindo asma. A atividade observada está relacionada aos alcalóides tropânicos, característicos

da família Solanaceae, principalmente à presença de atropina, um bloqueador de receptores muscarínicos de fi bras colinérgicas (Barnes, 2006) (CORRÊA et al., 2008).

3.2 ARLT na Asma

Todos os consensos mundiais têm chamado a atenção para o tratamento anti-inflamatório mais agressivo na asma persistente. Apesar de outros grupos de drogas anti-inflamatórias terem sido utilizadas (cetotifeno, nedocromil, cromoglicato dissódico), os CI continuam sendo o padrão áureo no tratamento da rinite alérgica e da asma persistente. Infelizmente, boa parte dos pacientes não controla a sua asma com o uso isolado de CI. Outro aspecto intrigante é que todas as drogas e grupos de drogas utilizados para o manejo da asma e rinite alérgica apresentam variabilidade individual de resposta (RIBEIRO et al., 2006).

Os ARLT constituem uma nova classe de drogas anti-inflamatórias. Eles podem ser administrados por via oral uma (montelucaste) ou duas vezes (zafirlucaste, pranlucaste) ao dia com poucos efeitos colaterais. Embora tenham efeitos anti-inflamatórios menores do que os CI, demonstram eficácia em alguns pacientes com asma e rinite alérgica (RIBEIRO et al., 2006).

3.3 Corticosteroides

Vários estudos apontam para o tratamento de asma brônquica grave através corticoterapia inalatória e sistêmica, necessária ao controle imediato ou profilático da doença, pois, a corticoterapia inalatória é bem estabelecida e usada como um meio rápido de redução do quadro sintomático devido à redução da inflamação gerando melhora da função pulmonar em poucos dias ou semanas, resultando também em modificação da hiperresponsividade no decorrer de meses (PANERARI et al., 2015).

Em relação ao mecanismo de ação dos corticosteroides destaca-se que são hormônios esteroides, os quais derivam do metabolismo do colesterol. Sua ação anti-inflamatória se dá devido ao conjunto de alterações nas células que participam do processo inflamatório. Observa-se, após sua administração sistêmica, a diminuição da produção de linfocinas e menocinas inflamatórias, aumento de neutrófilos circulantes e indução de eosinófilos (PANERARI et al., 2015).



3.4 Inaladores

Para se utilizar o medicamento através do dispositivo Aerolizer, o paciente necessita retirar a tampa, abri-lo, colocar a cápsula contendo o pó inalante dentro do reservatório, pressionar nas laterais para que as cápsulas sejam perfuradas e posteriormente, aspirar o medicamento. Esse tipo de dispositivo tem se mostrado fluxo-dependente em crianças e algumas vezes, ocorre falha na rotação e perfuração da cápsula, diminuindo a eficiência da inalação e reduzindo a deposição pulmonar da droga (CANÇADO et al., 2004).

O sistema Turbuhaler contém um reservatório de partículas micronizadas da droga e uma unidade de dose, que é carregada na hora do uso. O paciente necessita retirar a tampa, girar a base do dispositivo para trás e após, para frente, a cada dose, para depois utilizá-lo. Possui um contador de doses restantes, porém, o mesmo marca a cada 10 doses utilizadas, o que associado ao fato de não ter sabor, dificulta ao paciente perceber se inalou ou não o medicamento e, se o mesmo acabou (CANÇADO et al., 2004).

4. DEMONSTRAR A IMPORTANCIA DA ATENÇÃO FARMACEUTICA NO TRATAMENTO DA ASMA

O termo Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado no Brasil, a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Ministério da Saúde (MS), entre outros. Nesse encontro, foi definido o conceito de Atenção Farmacêutica:

“um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002 apud PEREIRA, 2008).

4.1 Atenção Farmacêutica

Entretanto, o conceito de Atenção Farmacêutica mais aceito e citado atualmente pelos pesquisadores continua a ser o elaborado por Hepler e Strand (1990), no qual a Atenção Farmacêutica é apresentada como a parte da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendi-



mento das suas necessidades relacionadas aos medicamentos.(PEREIRA , 2008).

4.2 Assistência Farmacêutica

A assistência farmacêutica é, por definição, é a prática farmacêutica voltada aos pacientes, na qual o farmacêutico trabalha em conjunto com outros profissionais com o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças e avaliar, monitorar e otimizar o uso de medicamentos, melhorando os resultados de saúde (ALLEMANN et al., 2014; SWIECZKOWSKI et al., 2016). No contexto da asma, o farmacêutico tem importante papel na equipe multiprofissional de saúde, contribuindo no controle da asma ao fornecer orientações necessárias ao paciente em relação aos medicamentos inalatórios e o melhor manejo da sua própria doença. (LACERDA, 2019).

4.3 Acompanhamento Farmacoterapêutico

O processo do acompanhamento farmacoterapêutico de um paciente é a principal atividade de Atenção Farmacêutica e envolve, basicamente, a anamnese farmacêutica, a interpretação de dados e uma orientação sistemática. Nesse processo, o farmacêutico assume a responsabilidade de buscar garantir que o medicamento seja capaz de produzir o efeito desejado pelo médico que o prescreveu e, ao mesmo tempo, que ao longo do tratamento, não apareçam ou apareçam os mínimos problemas indesejados possíveis. No caso desses problemas serem manifestados, eles devem ser solucionados (DANTAS, 2012).

O automanejo da asma é reconhecido como estratégia efetiva na redução da morbidade. Em um estudo realizado pelo o autor, no qual foi instituído um programa educativo para adolescentes, em que a intervenção foi liderada pelos próprios adolescentes, resultou em melhoria na qualidade de vida, do absenteísmo escolar, das exacerbações de asma e consequentemente diminuição da morbidade, sugerindo que o benefício é inestimável ante a magnitude do problema (DANTAS, 2012).

4.4 Orientação do Paciente com Asma

No caso da asma, onde o objetivo do manejo é manter a doença sob controle, a educação sobre o uso de medicamentos é uma estratégia essencial para atingir esse objetivo. Farmacêuticos comunitários podem contribuir para o manejo da doença fornecendo informações adequadas sobre os medicamentos utilizados, instruindo sobre a correta técnica de inalação, questionando o paciente sobre a



compreensão do papel dos medicamentos no tratamento e abordando as preocupações do paciente sobre potenciais efeitos adversos dos medicamentos (GRIEBELER, 2013).

4.5 Educação dos Pacientes

É de extrema importância explicar ao doente que se fizer a sua medicação corretamente pode conduzir uma vida perfeitamente normal, podendo praticar exercício e ser produtivo a nível profissional. O farmacêutico deve explicar ao doente que tem duas categorias de medicamentos para a asma e que deve usá-los de forma diferente. Medicação usada para prevenir/ diminuir a frequência dos sintomas: deve ser tomada regularmente, mesmo que o doente não tenha sintomas. Neste grupo incluem-se agentes anti-inflamatórios inalados, como os corticosteróides, agonistas beta-2 de longa duração de ação e terapêutica oral com corticosteróides na asma severa. Para prevenir a asma induzida pelo exercício, os doentes podem fazer cromolina ou agonistas beta-2 de curta ou longa duração de ação (BABOSA, 2013).

4.6 Protocolo e Diretrizes

Em 1996, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, junto com outras entidades, publicaram o I Consenso Brasileiro de Educação em Asma traçando um plano de educação e controle da doença. Em 1998, foi realizado o II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. Em 2002, foi realizado III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, até chegar ao último que foi realizado em 2012. Em 23 de junho de 2002, houve a assinatura da Portaria nº 318/GM, atualizada pela Portaria número 921/SAS/MS, de novembro de 2002, que determinava que a Secretaria de Atenção à Saúde adotasse as providências necessárias para que fossem criadas diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos para pacientes com asma grave, disponibilizando alguns medicamentos (ARAUJO, 2016).

Referências

ARAUJO, Emmanuel Melquídes. Análise de pertinência técnica do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas que regulamentam o acesso ao tratamento da asma. 2016. Disponível no endereço eletrônico :<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/3705/1/EMA30112016.pdf> . Acessado em 27 de outubro de 2020 as 11 : 20 min

BARBOSA, Ana Catarina Ascensão et al. **O papel do farmacêutico no acompanhamento de doentes com asma**. 2013. Dissertação de Mestrado. Disponível no endereço eletrônico :<https://recil.grupolu-sofona.pt/bitstream/10437/4706/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Final%20-%20corrigido%2024-01-2014%20%282%29.pdf>. Acessado em 26 de outubro de 2020 as 20: 15 min.



CAMPOS, Hisbello S. Asma grave. **J Bras Med**, v. 103, n. 2, p. 13-21, 2015. Disponível no endereço eletrônico: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2016/v103n2/a5400.pdf> . Acessado em 01 de setembro as 18:53 min.

CAMPOS, Hisbello S. et al. Asma: suas origens, seus mecanismos inflamatórios e o papel do corticosteroide. 2007. Disponível no endereço eletrônico: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10776/2/Asma%20suas%20origens%20e%20seus%20mecanismos%20inflatam%3%b3rios%20e%20o%20papel%20do%20corticoster%3%b3ide%20..pdf> . Acessado em 15 de setembro de 2020 as 21 : 16 min.

CANÇADO, J. et al. Preferência dos pacientes entre dispositivos inalatórios de pó seco para tratamento da asma. **PULMÃO RJ**, v. 13, n. 2, p. 2, 2004. Disponível no endereço eletrônico http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2004/n_02/04.pdf . Acessado em 26 de outubro de 2020 as 19 : 15 min.

CHATKIN, José Miguel et al. Adesão ao tratamento de manutenção em asma (estudo ADERE). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, n. 4, p. 277-283, 2006. Disponível no endereço eletrônico : <https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n4/04.pdf> . Acessado em 26 de outubro de 2020 as 17 : 25 min.

CIOBANU, Alexandru et al. Asma grave e macrólidos. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia**, v. 26, n. 2, p. 87-96, 2018. Disponível no endereço eletrônico: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0871-97212018000200002&script=sci_arttext&tlng=es. Acessado em 01 de setembro as 18:58 min.

CORRÊA, Maria Fernanda P. et al. Substâncias de origem vegetal potencialmente úteis na terapia da Asma. **Dados**, v. 2, p. 5.0, 2008. Disponível no endereço eletrônico : https://www.researchgate.net/profile/Giany_Melo/publication/228646667_Substancias_de_origem_vegetal_potencialmente_uteis_na_terapia_da_Asma/links/00b4953c3be9dbfddb000000/Substancias-de-origem-vegetal-potencialmente-uteis-na-terapia-da-Asma.pdf . Acessado em 26 de outubro de 2020 as 17 : 18 min.

DANTAS, Solange Cecília Cavalcante et al. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes asmáticos em ambulatório de referência do Ceará: resultados clínicos. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 3, n. 3, 2012. Disponível no endereço eletrônico : <https://www.rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/136/138>. Acessado em 27 de outubro de 2020 as 12 : 40 min.

DE CASTRO, Glaura Regina et al. Seguimento das diretrizes terapêuticas e adesão à farmacoterapia no tratamento da asma. **Brasília Med**, v. 50, n. 3, p. 206-12, 2013. Disponível no endereço eletrônico :

GRIEBELER, Isabel Heinzmann. Atenção farmacêutica no tratamento de pacientes com asma: uma revisão sistemática. 2013. Disponível no endereço eletrônico : <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/201196/001100619.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acessado em 26 de outubro as 17 : 10 min.

https://www.researchgate.net/profile/Otavio_Nobrega/publication/270527794_Seguimento_das_diretrizes_terapeuticas_e_adesao/links/54cf6ee40cf29ca810fe1fd0/Seguimento-das-diretrizes-terapeuticas-e-a-adesao.pdf . Acessado em 26 de outubro as 16 : 00 min.

LACERDA, Caroline Pavin. Uso de aplicativos para dispositivos móveis no controle da asma: uma revisão sistemática da literatura. 2019. Disponível no endereço eletrônico : <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/199270/001100860.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acessado em 27 de outubro as 10 : 35 min.

LOURENÇO, Ana Rita Pinho. **Fisiopatologia e farmacoterapia da asma**. 2015. Tese de Doutorado. Disponível no endereço eletrônico: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/88861/1/Capa%20M_Ana%20Rita%20Louren%3%a7o.pdf . Acessado em 01 de setembro as 19 :14 min.

MOURA, José Augusto Rubim de; CAMARGOS, Paulo Augusto Moreira; BLIC, Jacques de. Tratamento profilático da asma. **Jornal de pediatria**, v. 78, p. 141-150, 2002. Disponível no endereço eletrônico : <https://www.scielo.br/pdf/jped/v78s2/v78n8a05.pdf> . .Acessado em 26 de outubro de 2020 as 15 : 45 min.

PANERARI, JÉSSICA; GALENDE, SHARIZE BETONI. Corticosteroides utilizados no tratamento da asma brônquica. **Revista UNINGÁ Review**, v. 24, n. 1, 2015. Disponível no endereço eletrônico : <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1676/1286> Acessado em 26 de outubro de 2020 as 18 :45 min.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008. Disponível no endereço eletrônico : <https://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf> . Acessado em 26 de outubro as 17: 55 min.



PINTO, Anabela Mota; TODO-BOM, Ana. A intervenção da célula epitelial na asma. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 15, n. 3, p. 461-472, 2009. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/pne/v15n3/v15n3a08.pdf> . Acessado em 19 :28 min .

PIOVESAN, Deise Marcela et al. Avaliação prognóstica precoce da asma aguda na sala de emergência. **Jornal brasileiro de pneumologia**, v. 32, n. 1, p. 1-9, 2006. Disponível no endereço eletrônico: <https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n1/28879.pdf> . Acessado em 01 de setembro as 19:05 min.

RIBEIRO, Jose Dirceu; TORO, Adyléia ADC; BARACAT, Emilio CE. Antileucotrienos no tratamento da asma e rinite alérgica. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 5, p. S213-S221, 2006. Disponível no endereço eletrônico : <https://www.scielo.br/pdf/jped/v82n5s0/v82n5s0a12.pdf> . Acessado em 26 de outubro de 2020 as 18 : 15 min.

RODRIGUES, Fernanda Zonato. PANORAMA ATUAL DA ASMA: EPIDEMIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA E TRATAMENTOS. 2007. Disponível no endereço eletrônico : <https://arquivo.fmu.br/prodisc/farmacia/fzr.pdf>. Acessado em 01 de setembro as 18:47 min.

SANTANA, João CB; MENNA BARRETO, S. S.; CARVALHO, Paulo RA. Fatores associados com asma aguda grave na infância-aspectos epidemiológicos e clínicos. **J Pediatr (Rio J)**, v. 73, n. 5, p. 324-34, 1997. Disponível no endereço eletrônico : <https://pdfs.semanticscholar.org/09fa/913ad81c038359b101b174d0d1badc555361.pdf> . Acessado em 01 de setembro as 19:07 min.

SILVA, Eduardo Costa. Asma brônquica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 7, n. 2, 2008. Disponível no endereço eletrônico: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/9249-32265-1-PB.pdf> . Acessado em 15 de setembro de 2020 as 20: 29 min.



ORGANIZADOR

Aruanã Joaquim Matheus Costa Rodrigues Pinheiro



Farmacêutico, Analista Clínico e Pesquisador. Mestre em Biologia Parasitária e Doutor em Biotecnologia. Trabalha com investigação das ações *in vitro* e *in vivo* de produtos naturais (bioprodutos), tais como atividade anti-inflamatória, antimicrobiana e antioxidante. Tem experiência científica nas áreas de Biologia Molecular, Experimento Animal, Microbiologia, Fitoterapia, Hematologia e Imunologia. Atualmente é Coordenador do Curso de Farmácia da Faculdade Pitágoras de São Luís, Gerente Técnico do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Maranhão (CRF-MA) e Analista Clínico do setor de Biologia Molecular do Laboratório Central do Maranhão (LACEN-MA) onde atua no diagnóstico da COVID-19 por RT-PCR.

Essa obra contém informações das mais de 130 especialidades que faz do Farmacêutico um multiprofissional. Com ela, você poderá mergulhar em conhecimento puro e 100% baseado em evidências científicas. A ciência milenar agora tem um periódico seguro e todos os conhecimentos abordados proporcionam uma reflexão do quão vasta é a profissão farmacêutica.

ISBN: 978-65-86707-39-7

BR

