

TÓPICOS EM
ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA



Copyright © 2020, Denise Coutinho Endringer; Priscylla Maria Martins Cardoso (org.).

Copyright © 2020, Editora Milfontes.

Rua Carijós, 720, Lj. 01, Ed. Delta Center, Jardim da Penha, Vitória, ES, 29.060-700.

Compra direta e fale conosco: <https://editoramilfontes.com.br>

Distribuição nacional em: www.amazon.com.br

editor@editoramilfontes.com.br

Brasil

DENISE COUTINHO ENDRINGER
PRISCYLLA MARIA MARTINS CARDOSO
(Organizadoras)

Editor Chefe

Bruno César Nascimento

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alexandre de Sá Avelar (UFU)

Prof. Dr. Arnaldo Pinto Júnior (UNICAMP)

Prof. Dr. Arthur Lima de Ávila (UFRGS)

Prof. Dr. Cristiano P. Alencar Arrais (UFG)

Prof. Dr. Diogo da Silva Roiz (UEMS)

Prof. Dr. Eurico José Gomes Dias (Universidade do Porto)

Prof. Dr. Fábio Franzini (UNIFESP)

Prof. Dr. Hans Urich Gumbrecht (Stanford University)

Prof^ª. Dr^ª. Helena Miranda Mollo (UFOP)

Prof. Dr. Josemar Machado de Oliveira (UFES)

Prof. Dr. Júlio Bentivoglio (UFES)

Prof. Dr. Jurandir Malerba (UFRGS)

Prof^ª. Dr^ª. Karina Anhezini (UNESP - Franca)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Beatriz Nader (UFES)

Prof. Dr. Marcelo de Mello Rangel (UFOP)

Prof^ª. Dr^ª. Rebeca Gontijo (UFRJ)

Prof. Dr. Ricardo Marques de Mello (UNESPAR)

Prof. Dr. Thiago Lima Nicodemo (UNICAMP)

Prof. Dr. Valdei Lopes de Araujo (UFOP)

Prof^ª. Dr^ª. Verónica Tozzi (Universidad de Buenos Aires)

TÓPICOS EM
ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA



EDITORA MILFONTES

Vitória, 2020

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma e/ou quaisquer meios (eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia e gravação digital) sem a permissão prévia da editora.

Revisão

De responsabilidade exclusiva dos organizadores

Capa

Imagem da capa:

Autor: *não citado, logo, tenho declarado que não existe intenção de violação de propriedade intelectual*

Semíramis Aguiar de Oliveira Louzada

Projeto Gráfico e Editoração

Filipe Queiroz Salvador

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T674 Tópicos em Assistência Farmacêutica/ Denise Coutinho Endringer, Priscylla Maria Martins Cardoso (organizadoras).
Vitória: Editora Milfontes, 2020.
228 p.: 23 cm.

ISBN: 978-65-86207-55-2

Disponível em: <https://editoramilfontes.com.br/publicacoes>

1. Farmacovigilância 2. Assistência farmacêutica 3. Fitoterapia I. Endringer, Denise Coutinho II. Cardoso, Priscylla Maria Martins III. Título.

CDD 615.4

SUMÁRIO

PREFÁCIO	7
<i>Maria José Sartório</i>	
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRICO, DESAFIOS PARA A GESTÃO E PARA A IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS	9
<i>Manuela Martins Cruz, Danuza Barros Gomes & Tadeu Uggere de Andrade</i>	
CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	29
<i>Danuza Barros Gomes, Girlandia Alexandre Brasil</i>	
FARMACOVIGILÂNCIA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOTIFICADORES.....	43
<i>Adalgiza Monteiro Fernandes Sofiatti, Girlandia Alexandre Brasil</i>	
ATENÇÃO FARMACÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM HANSENÍASE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA	71
<i>Bárbara Krause, Denise Coutinho Endringer</i>	
USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ATENDIDOS NAS FARMÁCIAS CIDADÃS: DIAGNÓSTICO DO SERVIÇO.....	93
<i>Lilian Christo de Oliveira, Denise Coutinho Endringer</i>	
ANÁLISE SITUACIONAL DE PROGRAMA DE FITOTERAPIA OFERTADO EM MUNICÍPIOS DO ESPÍRITO SANTO	135
<i>Giorgia Gomes Pereira, Denise Coutinho Endringer</i>	
PLANTAS MEDICINAIS: O SABER DOS USUÁRIOS DAS PASTORAIS DE SAÚDE SOBRE O RISCO DE USO	159
<i>Nathalia Ursula Corteletti, Denise Coutinho Endringer</i>	

**CONHECIMENTOS FARMACÊUTICOS SOBRE *HYPERICUM*
PERFURATUM 173**

Mariela Fernandes Vieira Matachon, Renata Alves Mazuco &

Lindiara Luiza de Oliveira Campos, Dominik Lenz &

Tadeu Uggere de Andrade, Denise Coutinho Endringer

**USO DE MEDICAMENTOS CONCOMITANTES COM PLANTAS
MEDICINAIS EM PACIENTES DE GRUPO HIPERDIA 193**

Brunélly Tschaen Ewald, Cristina Ribeiro &

Christiane da Silva Almeida Rodrigues, Dominik Lenz &

Karla Oliveira dos Santos Cassaro, Rafael Pezzin &

Renata Pazzolini Santos, Kaline Pereira Aroeira &

Denise Coutinho Endringer

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA: FITOTERÁPICOS E PLANTAS MEDICINAIS NA
GRAVIDEZ E LACTAÇÃO 211**

Ednildes Olympio Rua, Mariana Olympio Rua &

Priscylla Maria Martins Cardoso, Denise Coutinho Endringer

PREFÁCIO

Ao receber o convite para escrever esse prefácio fui tomada por sentimentos de gratidão e alegria e, em seguida, pela preocupação com a imensa responsabilidade demandada: apresentar preliminarmente uma obra tão diversa, uníssona e relevante sobre assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS). Tema que me envolve com grande paixão e foco de atuação durante a vida profissional. A tarefa, portanto, não é fácil, mas buscarei introduzir, por pílulas, o que destaca a importância dessa leitura.

Iniciei minhas atividades profissionais na época em que apenas os cidadãos com vínculo empregatício tinham direito a assistência à saúde e vivenciei toda a luta para que existisse no Brasil um sistema de saúde mais justo e as conquistas que foram alcançadas até hoje. Recuperar essa memória é também estar na condição de poder identificar alguns autores do livro como colegas de jornada, que compartilharam suas experiências acadêmicas e/ou profissionais comigo na saúde pública. É imperativo dizer que eles foram além da atuação profissional no serviço e hoje cumprem a missão importante de oferecer temas para debate, de expor suas idéias, de se colocar frente a frente com as críticas que sempre virão e de nos fazer refletir. Sabemos que desenhar um projeto, decidir quais conteúdos a serem abordados e organizados de modo harmônico e finalmente materializar esse projeto, não é tarefa das mais fáceis. Apesar de sermos um país com dimensões, diversidade e complexidade continentais, temos ainda poucas publicações sobre assistência farmacêutica no SUS, interdisciplinaridade, avaliação de serviços e de práticas profissionais. São temas que demonstram aos leitores a grandiosidade e relevância da atuação dos profissionais de saúde e, neste caso, predominantemente dos farmacêuticos.

Nesse sentido, sinto-me privilegiada por ter saboreado cada capítulo deste livro o qual, numa ordem crescente, vai acolhendo os aspectos legais, técnicos e sociais do SUS e da assistência farmacêutica de forma didática e objetiva. O contexto político, social e econômico do Brasil e as grandes mudanças que vem acontecendo no nosso sistema de saúde dão a certeza de que o momento para a publicação deste livro é propício, por trazer a possibilidade aos leitores de conhecer mais

de perto a realidade dos serviços e sua enorme capacidade de fazer acontecer o SUS.

O capítulo inicial descortina o arcabouço legal, o histórico do SUS e da assistência farmacêutica, os desafios encontrados para se fazer gestão e, mais ainda, para implantação de serviços clínicos farmacêuticos. Nesse tópico, os temas *acesso* e *direito* são trazidos à tona e permitem nortear abordagens posteriores, visto que são transversais à avaliação da gestão, à avaliação dos serviços farmacêuticos no fornecimento de medicamentos, às dietas enterais, às plantas medicinais e fitoterápicos, ao uso racional de medicamento e ao papel dos profissionais de saúde na garantia do uso de produtos para a saúde de qualidade.

A discussão sobre o importante papel de outros profissionais que atuam nos serviços de assistência farmacêutica - originalmente não vinculados a esta área - também é de extrema relevância. A interdisciplinaridade é a força motriz para a boa resolutividade e humanização dos serviços, visto que no SUS não cabe a existência de saberes e setores isolados, devido sua complexidade e amplitude. Não menos importante é o espaço destinado a se discutir os programas municipais de fitoterapia e o saber popular sobre as plantas medicinais. Sobre esses temas, vislumbro que a leitura suscite reflexão sobre o papel de cada gestor ou profissional de saúde para que os usuários tenham acesso a produtos naturais com qualidade e segurança.

Assim, finalizo desejando a vocês uma boa leitura e um rico encontro com temas apaixonantes, desafiadores e fomentadores de boas referências para gestores nas tomadas de decisões e de boas práticas profissionais para os farmacêuticos e outros profissionais que buscam o aperfeiçoamento e a qualidade de seu serviço.

Maria José Sartório

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRICO, DESAFIOS PARA A GESTÃO E PARA A IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS

Manuela Martins Cruz

Danuza Barros Gomes

Tadeu Uggere de Andrade

Breve resgate legal da assistência farmacêutica após a Constituição Federal de 1988

A garantia de direitos trazidas na Constituição Federal Brasileira (CFB) destaca o acesso universal à saúde com objetivo da concretização da justiça social. Profundas mudanças na área da saúde foram iniciadas com a promulgação, em 1988 da CFB, especialmente no âmbito da saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Souza *et al.* apresentam que no capítulo dedicado à seguridade social, o SUS foi criado com princípios garantidores de direitos como universalidade, equidade, integralidade e com a participação da sociedade civil pelo controle social, apontando avanços para a consolidação da política de Estado.¹ De acordo com o artigo nº 196 da CFB:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.²

É importante observar que a CFB apesar de garantir direitos ao cidadão traz a relevância pública do bem comum ao uso de serviços como os de saúde, trazendo à pauta a discussão dos princípios constitucionais ligados ao interesse coletivo em defesa da vida. A garantia da saúde promove a construção de vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários, que se concretiza no espaço das instituições de saúde, não apenas no âmbito da condição da assistência

1 SOUZA, G. S.; COSTA, E. A.; BARROS, R. D.; PEREIRA, M. T.; BARRETO, J. L.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ÁLVARES, J.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. *Characterization of the institutionalization of pharmaceutical services in Brazilian primary health care. Revista de Saúde Pública*, v. 51, Supl. 2:7s, 2017.

2 BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988.

a ser ofertada, mas, sobretudo diante ao compromisso do trabalhador de saúde frente ao cuidado cotidiano, de responsabilidade da área da saúde e dos atores que a operacionalizam.

Coadunando a Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal n.º 8.080/90, combinada com Lei Federal n.º 8.142/90, considera os preceitos constitucionais e institui que, dentre seus campos de atuação está incluída a execução da assistência terapêutica integral.³ Esta assistência integral preconizada abrange a prevenção e cuidado da saúde da população incluindo a garantia ao acesso dos medicamentos.⁴ Uma conquista importante no campo das políticas públicas e, principalmente, no que tange à assistência farmacêutica, apresentando a necessidade de uma reorientação dos serviços farmacêuticos no sistema público de saúde. Houve também a criação de alguns marcos, como a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), ambas aprovadas em 1998 e 2004, respectivamente.⁵

A PNM estabeleceu às três esferas de governo responsabilidade em garantir medicamentos à população concentrando esforços para promoção prioritariamente das diretrizes seguintes: adoção de uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos (URM); desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; além de desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.⁶

3 Cf. ROVER, Marina Rajche Mattozo *et al.* Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 8, p. 2487-2499, 2017; BRASIL. Lei Federal n.º 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990; BRASIL. Lei Federal n.º 8.142. Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde em complemento à Lei n.º 8.080/90. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990.

4 Cf. SOUZA, G. S. *et al.* *Characterization of the institutionalization of pharmaceutical services in Brazilian primary health care... Op. cit.*

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.916, de 01 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *República Federativa do Brasil*. Brasília, p. 9; 12, 1998; Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 338. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *República Federativa do Brasil*. Brasília, 06 maio 2004.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.916... *Op. cit.*, p. 9; 12.

No arcabouço das políticas públicas os trabalhadores buscam garantir a qualidade da assistência, descrita nas legislações, tendo junto com as opções tecnológicas que operacionalizar saberes para a produção de serviços eficazes. Primando pela assistência à saúde digna não apenas para os usuários, mas, também para o exercício cotidiano do trabalho temos na PNAF as ações aprovadas estabelecendo que:

II - a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde;

III - a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;

IV - as ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo 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 bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.⁷

A publicação das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica envolvem atividades que vão além dos medicamentos, englobando profissionais e usuários, apoio às ações de saúde individuais e coletivas, considerando a dimensão da oferta do cuidado prestado ao usuário dos serviços de saúde na perspectiva de garantia de acesso de qualidade para satisfação das necessidades de saúde da população.

7 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 338... *Op. cit.*

Em 2006 ocorreu um grande marco para a área de gestão no que tange a pauta do financiamento do SUS, com o lançamento do Pacto pela Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 399.⁸ Nessa portaria foram definidos os cinco blocos de financiamento para custeio do SUS: Atenção básica, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Conforme estudos de Boing *et al.*, por meio da implantação de políticas públicas, instituiu-se a partir da Portaria nº 399/2006 um grande desafio, principalmente, no campo do financiamento do SUS.⁹

Deste modo, apontam Rover *et al.*, que por meio da Portaria nº 399/2006 surgiu um bloco de financiamento específico para a Assistência Farmacêutica, organizado-a em três componentes: Básico para aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica; Estratégico para financiamento de medicamentos para doenças de perfil epidêmico de programas estratégicos; e Medicamentos de Dispensação Excepcional para tratamento de doenças que compõem o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do SIA/SUS, de elevado valor unitário.¹⁰

Seguindo ainda o caminho percorrido para o financiamento da assistência farmacêutica, em novembro de 2009 foi publicada a Portaria nº 2.981 que aprovou o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Esta portaria foi revogada pela Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013 que mantém os conceitos originais, porém, inova em aspectos como inclusão de novos medicamentos e atualização de valores de ressarcimento de medicamentos, reafirmando que:

Art. 2º O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão

8 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica:** instruções técnicas para sua organização. Ministério da Saúde, Brasília, 2006, p. 24; 35.

9 BOING, Alexandra Crispim *et al.* Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, abr. 2013; BRASIL. Portaria nº 399/GM. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 fev. 2006.

10 ROVER, Marina Raijche Mattozo *et al.* Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva...** *Op. cit.*; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica...** p. 24; 35, *Op. cit.*; BRASIL. Portaria nº 399/GM... *Op. cit.*

definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.¹¹

A assistência farmacêutica vem sendo implementada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde as pactuações entre os entes federados ocorrem na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB) objetivando melhor operacionalização dos instrumentos de gestão para ampliar financiamento, atualizar elenco de medicamentos, gerir cadeia de suprimentos, conforme a responsabilidade de cada ente.¹² Sobretudo, o acesso ao medicamento deve ser equânime, expressando a necessidade de aprimoramento dos instrumentos e estratégias que ampliem o acesso da população ao cuidado e manutenção de sua saúde.¹³

Assim, pautando-se nas articulações entre os entes federados são concretizadas as políticas por meio de processos concretos de contraposição de práticas, no interior de cada serviço, como menciona Merhy:

percebermos o duplo movimento que os processos de gestão envolvem ao nível dos serviços de saúde torna-se fundamental, pois os mesmos revelam que na ação dos conjuntos dos agentes envolvidos, no cotidiano do 'fazer' em saúde, de um lado encontram-se práticas gerenciais que tomam o território de formulação e decisão de políticas como o seu campo e de um outro práticas que enfrentam o fabricar 'bens' do trabalho em saúde; e a gestão nesta dobra torna-se lugar de possíveis intervenções impactantes sobre a política e o modelo de atenção à saúde.¹⁴

Desse modo percebe-se o constante desafio para operacionalizar e produzir ações e serviços de saúde, tarefa que ultrapassa a organização e gestão de serviços de saúde. A concretude de uma política pública não garante apenas direitos, mas, sobretudo, produz transformações em uma sociedade.

11 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554/GM. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 jul. 2013.

12 Cf. ROVER, Marina Raijche Mattozo *et al.* Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva...** *Op. cit.*

13 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554/GM. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde... *Op. cit.*

14 MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas de mudar a lógica do processo de trabalho (um ensaio sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde). *In: FLEURY, Sônia (org.). Saúde e Democracia: a luta do Cebes.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 126.

Assistência Farmacêutica no Sistema de Saúde

Desafios para a Gestão

O conceito de AF vem sofrendo modificações ao longo do tempo que destacam a necessidade de uma AF direcionada não somente às características técnico-gerenciais, mas também às técnico-assistenciais.¹⁵

Gradativamente, a AF foi marcada por importantes mudanças em seus aspectos legal e organizacional, que podem ser observadas por meio da garantia dos medicamentos na Atenção Primária à Saúde (APS) pelos municípios, que passam a ter responsabilidades importantes.¹⁶

Nesse intuito, diante do previsto na Política Nacional de Medicamentos (PNM), a garantia do acesso da população a medicamentos, bem como ao seu uso racional, afeta positivamente o avanço da AF na APS.¹⁷

Então, para garantir o acesso da população a medicamentos de qualidade, que atendam às suas necessidades, de maneira regular e contínua, cabe à União a seleção e padronização dos mesmos, definindo assim a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), norteadora da prescrição, dispensação e utilização de medicamentos e referência à padronização dos elencos de medicamentos estaduais e municipais, definidos de acordo com o perfil epidemiológico da população a ser atendida, bem como evidências clínicas disponíveis e relação custo-benefício.¹⁸

15 CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Servicios farmacéuticos integrados al proceso de cuidado en salud: gestión clínica del medicamento. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

16 OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. *Pharmaceutical Assistance in the Basic Units of Health: from the National Drug Policy to the Basic Attention to Health*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, Supl. 3, p. 3561-3567, 2010.

17 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 01 de outubro de 1998... p. 9; 12, *Op. cit.*; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, maio 2001, p. 9; 12; BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 1, p. 73-83, 2006.

18 *World Health Organization (WHO). WHO medicines strategy: countries at the core: 2004-2007*. Geneva, *World Health Organization*, 2004; BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Brasília, 2014; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2015. Estabelece a Relação Nacional

No âmbito da padronização de medicamentos necessários se faz a constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo responsável principalmente pela seleção de medicamentos, incluindo a elaboração e atualização periódica das relações de medicamentos e assessoria à gestão quanto às questões relacionadas a medicamentos.¹⁹

Conforme a Portaria nº 3.047 de 2019, a RENAME é estruturada por componentes da AF, sendo eles o componente estratégico, de responsabilidade federal, o componente especializado, de responsabilidade dos Estados e o componente básico, de responsabilidade dos municípios, que promoverão a seleção dos medicamentos deste componente, definindo a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

Essa definição das responsabilidades entre os entes federativos a partir dos componentes da AF, juntamente à organização da AF no SUS refletem os avanços para o aprimoramento da gestão da AF e com isso, a consequente garantia do acesso aos medicamentos.²⁰

Nesse contexto da garantia do acesso da população aos medicamentos e ainda, com o objetivo de aprimoramento das Políticas de Medicamentos, ações são desenvolvidas para que essa finalidade seja alcançada. No entanto, não são observados resultados concretos, devido

de Medicamentos Essenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2015; BRASIL. Decreto nº 7508. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **República Federativa do Brasil**. Brasília, 28 jun. 2011; Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 01 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos... *Op. cit.*; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos... *Op. cit.*; BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007, p. 11 *et seq.*

19 *World Health Organization (WHO). Drug and therapeutics committees: a practical guide — Department of Essential Drugs and Medicines Policy*. Geneva: World Health Organization, 2003; VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Ministério da Saúde, Brasília, p. 24; 35, 2006.

20 Cf. ALEXANDRE, R. F.; DOMINGUES, P. H. F.; BASTOS, E. A.; SCHNEIDERS, R. E.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. DO. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 6, Supl. 4, p. 3338-3353, 2015.

possivelmente aos obstáculos gerenciais, operacionais e financeiros existentes.²¹

Em paralelo, grande parte da população não tem a garantia do acesso aos medicamentos que necessita o que vai ao encontro do aumento crescente no consumo de medicamentos, evidenciando o uso irracional e a iniquidade no acesso.

Diante desses documentos norteadores, que têm a AF como parte integrante da atenção à saúde e ainda, considerando sua organização na saúde pública, torna-se evidente a importância da PNAF.²²

Todavia, para o desenvolvimento das ações previstas na AF, é necessária a garantia de recursos humanos, logístico, tecnológico, estrutural, financeiro e ambiente favorável à execução dessas atividades, bem como uma gestão que atinja os objetivos e diretrizes da AF e alcance resultados satisfatórios.²³

21 MENDES, L. V.; CAMPOS, M. R.; CHAVES, G. C.; SILVA, R. M.; FREITAS, P. S.; COSTA, K. S.; LUIZA, V. L. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde Debate*, v. 38, n. especial, p. 109-123, 2014; PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. *Pharmaceutical services at primary care in the municipality of Rio de Janeiro: an evaluability assessment*. *Saúde Debate*, v. 39, n. 105, p. 451-468, 2015.

22 BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da Assistência Farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos próprios. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 3, p. 745-765, 2014; VOLPATO, D. C.; PADIAL, R. B. Avaliação da Assistência Farmacêutica em municípios de uma regional de saúde do Paraná. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 7, n. 2, p. 221-232, 2014.

23 Cf. GILSON, L.; HANSON, K.; SHEIKH, K.; AGYEPONG, I. A.; SSENGOOBA, F.; BENNETT, S. *Building the Field of Health Policy and Systems Research: Framing the Questions*. *PLoS Medicine*, v. 8, n. 8, e1001073, 2011; ROVER, M. R. M.; VARGAS-PELÁEZ, C. M.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 691-711, 2016; MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Rio de Janeiro, p. 65-83, 2003; BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul... *Op. cit.*; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Assistência farmacêutica na atenção básica*... *Op. cit.*; VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil... *Op. cit.*; BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da Assistência Farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB)... *Op. cit.*; VOLPATO, D. C.; PADIAL, R. B. Avaliação da Assistência Farmacêutica em municípios de uma regional de saúde do Paraná... *Op. cit.*; BRUNS, S. F.; DE OLIVEIRA, E. A.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. O modelo de ambiguidade-conflito como ferramenta de análise dos desafios da Assistência Farmacêutica em João Pessoa (PB). *Saúde Debate*, v. 39, n. especial, p. 64-75, 2015.

Nesse contexto, organizar as atividades da AF representa uma preocupação de gestores e profissionais envolvidos no planejamento e execução dessas atividades devido à grandeza que caracteriza as ações que compõem a AF e ao volume de recursos financeiros alocados para o desempenho das mesmas.²⁴

Assim, levando-se em consideração os desafios das políticas públicas e entraves para que o SUS se concretize conforme previsto, a gestão da AF possui papel fundamental, pois conta, via de regra, com serviços farmacêuticos de qualificação aquém do necessário, ineficiência no conjunto de ações da AF, ineficácia na gestão dos recursos públicos, bem como, uma população cada vez mais necessitada de medicamentos.²⁵

Portanto, apesar da relevância da AF, as políticas que a envolvem não alcançaram resultados satisfatórios quanto ao uso racional de medicamentos.²⁶ Com isso, a AF se insere entre os problemas de saúde pública, sendo de extrema relevância dentre as deficiências das gestões municipais e um dos desafios para que o SUS alcance seus objetivos de acordo com parâmetros legais que o regem.²⁷

Vários problemas relevantes em relação à gestão da AF tem sido demonstrados, dentre os quais se destacam: restrição do espaço de ação da AF; ações da AF desenvolvidas sem fundamentação em critérios técnicos pela inexistência de CFT e REMUME; ausência de Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), setor responsável pelo planejamento, aquisição, abastecimento, armazenamento de medicamentos em almoxarifado e distribuição dos mesmos às US; inexistente ou inadequado transporte de medicamentos; US com instalações em condições físicas e ambientais impróprias para

24 Cf. SILVA, R. M.; PEREIRA, N. C.; MENDES, L. V. P.; LUIZA, V. L. *Pharmaceutical services in Rio de Janeiro Municipality, Brazil: development regarding selected aspects from 2008 to 2014*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1421-1432, 2016.

25 Cf. BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da Assistência Farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB)... *Op. cit.*

26 CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. *Servícios farmacêuticos integrados al proceso de cuidado en salud*... *Op. cit.*

27 PINTO, C. D. B. S.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. *Saúde Debate*, v. 39, n. especial, p. 171-183, 2015; BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da Assistência Farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB)... *Op. cit.*

o armazenamento de medicamentos; deficitário ou inexistente controle de estoque de medicamentos; desabastecimento de farmácias com medicamentos; técnico de farmácia como único trabalhador atuante em tempo integral nas farmácias; farmacêutico municipal com inúmeras funções; incompreensão do papel do farmacêutico nos serviços de saúde; profissionais atuantes na AF com vínculo temporário; desconhecimento dos usuários quanto às formas oficiais para exposição de elogios, críticas e sugestões e atendimento a grande volume de decisões judiciais requerendo medicamentos.²⁸

Essa relação de dificuldades mencionadas e que precisam ser equacionadas para que seja garantida a qualidade da AF municipal pode ser investigada por meio de indicadores que servem como instrumento facilitador da constatação das condições dos serviços ofertados, que impactam na saúde dos usuários.²⁹

Dada a importância desse instrumento torna-se necessário considerar suas diferentes classificações, a saber: os indicadores de estrutura relacionam-se a recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis em quantidade e qualidade necessárias para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, enquanto que

28 Cf. BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010; VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil... *Op. cit.*; BISPO, E. S. J.; NUNES, L. M. N. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 65-69, 2012; MAGARINOS-TORRES, R.; PEPE, V. L.; OLIVEIRA, M. A.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3859-3868, 2014; MENDES, L. V.; CAMPOS, M. R.; CHAVES, G. C.; SILVA, R. M.; FREITAS, P. S.; COSTA, K. S.; LUIZA, V. L. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal... *Op. cit.*; PREVEDELLO, P.; BUSATO, M. A. *Analysis of the pharmaceutical assistance cycle in Romelândia, Santa Catarina, Brazil. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 50, n. 1, p. 155-163, 2014; BRUNS, S. F.; DE OLIVEIRA, E. A.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. O modelo de ambiguidade-conflito como ferramenta de análise dos desafios da Assistência Farmacêutica em João Pessoa (PB)... *Op. cit.*; MENDES, S. J.; MANZINI, F.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Gestão da Assistência Farmacêutica: avaliação de um município catarinense. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 4-29, 2015; PINTO, C. D. B. S.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros... *Op. cit.*

29 BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul... *Op. cit.*; VOLPATO, D. C.; PADIAL, R. B. Avaliação da Assistência Farmacêutica em municípios de uma regional de saúde do Paraná... *Op. cit.*

os indicadores de processo referem-se à eficiência das atividades desempenhadas e os de resultado abrangem todas as mudanças no estado de saúde da população, decorrentes dos cuidados recebidos.³⁰

O Desafio para a implantação de Serviços Clínicos Farmacêuticos

Em uma abordagem pautada na satisfação dos usuários, Andrade e colaboradores indicaram que cuidados farmacêuticos diferenciados elevam o nível de satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde ofertados. Os resultados desse estudo revelaram ainda que parâmetros como estrutura física e organização do serviço de saúde, bem como capacidade da equipe, também influenciam os resultados dos serviços prestados.

Permeiam nesse contexto conceitos para indicar atividade farmacêutica de natureza clínica, como: orientação farmacêutica, farmácia clínica, seguimento farmacoterapêutico, gerenciamento da terapia medicamentosa, atenção farmacêutica e outros. Sendo assim, o entendimento que se tem por atividade farmacêutica de natureza clínica é toda ação desenvolvida diretamente com o usuário, objetivando o atendimento de suas necessidades associadas à utilização de medicamentos.³¹

Dentro dessa dimensão, um estudo avaliou farmácias públicas municipais de dispensação de medicamentos básicos e identificou que nenhuma delas apresentava estrutura adequada que possibilitava a conversa entre o farmacêutico e o usuário dos serviços de saúde e ainda, os espaços existentes destinados para tal fim, estavam distantes de um ambiente humanizado. Nessa pesquisa, 63% dos farmacêuticos entrevistados relataram que o atendimento

30 OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2000; RIECK, E. B. **Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde do estado do Rio Grande do Sul: análise dos indicadores do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica**. Monografia (Especialização). Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Porto Alegre, 2002; BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul... *Op. cit.*; VOLPATO, D. C.; PADIAL, R. B. Avaliação da Assistência Farmacêutica em municípios de uma regional de saúde do Paraná... *Op. cit.*

31 ARAÚJO, P. S.; COSTA, E. A.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ÁLVARES, J.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, Supl. 2:6s, 2017.

individualizado dos usuários do serviço é dificultado pela estrutura física das farmácias.³²

Esses fatos, juntamente com o tempo de espera do atendimento pelas farmácias, que não atende às expectativas dos usuários, talvez possam justificar a constatação da pesquisa quanto ao baixo nível de satisfação por parte dos usuários dos serviços de saúde.

Ainda referindo-se ao farmacêutico, esse estudo de Bonadiman e colaboradores apontou que suas rotinas direcionadas às atividades burocráticas necessárias para organização dos serviços da US, o distanciam do atendimento ao usuário, o que pode resultar em frustração por parte desse profissional, bem como, prejudicar os serviços por ele prestados.³³

Nessa pesquisa, o autor faz menção ao avanço na qualidade de dispensação de medicamentos como resultado da participação dos farmacêuticos no progresso dos sistemas de saúde, sobretudo na gestão dos serviços.³⁴

Cassaro e colaboradores analisaram o nível de satisfação dos usuários quanto aos serviços ofertados por farmácias públicas estaduais (de dispensação do componente especializado da AF) e demonstraram que os resultados mais baixos estavam relacionados aos serviços clínicos prestados pelo farmacêutico. Os autores destacaram a necessidade de avaliação da compreensão do usuário quanto ao papel do farmacêutico nos serviços públicos de saúde a fim de desenvolver mais estudos uma vez que esta foi uma das limitações encontradas no decorrer da pesquisa.³⁵

Nesse âmbito torna-se importante relacionar a integralidade do acesso à saúde, definida em termos constitucionais, com a realidade do sistema público de saúde brasileiro. Isso porque a deficiência

dos serviços públicos de saúde encontrada no cenário nacional possivelmente não garantirá a integralidade do acesso da população à saúde, incluindo a dificuldade de acesso aos medicamentos.³⁶ Decorre, portanto, outro problema que preocupa os gestores do SUS, as demandas judiciais para fornecimento de medicamentos, sendo a judicialização entendida como uma forma de suprir as necessidades dos cidadãos.³⁷

Contudo, observa-se a existência de desafios e enfrentamentos para o pleno desempenho da AF. Vieira, Volpato e Padial apresentaram dados em relação à necessidade de melhorias relacionadas à disponibilidade dos medicamentos nos serviços de saúde, adesão dos prescritores à lista de padronização de medicamentos, tempo de desabastecimento dos serviços de saúde com medicamentos, boas práticas de armazenamento (BPA) de medicamentos, controle de estoque, qualidade dos serviços farmacêuticos, ineficiência e perdas, ineficiência na utilização de recursos, como também ineficiência na gestão.³⁸

Nesse mesmo sentido, Bonadiman e colaboradores evidenciaram a imperatividade de expansão das ações que resultam em avanços nos serviços prestados pelas farmácias, bem como, maior satisfação dos usuários, o que pode ser útil para indicar a qualidade desses serviços.³⁹

36 Cf. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil...** *Op. cit.*

37 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde... *Op. cit.*; BRUNS, S. F.; DE OLIVEIRA, E. A.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. O modelo de ambiguidade-conflito como ferramenta de análise dos desafios da Assistência Farmacêutica em João Pessoa (PB)... *Op. cit.*; TAVARES, G. R. P.; SILVA, D. M.; BARCELOS, P. C.; RIBEIRO, C.; MOREIRA, G. L. Diagnósticos das Ações Judiciais direcionadas à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Congresso CONSAD de Gestão Pública**, 3., Paineis 09/035, Brasília, Consad, 2010; OLIVEIRA, M. R. M.; DELDUQUE, M. C.; DE SOUSA, M. F.; MENDONÇA, V. M. Judicialização da Saúde: para onde caminham as produções científicas? **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 525-535, 2015.

38 VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008; VOLPATO, D. C.; PADIAL, R. B. Avaliação da Assistência Farmacêutica em municípios de uma regional de saúde do Paraná... *Op. cit.*

39 BONADIMAN, R. L.; SANTANA, A. F.; BRASIL, G.; LIMA, E.; LENZ, D.; ENDRINGER, D. C.; ANDRADE, T. U. *Satisfaction level of users and verification of knowledge of pharmacists in public pharmacies of the Espírito Santo...* *Op. cit.*; KUCUKARSLAN, S. N.; SCHOMMER, J. C. *Patients' expectations and their satisfaction with pharmacy services.* **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 42, n. 3, p. 489-495, 2002; ANDRADE, T. U.; BURINI, D. M.; MELLO, M. O.; BERSÁCULA, N. S.; SALIBA, R. A. D.; BRAVIM, F. T.; BISSOLI, N. S. *Evaluation of the satisfaction level of patients attended by a Pharmaceutical Care Program in a Private Communitarian Pharmacy in Vitória (ES, Brazil).* **Brazilian Journal of**

32 BONADIMAN, R. L.; SANTANA, A. F.; BRASIL, G.; LIMA, E.; LENZ, D.; ENDRINGER, D. C.; ANDRADE, T. U. *Satisfaction level of users and verification of knowledge of pharmacists in public pharmacies of the Espírito Santo.* **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 627-638, 2018.

33 Cf. *Ibidem.*

34 Cf. *Ibidem.*

35 Cf. CASSARO, K. O. S.; HERINGER, O. A.; FRONZA, M. LENZ, D.; ENDRINGER, D. C.; ANDRADE, T. U. *Level of satisfaction of clients of public pharmacies dispensing high-cost drugs in Espírito Santo, Brazil.* **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 52, n. 1, p. 95-103, 2016.

Ainda em uma abordagem quanto aos avanços indispensáveis ao desenvolvimento da AF, Bruns, Luiza e Oliveira destacaram a necessidade de ampliação dos estudos relacionados aos problemas de gestão da AF, uma vez que persistem as dificuldades quanto à realização de estudos com metodologias já existentes, a fim de analisar o desempenho da AF.⁴⁰

Apesar da existência de dados relacionados à avaliação de farmácias básicas, outros autores também destacam a essencialidade da realização de mais estudos direcionados ao nível de satisfação de usuários desses serviços de saúde, a fim de avaliar a qualidade dos serviços prestados e, ainda, promover avanços que refletirão em benefícios para saúde pública.⁴¹

Outrossim, é reduzido o número de estudos que avaliam o nível de satisfação de usuários das farmácias públicas de Unidades de APS, que ofertam medicamentos básicos, isso porque grande parte das pesquisas são direcionadas a farmácias comunitárias privadas e hospitalares. Mesmo assim, há que se destacar a relevância dessas pesquisas que contribuem para a investigação da satisfação em farmácias públicas neste nível primário de atenção à saúde em países em desenvolvimento.⁴²

Sumariando, a AF trata-se de um campo multiprofissional de atuação que envolve aspectos gerenciais, técnicos e clínicos com vistas ao acesso aos medicamentos para a população, promovendo o seu uso racional, tanto do ponto de vista do uso adequado dos recursos materiais e imateriais dos sistemas de saúde, quanto a garantia do uso correto do medicamento pela população que envolve não apenas uma prescrição adequada, mas também um processo de dispensação ativo com implantação de ações de atenção farmacêutica, como preconiza a PNAF. Além disso, observa-se, ainda, grandes desafios para SUS

nesse campo, que envolvem tanto aspectos gerencias como clínicos, em especial a premente necessidade de implantação de serviços clínicos farmacêuticos para favorecer o uso correto e racional dos medicamentos.

Referências:

- ALEXANDRE, R. F.; DOMINGUES, P. H. F.; BASTOS, E. A.; SCHNEIDERS, R. E.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. DO. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 6, Supl. 4, p. 3338-3353, 2015.
- ALTURKI, M. KHAN, T. M. *A study investigating the level of satisfaction with the health services provided by the Pharmacist at ENT hospital, Eastern Region Alahsah, Kingdom of Saudi Arabia. Saudi Pharmaceutical Journal*, v. 21, n. 3, p. 225-260, 2013.
- ANDRADE, T. U.; BURINI, D. M.; MELLO, M. O.; BERSÁCULA, N. S.; SALIBA, R. A. D.; BRAVIM, F. T.; BISSOLI, N. S. *Evaluation of the satisfaction level of patients attended by a Pharmaceutical Care Program in a Private Communitarian Pharmacy in Vitória (ES, Brazil). Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 45, n. 2, p. 349-355, 2009.
- ARAÚJO, P. S.; COSTA, E. A.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ÁLVARES, J.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, Supl. 2:6s, 2017.
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.
- BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 1, p. 73-83, 2006.
- BISPO, E. S. J.; NUNES, L. M. N. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v. 37, n. 2, p. 65-69, 2012.
- BOING, Alexandra Crispim *et al.* Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, abr. 2013.
- BONADIMAN, R. L.; SANTANA, A. F.; BRASIL, G.; LIMA, E.; LENZ, D.; ENDRINGER, D. C.; ANDRADE, T. U. *Satisfaction level of users and verification of knowledge of pharmacists in public pharmacies of the Espírito Santo... Op. cit.*; CASSARO, K. O. S.; HERINGER, O. A.; FRONZA, M. LENZ, D.; ENDRINGER, D. C.; ANDRADE, T. U. *Level of satisfaction of clients of public pharmacies dispensing high-cost drugs in Espírito Santo, Brazil... Op. cit.*
- 40 Cf. BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da Assistência Farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB)... *Op. cit.*
- 41 BONADIMAN, R. L.; SANTANA, A. F.; BRASIL, G.; LIMA, E.; LENZ, D.; ENDRINGER, D. C.; ANDRADE, T. U. *Satisfaction level of users and verification of knowledge of pharmacists in public pharmacies of the Espírito Santo... Op. cit.*; CASSARO, K. O. S.; HERINGER, O. A.; FRONZA, M. LENZ, D.; ENDRINGER, D. C.; ANDRADE, T. U. *Level of satisfaction of clients of public pharmacies dispensing high-cost drugs in Espírito Santo, Brazil... Op. cit.*
- 42 ALTURKI, M. KHAN, T. M. *A study investigating the level of satisfaction with the health services provided by the Pharmacist at ENT hospital, Eastern Region Alahsah, Kingdom of Saudi Arabia. Saudi Pharmaceutical Journal*, v. 21, n. 3, p. 225-260, 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2015. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 01 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **República Federativa do Brasil**. Brasília, p. 9; 12, 01 out. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 338**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. República Federativa do Brasil, Brasília, 06 Maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Ministério da Saúde, Brasília, p. 24; 35, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**, Brasília, p. 9; 12, maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília: CONASS, 2007, p. 11; 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554/GM. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 jul. 2013.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei Federal nº 8.142. Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde em complemento à Lei nº 8.080/90. Brasília, **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990.

BRASIL. Decreto nº 7508. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **República Federativa do Brasil**. Brasília, 28 jun. 2011.

BRUNS, S. F.; DE OLIVEIRA, E. A.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. O modelo de ambiguidade-conflito como ferramenta de análise dos desafios da Assistência Farmacêutica em João Pessoa (PB). **Saúde Debate**, v. 39, n. especial, p. 64-75, 2015.

BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da Assistência Farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos próprios. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 745-765, 2014.

CASSARO, K. O. S.; HERINGER, O. A.; FRONZA, M. LENZ, D.; ENDRINGER, D. C.; ANDRADE, T. U. *Level of satisfaction of clients of public pharmacies dispensing high-cost drugs in Espírito Santo, Brazil*. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 52, n. 1, p. 95-103, 2016.

GILSON, L.; HANSON, K.; SHEIKH, K.; AGYEPONG, I. A.; SSENGOOBA, F.; BENNETT, S. *Building the Field of Health Policy and Systems Research: Framing the Questions*. **PLoS Medicine**, v. 8, n. 8, e1001073, 2011.

KUCUKARSLAN, S. N.; SCHOMMER, J. C. *Patients' expectations and their satisfaction with pharmacy services*. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 42, n. 3, p. 489-495, 2002.

MAGARINOS-TORRES, R.; PEPE, V. L.; OLIVEIRA, M. A.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3859-3868, 2014.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Rio de Janeiro, p. 65-83, 2003.

MENDES, L. V.; CAMPOS, M. R.; CHAVES, G. C.; SILVA, R. M.; FREITAS, P. S.; COSTA, K. S.; LUIZA, V. L. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 109-123, 2014.

MENDES, S. J.; MANZINI, F.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Gestão da Assistência Farmacêutica: avaliação de um município catarinense. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 4-29, 2015.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas de mudar a lógica do processo de trabalho (um ensaio sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde). *In: FLEURY, Sônia (org.). Saúde e Democracia: a luta do Cebes*, São Paulo, Lemos Editorial, 1997.

OLIVEIRA, M. R. M.; DELDUQUE, M. C.; DE SOUSA, M. F.; MENDONÇA, V. M. Judicialização da Saúde: para onde caminham as produções científicas? **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 525-535, 2015.

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G.S. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2000. 92 p.

PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. *Pharmaceutical services at primary care*

in the municipality of Rio de Janeiro: an evaluability assessment. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 451-468, 2015.

PINTO, C. D. B. S.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. **Saúde Debate**, v. 39, n. especial, p. 171-183, 2015.

Portaria nº 399/GM. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 fev. 2006.

PREVEDELLO, P.; BUSATO, M. A. *Analysis of the pharmaceutical assistance cycle in Romelândia, Santa Catarina, Brazil*. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 50, n. 1, p. 155-163, 2014.

RIECK, E. B. **Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde do estado do Rio Grande do Sul**: análise dos indicadores do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica. Monografia (Especialização). Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Porto Alegre, 2002.

ROVER, M. R. M.; VARGAS-PELÁEZ, C. M.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 691-711. 2016.

ROVER, Marina Raijche Mattozo. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2487-2499, 2017.

SILVA, R. M.; PEREIRA, N. C.; MENDES, L. V. P.; LUIZA, V. L. *Pharmaceutical services in Rio de Janeiro Municipality, Brazil: development regarding selected aspects from 2008 to 2014*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1421-1432, 2016.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A.; BARROS, R. D.; PEREIRA, M. T.; BARRETO, J. L.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ÁLVARES, J.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. *Characterization of the institutionalization of pharmaceutical services in Brazilian primary health care*. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, Supl. 2:7s, 2017.

TAVARES, G. R. P.; SILVA, D. M.; BARCELOS, P. C.; RIBEIRO, C.; MOREIRA, G. L. Diagnósticos das Ações Judiciais direcionadas à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. *In: Congresso CONSAD de Gestão Pública*, 3., Painel 09/035, 2010, Brasília: CONSAD, 2010.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

VOLPATO, D. C.; PADIAL, R. B. Avaliação da Assistência Farmacêutica em municípios de uma regional de saúde do Paraná. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 7, n. 2, p. 221-232, 2014.

World Health Organization (WHO). Drug and therapeutics committees: a practical guide — Department of Essential Drugs and Medicines Policy. Geneva: World Health Organization, 2003

World Health Organization (WHO). WHO medicines strategy: countries at the core: 2004-2007. Geneva: World Health Organization, 2004.

CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

*Danuza Barros Gomes
Girlandia Alexandre Brasil*

Construir uma trajetória profissional envolve além de dedicação e conhecimento também abertura, para o desenvolvimento de novos saberes. A aproximação com a discussão do fazer profissional envolve elementos que são necessários para a materialidade das ações de todas as categorias profissionais.

São inúmeras as condições que favorecem e envolvem a interlocução de saberes na área da política de saúde, e, aqui se apresenta uma discussão ainda pouco explorada no debate da assistência farmacêutica, que é a atuação do serviço social, algo pouco divulgado, havendo inclusive dificuldades em encontrar estudos que tratam do tema.

Denota-se algo que precede a discussão de técnicas, instrumentos, operacionalização, estrutura e recursos para a ação profissional, refere-se à necessidade de compreensão do que compete a cada profissão. Para além das definições conceituais, é imprescindível ter clareza do que é operacional, ou seja, o que fazer e como fazer; do para que fazer, para quem, onde e quando fazer; e, principalmente, analisar as consequências que produzem as ações profissionais, no campo mediato, o produto gerado pelo processo de trabalho profissional.

Processo de trabalho e serviço social: consideração acerca da inserção do assistente social na Política de Assistência Farmacêutica

Com a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) cria-se um compromisso público, em se formular ações voltadas à garantia de acesso à medicamentos para toda a população brasileira, e em todos os níveis de atenção à saúde. Para tanto, além de ciência, tecnologia e desenvolvimento industrial, destaca-se a formação de recursos humanos como prerrogativa para a implantação de uma política de qualidade. A assistência farmacêutica, portanto, surge como política pública, valorizando na letra da lei, o profissional que nela atua.

Visando um conjunto de ações que garantam a qualidade de vida e saúde individual e coletiva, a assistência farmacêutica apresenta como insumo essencial o medicamento, destacando o acesso ao uso racional, o que demanda articulação de áreas de atuação e saberes:

Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.¹

Portanto, é expressa a relação entre a prestação de serviço de qualidade e a necessidade de profissionais capacitados para a sua execução. Relação esta que aponta para o aporte de tecnologias diversas, como destacado por Merhy.²

O SUS reúne em sua implementação práticas diferenciadas, que necessitam de profissionais das mais diversas áreas do conhecimento e saberes de várias categorias. Na assistência farmacêutica não apenas o saber da ciência farmacêutica apresenta relevância, os diversos saberes articulados são necessários para a promoção da política, destacando assim a necessidade de atores de outras categorias profissionais. Segundo Souza o assistente social é um profissional que atua na articulação, operacionalização e na concretude de políticas públicas, portanto, um ator interessante para a política da assistência farmacêutica.³

O Serviço social e o processo de trabalho na saúde

O Serviço Social entra na área da saúde vinculado à estrutura do complexo previdenciário de assistência médica, porém, o SUS em muito abriu espaço para a atuação deste profissional.⁴ Destacam-se as semelhanças da fundamentação ético político da profissão do assistente

1 Cf. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004.

2 Cf. MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas de mudar a lógica do processo de trabalho (um ensaio sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde). In: FLEURY, Sônia (org.). **Saúde e Democracia: a luta do Cebes.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

3 Cf. SOUZA, Diego de Oliveira. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 137, p. 174-191, jan./abr. 2020.

4 Cf. MIOOTO, Regina Célia Tamuso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

social com os princípios do SUS, uma vez que a ação profissional caminha na defesa do direito à saúde, no direito à vida, e em defesa dos demais direitos reconhecidos no país em 1988.⁵

Na saúde, o assistente social tem o seu campo de atuação reconhecido na Resolução nº 218, de 06/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, posteriormente confirmado pela categoria através da Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383, de 29/03/1999.⁶ A primeira reconhece o assistente social como profissional de saúde de nível superior, reafirmando a necessidade de consolidação do SUS, a importância da interdisciplinaridade no âmbito da saúde e, sobretudo, reconhecendo a importância de ações realizadas por diferentes profissionais de nível superior com vistas à integralidade da atenção.⁷ A Resolução CFESS caracteriza o assistente social como profissional da saúde:

Considerando que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços;

Considerando que atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde;

Considerando que o Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País;

Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais;

5 Cf. GADELHA, Carlos Augusto Grabois; TEMPORÃO, José Gomes. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do complexo econômico-industrial da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1891-1902, 2018.

6 Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997.** Reconhece como profissionais de saúde de nível superior. Brasília, 1997; CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Resolução nº 383, de 29 de março de 1999.** Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília, 1999.

7 Cf. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997...** *Op. cit.*

Considerando que o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução de nº 218 de 06 de março de 1997, reafirmou o Assistente Social, entre outras categorias de nível superior, como profissional de saúde.⁸

Nessa perspectiva, Matos confirma que a atuação do serviço social contribui para viabilizar a concretização do direito à saúde dos usuários que buscam atender suas necessidades.⁹ Assim, o serviço social apresenta-se como profissão crítica que contribui com as demais profissões inseridas na divisão social e técnica do trabalho regulamentada pela Lei 8.662/1993.¹⁰ Com essa concepção de profissão crítica coopera com as demais profissões atuando na efetivação das políticas públicas sociais.¹¹

A área da saúde institui espaços tradicionais e próprios de atuação multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial. Também é do campo de atuação espaços de planejamento e gestão da política de saúde - de ações não exclusivas, porém, também de competência de algumas profissões. Contudo, mesmo sendo um campo de atuação de diversas categorias profissionais o assistente social encontra na área da saúde campo fértil para o desempenho de tarefas correlatas ao serviço social, ações de atribuição e competência específicas da profissão, de competências sociopolíticas e teórico-instrumentais.

O processo de trabalho na saúde e o resultado dessa ação, segundo Pires, se estabelecem na medida em que o:

trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.¹²

Coadunando com as idéias de Pires é importante ressaltar que no Brasil o serviço social tem seu papel reconhecido inicialmente na saúde

8 Cf. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Resolução nº 383, de 29 de março de 1999**.... *Op. cit.*

9 Cf. MATOS, Maurílio Castro. Assessoria e Consultoria: Reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro (orgs). **Assessoria, Consultoria e Serviço Social**. Rio de Janeiro, 7 letras, 2006.

10 Cf. BRASIL. Lei Federal 8.662. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 jun. 1993.

11 Cf. SOUZA, Diego de Oliveira. O caráter ontológico da determinação social da saúde... *Op. cit.*

12 Cf. PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, p. 251-263, 2000.

pública pelas práticas comunitárias, com trabalhos de educação em saúde acerca de procedimentos relativos à higiene aplicados individual e coletivamente, incentivo ao controle de natalidade, promoção da saúde infantil para o controle de doenças características do ciclo de vida da criança, atividades ligadas à higiene bucal e da importância da vacinação. Outra demanda muito abarcada pela categoria foi da necessidade de saneamento básico, que motivou a implicação do serviço social no debate para criação de políticas urbanas, muito disso ligado as atividades educativas de comunidade. Considerando-se a condição de miserabilidade de grande contingente populacional à época, outro exemplo de atividades do assistente social são ações ligadas a resíduos sólidos urbanos.

Com o reconhecimento de que os determinantes sociais interferiam na saúde da população, o assistente social é demandado a realizar atendimento de caso, surgindo o Serviço Social de Caso nos espaços institucionais de atuação na área da saúde pública - fundamentado na influência norte americana, a partir de 1940. O profissional é desafiado a realizar intervenções nas reproduções sociais e se depara com o excesso de demanda devido ao grande contingente de pessoas em busca de atendimento. Andrade aponta que:

O Serviço Social de Caso ou Casework orientava-se pelas teorias de Mary Richmond, Porter Lee e Gordon Hamilton, cuja preocupação centrava-se na personalidade do cliente. O trabalho orientado por essas teorias buscava conseguir mudanças no indivíduo, a partir de novas atividades e comportamentos. O indivíduo era visto como o elemento que deveria ser trabalhado, no sentido de ajustá-lo ao meio social e fazê-lo cumprir bem seu papel no sistema vigente.¹³

Para o Serviço Social, a aproximação nas instituições hospitalares, do atendimento no modelo biomédico reforça o engajamento da categoria para afirmarem seu espaço na saúde pública, não apenas nos hospitais, mas, também nos centros de saúde. Andrade destaca que “o modelo estatal era pautado pela atuação no grande hospital-fábrica ou nos centros de saúde que funcionavam por meio de um modelo militar campanhista”.¹⁴ A prática profissional nesse contexto histórico vem em resposta ao modelo saúde-fábrica, pautado na ideologia de uma

13 Cf. ANDRADE, Maria Angela Rodrigues Alves de. O metodologismo e o desenvolvimentismo no Serviço Social Brasileiro - 1947 a 1961. **Serviço Social & Realidade**. Franca, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008.

14 *Ibidem*.

produção em massa e em série, de um Estado fordista, com serialização da saúde pública.

Com a inserção da teoria social crítica a partir de 1980 referenciais da fenomenologia, sociologia e filosofia passam a fazer parte do debate da categoria. As lutas coletivas marcam a trajetória do Serviço Social na reforma sanitária. Os atendimentos de grupo, de comunidade e de caso ainda permanecem no escopo das atividades do assistente social e a lógica intervencionista estatal permanece com a falsa noção de exercício do bem comum.

Com a implementação do SUS, a partir dos anos 90, observa-se a exigência de novas formas de organização do trabalho na saúde impressas pelos princípios de universalização, hierarquização, equidade, igualdade, integralidade, participação social e regionalização. Nesse sentido, buscando atender as necessidades da população, o Serviço Social trabalha cotidianamente com o déficit de oferta de serviços e a administração de demanda reprimida, incidindo sobre as principais contradições do SUS, trabalhando com a expressão das questões sociais. Prioritariamente, as atividades estão pautadas em ações de caráter emergencial, educação, informação e comunicação em saúde, planejamento, assessoria, mobilização e participação social, além do que destaca Costa:

- Levantamento de dados - caracterização e identificação das condições socioeconômicas, familiares e sanitárias dos usuários;

- Interpretação de normas e rotinas - procedimentos de natureza educativa, como orientações, aconselhamentos e encaminhamentos individuais e coletivos;

- Agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial - assistencial - constituem emergências sociais que interferem no processo saúde doença, bem como relacionam-se à demanda reprimida / déficit de oferta dos serviços de saúde e demais políticas sociais públicas e sobretudo relacionam-se às desigualdades econômicas, políticas e sociais e culturais a que estão submetidos a maioria da população usuária do SUS. Nesses termos, são atividades voltadas para agilização de internamentos/leitos, exames e consultas (extras), tudo que envolve o tratamento e acompanhamento dos usuários e sua família ou cuidadores, tais como o acesso a transporte, medicamentos, órteses, próteses, sangue, alimentos, roupa, abrigo adequado, traslado, atestados / declarações, etc. Demandam a mobilização e articulação de recursos assistenciais inerentes à política de saúde e as demais políticas sociais, portanto dentro e fora do sistema de saúde;

- Procedimentos de natureza socioeducativa, informação e comunicação em saúde: ação transversal aos demais núcleo de objetivação que consiste em: 1) assegurar aos usuários as informações em relação às normas institucionais, aos serviços oferecidos, direitos, aos trâmites burocráticos, acesso ao prontuário, informações sobre os procedimentos realizados, terapêuticas administradas, etc... 2) ampliar a democracia institucional e a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos e dos grupos e através da construção e dinamização de espaços coletivos em que se analisa e delibera sobre questões relativas à gestão e à prestação dos serviços. Exemplos: instalação e funcionamento de ouvidorias, conselhos gestores de unidades, rodas de conversa, etc.

- Desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político - consistem em articulação e/ou realização de atividades junto aos funcionários, aos representantes dos usuários no sistema, à grupos organizados, lideranças comunitárias e à comunidades em geral¹³, que envolvem desde a realização de reuniões, oficinas de trabalho, cursos, seminários voltados para discussão de temas afetos ao processo de construção e consolidação permanente do SUS, interesse da área da saúde pública, à assessoria para elaboração de relatório, documentos reivindicatórios como abaixo assinado, apoio à organização de processos eleitorais, etc.¹⁵

De maneira geral, as atividades do assistente social relacionavam-se prioritariamente à obtenção de informações a respeito de fatores intervencionistas inerentes aos processos de cuidado da saúde do usuário, que fossem importantes ao diagnóstico, tratamento e/ou cuidado da saúde. Costa, no entanto, destaca que tal prática sofreu mudanças com o processo de redivisão e ampliação de conteúdo integrado à saúde a partir do debate da saúde coletiva, que reconhece a saúde como resultante das condições de vida, interações sociais, condições econômicas e referências culturais do usuário dos serviços de saúde no processo de saúde/doença.¹⁶

Atividades que estão relacionadas com o cotidiano do serviço social dentro dos serviços de alta e média complexidade podem ser citadas como rotina para o acesso dos usuários a procedimentos ou serviços específicos que demandam, por exemplo, entrevista para obtenção de dados, preenchimento de questionário ou ficha social, procedimentos ou normas relativas à permanência do paciente no serviço. Já em centros clínicos e atendimentos ambulatoriais, segundo

¹⁵ Cf. COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 62, 2000.

¹⁶ *Ibidem*.

Costa, o assistente social geralmente trabalha com programas específicos, como alcoolismo, controle de doenças crônicas, hostomizados entre outros.¹⁷

O assistente social, habitualmente, é um dos profissionais que faz o primeiro contato/atendimento objetivando a identificação e mobilização de atores e serviços para atendimento das necessidades identificadas. A consulta social é uma atividade de alta relevância dentro da equipe multiprofissional ou interdisciplinar, sobretudo, para articulação de outros membros da equipe para o desfecho desejado no cuidado à saúde do paciente. Ocupando-se também da validação da inclusão/exclusão dos usuários a programas especiais.

Tendo também como campo de atuação a Atenção Primária à Saúde, o assistente social compõe equipes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tanto podendo fazer parte das Equipes de Saúde da Família (eSF), de acordo com legislação municipal, como podendo compor equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), conforme legislação federal. A aproximação do assistente social com a realidade das famílias do território adstrito à UBS é de extrema relevância para a coordenação do cuidado e ordenação dos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sobretudo, na construção do diagnóstico (cenário) da realidade epidemiológica da comunidade, considerando os aspectos socioeconômicos e culturais da área de abrangência da unidade/equipes.

Processo de trabalho e serviço social na assistência farmacêutica

O processo que envolve o acesso aos medicamentos é burocrático, envolvendo urgência de atendimento e direito constitucional à saúde. A atuação profissional sob a ótica da integralidade demanda ações de uma equipe multiprofissional para estruturação de processos da assistência farmacêutica, como apresentam Souza *et al.*¹⁸ A política de saúde brasileira torna-se espaço de atuação e trabalho dos vários profissionais de apoio à saúde, incluindo o assistente social.¹⁹

¹⁷ *Ibidem.*

¹⁸ Cf. SOUZA, Gisélia Santana *et al.* Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Saúde Pública**, v. 2, n. 7, p. 1-12, 2017.

¹⁹ Cf. OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto. 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 143-163, jan./abr. 2017.

Como diz Menéndez, para o cidadão a ação do assistente social, em uma perspectiva complementar, deve também produzir e manejar saberes preventivos não apenas para o cuidado da saúde, mas, também para emprego correto e eficaz de estratégias de melhoria da qualidade de vida.²⁰ Complementarmente, Gadelha e Temporão, apontam que a consolidação do SUS segue como pilar para a construção de um sistema de bem-estar e de saúde sustentável centrado no desenvolvimento social da nação, campo ocupado pelo assistente social, que deve intervir junto ao usuário para que este se perceba na Política da Assistência Farmacêutica como sujeito de direitos em toda a sua integralidade.²¹

Ao buscar atendimento no setor de serviço social o usuário chega com expectativa de ter sua necessidade atendida e, por vezes, vem carregado de sentimentos como angústia, insegurança, medo, frustração advinda de atendimentos anteriores e até com informações equivocadas. Ao assistente social, cabe intervir na situação tendo como referência a realidade exposta e, primordialmente, percebendo o usuário da política de assistência farmacêutica como sujeito de direitos, em toda a sua integralidade, fazendo-o também se perceber como esse sujeito que tem garantia de direitos.

Contribuindo com o tratamento de saúde do indivíduo, assegurando sua qualidade de vida e consolidando os seus direitos, ao assistente social cabe segundo Martinelli: escuta qualificada, acolhimento, acompanhamento de processos para concessão de medicamentos, aconselhamento e orientação aos pacientes.²² Faleiros, Araújo e Hedler destacam que, junto à equipe, há a possibilidade de identificação de dúvidas em relação aos protocolos e fluxos institucionais, solucionar demandas dos pacientes, viabilizar ações e projetos junto à equipe, realizar articulações com redes de serviços, além de participar de ações de educação continuada e permanente

²⁰ Cf. MENÉNDEZ, Eduardo. *Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptos similares y significados diferentes*. **Estudios Sociológicos de El Colegio de México**, v. 16, n. 46, p. 37-67, 1 Jan. 1998.

²¹ Cf. GADELHA, Carlos Augusto Grabois; TEMPORÃO, José Gomes. Desenvolvimento, inovação e saúde... *Op. cit.*

²² Cf. MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

em saúde.²³ Atuando nessa perspectiva, o assistente social consolida os princípios elencados no Código de Ética Profissional do Assistente Social, reforçando a importância do trabalho interdisciplinar na saúde e, sobretudo, contribuindo para a emancipação e garantia de direitos constitucionais previstos legalmente aos usuários.²⁴

Compreendendo o trabalho isolado como potencializador de fragmentação de ações, rumo à inovação e intercâmbio de conhecimentos e saberes, é esperado que na operacionalização da política de assistência farmacêutica, haja a interação entre os membros de uma mesma equipe, em uma perspectiva multiprofissional, com compartilhamento e discussão entre pares, para melhor oferta à população.

Visto que na assistência farmacêutica, os serviços prestados diretamente ao usuário envolvem o acesso a medicamentos, é importante que haja o controle, fiscalização e segurança na dispensação, o que justifica que o processo seja de caráter burocrático. No entanto, burocracia não é antagônico à agilidade, havendo possibilidades de criação de mecanismos que visam melhorar os serviços prestados. A burocracia não deve constituir barreira de acesso, entre o usuário e a concretude do direito ao acesso a medicamentos.

Abordar a importância de se ultrapassar o modelo imposto para buscar atender as necessidades da população atendida no SUS apontando como caminho a formação e o diálogo entre profissionais, além de celeridade e eficiência que em conjunto contribuem para o fortalecimento da política pública.

A atenção farmacêutica prestada aos pacientes deve contemplar informações sobre medicações, processos, receituários e dispensação. Considerando os Componentes da Assistência Farmacêutica - Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado - diversas categorias profissionais exercem funções específicas na execução de cada componente, e envolvendo ações de organização e execução dos serviços. O profissional farmacêutico, junto com profissionais de outras categorias, opera a para o desenvolvimento

23 FALÉIROS, Vicente de Paula; ARAÚJO, Adelina Almeida Moreira de; HEDLER, Helga Cristina. Precariedade e interdisciplinaridade no trabalho da Assistente Social na esfera pública. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 22. n. 2, maio/ago. 2019.

24 Cf. GALVÃO, Ana Carolina; MORAIS, Janaína Barbosa de; SANTOS, Nilmar. Serviço Social e escuta especializada: proteção integral ou produção antecipada de provas? *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 138, p. 263-282, maio/ago. 2020.

pelo da assistência farmacêutica. Nesse sentido, o assistente social se destaca, por auxiliar o usuário na garantia de acesso ao serviço, constituindo assim, papel ímpar na assistência farmacêutica.

Considerações finais

A qualidade da atenção ofertada pelos serviços conota a existência de um grupamento de elementos que organizados e aplicados adequadamente tendem a ter como desfecho o resultado esperado. Tratando da política de assistência farmacêutica, o resultado esperado é o de organização de ações que garantam o acesso e uso racional de medicamentos. Para tanto, não apenas os processos de trabalho devem estar voltados aos objetivos da PNAF, mas, também os recursos humanos devem estar implicados com tal propósito.

Mioto e Nogueira destacam que o arcabouço de conhecimento da profissão, traduzida em técnicas e instrumentalidade teórica da prática, quando aplicadas à realidade social são capazes de se materializar na gestão de políticas públicas, e em atividades nos órgãos assistenciais, na área da gestão, em espaços de participação social, na educação permanente e continuada e, sobretudo, em ações que englobam questões ligadas à democracia e à representação social.²⁵ Portanto, a área da saúde é lócus de atuação legítima do Serviço Social, onde, encontra-se a política de assistência farmacêutica, uma política pública norteadora para políticas setoriais como, políticas de medicamentos, ciência e tecnologia.

A relevância da atuação do assistente social junto as demais categorias profissionais que operacionalizam a política de assistência farmacêutica são evidenciadas, na mesma medida em que se apresenta a necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional. A troca de saberes entre os profissionais impacta diretamente na oferta e qualidade do atendimento. Juntos, farmacêutico, médico, assistente social, enfermeiro, profissionais de nível médio e demais profissionais que podem atuar no âmbito dos componentes da assistência farmacêutica, podem propagar mútua colaboração para o fortalecimento dos processos e ampliar a qualidade do cuidado preconizado não apenas pela PNAS, como também pela Constituição Federal.

25 Cf. MIOTO, Regina Célia Tamuso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde... *Op. cit.*

Referências:

Fontes:

ANDRADE, Maria Angela Rodrigues Alves de. O metodologismo e o desenvolvimentismo no Serviço Social Brasileiro – 1947 a 1961. **Serviço Social & Realidade**. Franca, São Paulo. v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008.

BRASIL. Lei Federal nº 8.662. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 jun. 1993.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução nº 383, de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Reconhece como profissionais de saúde de nível superior. Brasília, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 62, 2000.

FALEIROS, Vicente de Paula; ARAÚJO, Adelina Almeida Moreira de; HEDLER, Helga Cristina. Precariedade e interdisciplinaridade no trabalho da Assistente Social na esfera pública. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 22. n. 2, maio/ago. 2019.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; TEMPORÃO, José Gomes. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do complexo econômico-industrial da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1891-1902, 2018.

GALVÃO, Ana Carolina; MORAIS, Janaína Barbosa de; SANTOS, Nilmar. Serviço Social e escuta especializada: proteção integral ou produção antecipada de provas? **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 138, p. 263-282, maio/ago. 2020.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MATOS, Maurílio Castro. Assessoria e Consultoria: Reflexões para o Serviço Social. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro (orgs). **Assessoria, Consultoria e Serviço Social**. Rio de Janeiro, 7 letras, 2006.

MENÉNDEZ, Eduardo. *Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptos similares y significados diferentes*. **Estudios Sociológicos de El Colegio de México**, v. 16, n. 46, p. 37-67, 1 Jan. 1998.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas de mudar a lógica do processo

de trabalho (um ensaio sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde). *In*: FLEURY, Sônia (org.). **Saúde e Democracia: a luta do Cebes**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.

MIOTO, Regina Célia Tamuso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, Jul./Dez. 2009.

OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto. 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 128, p. 143-163, jan./abr. 2017.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, p. 251-263, 2000.

SOUZA, Diego de Oliveira. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 137, p. 174-191, jan./abr. 2020.

SOUZA, Gisélia Santana. *et al.* Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, n. 7, p. 1-12, 2017.

Bibliografia:

Normalização de referências: **NBR 6023:2002** / Universidade Federal do Espírito Santo, Biblioteca Central. - Vitória, ES, EDUFES, 2015.

Introdução ao Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica: Especialização a distância [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS - Florianópolis, Ed. da UFSC, 2011.

DIEHL, Eliana Elisabeth (org). **Logística de medicamentos** / organização de Eliana Elisabeth Diehl, Rosana Isabel dos Santos, Simone da Cruz Schaefer. – Florianópolis, Ed. da UFSC, 2016.

FARIAS, Marení Rocha (org). **Seleção de medicamentos** / organização de Marení Rocha Farias...*et al.* – Florianópolis, Ed. da UFSC, 2016.

LEITE, Silvana Nair (org). **Gestão da Assistência Farmacêutica** / organização de Silvana Nair Leite... *et al.* – Florianópolis, Ed. da UFSC, 2016.

MAGALHÃES, Fabíola. **Acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS: uma análise sob a ótica dos usuários**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo.

MENDES, Eugenio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília, CONASS, 2011.

ROVER, Marina Raijche Mattozo. **Avaliação da Capacidade de Gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Santa Catarina**. 2016. 307 p. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia.

Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

SANTOS, Rosana Isabel (org). **Políticas de saúde e acesso a medicamentos** / organização de Rosana Isabel dos Santos *et al.* – Florianópolis, Ed. da UFSC, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Serviços farmacêuticos** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis, UFSC, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. **Normatização e apresentação de trabalhos científicos e acadêmicos** / Universidade Federal do Espírito Santo, Biblioteca Central. – 2. ed. – Vitória, ES, EDUFES, 2015.

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. *In*: CFESS-ABEPSS. **Capacitação em Serviço Social e política social**, módulo 4. Brasília, UNB/CEAD, 2000.

FARMACOVIGILÂNCIA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOTIFICADORES

Adalgiza Monteiro Fernandes Sofiatti
Girlandia Alexandre Brasil

Os medicamentos são considerados instrumentos de grande importância terapêutica, utilizados no tratamento, profilaxia, diagnóstico de doenças e agravos à saúde. Desde o início do seu emprego pela sociedade, observou-se que nenhum medicamento é completamente inócuo, sendo capaz de produzir eventos adversos, mesmo quando utilizados na dose e posologia indicada para aquele agravo. Tais reações podem causar danos ou lesões ao paciente, a depender, dentre outros fatores, das reações individuais.¹

Quando se descobre uma molécula de aplicabilidade terapêutica inovadora, a indústria farmacêutica que pretende produzir o medicamento correspondente, deve proceder com as pesquisas em seres humanos, de modo a demonstrar a eficácia e segurança clínica, antes de disponibilizar este medicamento para uso na população. Para tal, as indústrias devem realizar, no mínimo, 3 fases de estudos clínicos e descrever os achados durante as pesquisas, submetendo à avaliação da entidade regulatória do país.² Para que um medicamento seja registrado e comercializado, é necessário que sejam detalhados pelo fabricante, dados de ocorrência de reações adversas esperadas e sua frequência nos pacientes testados durante a pesquisa, de modo a demonstrar sua eficácia e comprovar que os seus benefícios superam os riscos.³

Após o registro, durante os anos seguintes de utilização e comercialização de um medicamento, podem surgir novas reações adversas que até então não haviam sido observadas ou descritas

1 VITOR, Ricardo Sozo *et al.* Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 737-743, abr. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2020.

2 Cf. CALIXTO, João B.; SIQUEIRA JUNIOR, Jarbas M. Desenvolvimento de medicamentos no Brasil: desafios. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 78, n. 1, 2008.

3 ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 4, de 10 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre as normas de farmacovigilância para os detentores de registro de medicamentos de uso humano. **Diário Oficial da União**, Brasil, Seção 1, n. 29, p. 42 *et seq.* 2009.

durante o período inicial de pesquisa. Um fato que pode explicar o aparecimento de novas reações é o uso ampliado na população, bem mais abrangente do que o uso durante a pesquisa clínica inicial, quando se testa apenas um determinado número de indivíduos sob situação controlada.⁴ Isso reforça o fato de que indivíduos diferentes reagem de maneiras diferentes ao mesmo medicamento, denominado efeito idiossincrático. Desta maneira, mesmo após extensamente estudado e disponibilizado para fabricação, faz-se necessário o monitoramento contínuo pós-comercialização dos medicamentos, principal atividade da Farmacovigilância.⁵

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a Farmacovigilância como “a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos”.⁶ De maneira prática, a Farmacovigilância é um conjunto de procedimentos voltados à detecção, registro e avaliação de reações adversas a medicamentos, de modo a verificar se o perfil de segurança previsto está sendo cumprido no decorrer do tempo, após a introdução do medicamento no mercado.⁷

Histórico da farmacovigilância no Brasil e no mundo

A indústria farmacêutica surgiu no final do século XIX e início do século XX. Historicamente, em 1848 foi descrito a ocorrência de fibrilação ventricular pelo uso de clorofórmio como anestésico, que ocasionou o óbito de uma jovem de 15 anos de idade. A partir daí, em 1893 foram realizados trabalhos com o intuito de pesquisar a respeito do uso de clorofórmio e seus efeitos nos indivíduos. Na época, este marco

4 Cf. CALIXTO, João B.; SIQUEIRA JUNIOR, Jarbas M. Desenvolvimento de medicamentos no Brasil... *Op. cit.*

5 DELUCIA, Roberto; PLANETA, Cleopatra S.; LEPSCH, Lucilia. Farmacoterapêutica. Desenvolvimento de Fármacos. In: **Farmacologia Integrada**. Uso Racional de Medicamentos. DELUCIA, Roberto (org.). São Paulo: Clube de Autores, 2014, p. 77.

6 Cf. *World Health Organization (WHO). The Importance of Pharmacovigilance: Safety Monitoring of Medicinal Products' World Health Organization*, p. 1-48, 2002. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a75646.pdf>>.

7 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Glossário de farmacovigilância**. Disponível em: ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Glossário de farmacovigilância. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/2894051/Gloss%C3%A1rio+da+Resolu%C3%A7%C3%A3o+RDC+n%C2%BA+4%2C+de+10+de+fevereiro+de+2009/61110af5-1749-47b4-9d81-ea5c6c1f322a>> Acesso em: 08 mar. 2021.

foi importante, em um cenário histórico onde não se tinha controle sobre segurança de medicamentos.⁸

O primeiro registro do desenvolvimento de uma atividade de Farmacovigilância no mundo ocorreu em 1906, quando o Food and Drug Administration (FDA) órgão regulador americano, então denominado “Órgão Regulador de Medicamentos”, aprovou uma legislação que determinava que os medicamentos fossem “puros e livres de contaminação”, não havendo ainda abordagem quanto à eficácia.⁹

Evoluindo na linha do tempo, em 1910 foi anunciada a cura da sífilis, pelo bacteriologista alemão Paul Ehrlich. O medicamento recebeu o nome de “Salvarsan 606”, assim chamado pela descoberta a partir do 606º experimento realizado por Ehrlich. O medicamento foi visto por todos como uma “pílula mágica”, uma vez que a sífilis estava em plena transmissão e era urgente a necessidade de se instituir um tratamento. “Salvarsan 606” demonstrou ser eficaz no início, porém continha arsênico em sua composição.¹⁰ A descoberta foi um grande achado para a época, rendendo o prêmio Nobel a Paul Ehrlich, entretanto, hoje sabemos que o arsênico é um metalóide, praticamente insípido e inodoro, e que possui alto potencial tóxico.

Em 1937, cerca de 100 crianças vieram a óbito devido ao uso de xarope de sulfanilamida diluído em dietilenoglicol (DEG). A sulfanilamida era utilizada para tratar infecções estreptocócicas e como a maioria dos pacientes eram crianças, a indústria da época, que já produzia o medicamento em comprimidos, quis produzir um xarope, que seria a forma farmacêutica mais adequada a esta população. A indústria verificou que a sulfanilamida era insolúvel em água, sendo necessário eleger um solvente mais adequado. Em suas pesquisas, o químico Harold Watkins, verificou que a sulfanilamida era solúvel em DEG, tendo a vantagem de apresentar sabor adocicado. A partir daí,

8 Cf. VARALLO, Fabiana Rossi; MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho. **Farmacovigilância: da teoria à prática**. São Paulo: Editora Unesp, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/113722/ISBN9788539304158.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

9 Cf. CALIXTO, João B.; SIQUEIRA JUNIOR, Jarbas M. Desenvolvimento de medicamentos no Brasil... *Op. cit.*

10 Cf. AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle Syphilis: diagnosis, treatment and control. **An. Bras. Dermatol.**, v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02>>. Acesso em: 06 mar. 2021; ROS-VIVANCOS, Cristina *et al.* *Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia*. **Revista Española de Quimioterapia**, v. 31, n. 6, p. 485, 2018.

iniciou-se a produção do xarope, contendo 10% de sulfanilamida e 72% de DEG, chamado de “elixir de sulfanilamida”.¹¹ Até então, não eram necessários estudos de segurança ou toxicidade para se disponibilizar um medicamento no mercado. O resultado foi que, com cerca de um mês de liberação do medicamento, descobriram que o elixir estava causando a morte das crianças tratadas. A indústria solicitou então a retirada do produto do mercado, sem dar maiores esclarecimentos, mas como o processo de comunicação da época era lento, conseguiram recuperar apenas parte do quantitativo produzido. Harold Watkins, sofrendo com a morte das crianças, cometeu suicídio.¹²

Somente em 1952, foi publicado o primeiro livro sobre efeitos adversos, o *Meyler's Side Effects of Drugs*, da editora Elsevier, tratando sobre reações adversas e interações medicamentosas, sendo uma fonte terciária muito bem fundamentada, abordando mecanismos e descrições clínicas de efeitos adversos a medicamentos.¹³ O livro atualmente tornou-se uma enciclopédia internacional, composta de 7 volumes e lançou a 6ª edição em 2015.¹⁴

Depois de diversos incidentes com medicamentos, em 1960, o FDA iniciou a coleta de notificações de reações adversas. No mesmo ano, foi implementado o Boston Drug Surveillance, primeiro programa hospitalar para monitoramento de medicamentos, financiado pelo FDA, para avaliar e quantificar os potenciais efeitos adversos dos medicamentos prescritos.¹⁵

Considerado como um dos principais marcos para o desenvolvimento da farmacovigilância, o uso de talidomida por

11 Cf. GEILING, E. M. K.; CANNON, Paul R. *Pathologic effects of elixir of sulfanilamide (diethylene glycol) poisoning: a clinical and experimental correlation*. **Journal of the American Medical Association**, v. 111, n. 10, p. 919-926, 1938.

12 Cf. GANDOLFI, Eliane; ANDRADE, Maria da Graça Garcia. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1056-1064, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Ago. 2020.; MENDES, MP *et al.* História da farmacovigilância no Brasil. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 89, n. 3, p. 246-251, 2008.

13 Cf. ARONSON, Jeffrey K. *Meyler's side effects of drugs: the international encyclopedia of adverse drug reactions and interactions*. Elsevier Science, 2015.

14 ARONSON, Jeffrey K; DERRY, Sheena; LOKE, Yoon K. *Adverse drug reactions: keeping up to date*. **Fundamental & clinical pharmacology**, v. 16, n. 1, p. 49-56, 2002.

15 Cf. MILLER, Russell R. *Drug Surveillance Utilizing Epidemiologic Methods a Report from the Boston Collaborative Drug Surveillance Program*. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 30, n. 7, p. 584-592, 1973.

gestantes foi visto como uma grande tragédia. Em 1961, Willian McBride, um médico australiano e especialista em obstetrícia, relatou o aumento na malformação fetal chamada de focomelia, associada ao uso de talidomida durante a gravidez. Simultaneamente, o médico alemão Widukind Lenz conseguiu estabelecer a correlação entre o uso da talidomida durante a gravidez e o nascimento de crianças com malformações, devido ao crescente número de casos na Alemanha, onde o medicamento era disponibilizado livre de prescrição médica.¹⁶

A talidomida foi descoberta inicialmente no ano de 1953, na Alemanha, por Wilhelm Kunnz. Foi lançado no mercado em 1956, indicado como antigripal. Foram descritas as suas ações por Herbert Keller em 1957 como depressora do sistema nervoso, sendo sedativa e hipnótica. Foi introduzida no mercado com indicação contra irritabilidade, insônia, enjoos da gestante, entre outros. Por ser indicado para diversas condições, o medicamento foi considerado praticamente um “cura-tudo”, de modo que era vendido até mesmo livre de prescrição. A partir daí, a talidomida passou a ser fabricada e vendida em larga escala em todo o mundo, mesmo com a falta de conhecimento e risco de neuropatia periférica relatado por pacientes.¹⁷

Os estudos realizados pela indústria, prévios a liberação da talidomida para o mercado, não incluíam testes de teratogenicidade, por isso esse efeito não foi descrito. Então, a partir de 1956, começaram a observar o nascimento de crianças com malformações congênitas, associadas ao uso de talidomida. Mesmo assim, somente em 1961, foi formalizada por Lenz e McBride o potencial teratogênico, evoluindo para a retirada do mercado da Alemanha, Inglaterra e posteriormente de outros países. Apesar de ter resultado no nascimento de milhares de crianças com anomalias, a catástrofe da talidomida contribuiu na evolução dos estudos em efeitos teratogênicos e no controle na prescrição de medicamentos, principalmente na gestação.¹⁸

16 MCBRIDE, William G. *Thalidomide and congenital abnormalities*. **Lancet**, v. 2, n. 1358, p. 90927-8, 1961; *Idem*. *Thalidomide embryopathy*. **Teratology**, v. 16, n. 1, p. 79-82, 1977.

17 Cf. MORO, A; INVERNIZZI, N. A tragédia da talidomida: a luta pelos direitos das vítimas e por melhor regulação de medicamentos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 603-622, Set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702017000300603&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Ago. 2020.

18 Cf. VARALLO, Fabiana Rossi; MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho. **Farmacovigilância... Op. cit.**

A partir de 1962, o FDA passou a exigir estudos não clínicos e clínicos mais rigorosos das indústrias farmacêuticas. Em 1968, a Assembleia Mundial da Saúde, órgão decisório da OMS, reconheceu ser grave o problema de segurança dos medicamentos e criou a Resolução nº 2051 estabelecendo o Sistema Internacional de Monitorização de Reações Adversas a Medicamentos, com a participação de cerca de 10 países. Iniciaram-se trabalhos de monitoramento dirigidos pela OMS, tendo a participação de médicos, farmacêuticos, estatísticos, analistas de sistemas e administradores, na coleta de dados de farmacovigilância.¹⁹

No Brasil a primeira publicação sobre farmacovigilância foi feita no ano de 1970, com a divulgação do livro “Doenças Iatrogênicas” pelo professor Lacaz, iniciando assim uma série de treinamentos e cursos na área.²⁰ Neste mesmo ano, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em Santiago no Chile, formou o primeiro grupo de farmacêuticos clínicos que tiveram contato como programa Boston Drug Surveillance. Com a colaboração de pesquisadores chilenos e espanhóis da área que vieram ao Brasil, foram desenvolvidos diversos trabalhos hospitalares com foco nas reações adversas.²¹

Até os primeiros anos da década de 70, a vigilância sanitária não tinha destaque no cenário de saúde do Brasil, sendo representada pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia desde 1957. Somente em 1976, foi criada no país a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) pelo Decreto nº 79.056, advindo da reestruturação do Ministério da Saúde (MS). No mesmo ano, foi promulgada a Lei nº 6360, que foi um marco na regulação das atividades que envolvem produtos sob controle sanitário, incluindo os medicamentos. Nesta legislação há a preocupação com o produto, normatizando a necessidade de eficácia, qualidade e segurança.²²

19 Cf. MOTA, Daniel Marques; VIGO, Álvaro; KUCHENBECKER, Ricardo de Souza. Reações adversas a medicamentos no sistema de farmacovigilância do Brasil, 2008 a 2013: estudo descritivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n8/e00148818/pt>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

20 Cf. DA SILVA LACAZ, Carlos; CORBETT, Charles Edward; TEIXEIRA, Paulo Adolpho. **Doenças iatrogênicas**. São Paulo: Sarvier, 1970.

21 CASTRO, Lia Lusitana Cardozo de. Farmacoepidemiologia no Brasil: evolução e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 405-410, 1999.

22 Cf. COSTA, Ediná Alves; ROZENFELD, Suely. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 15-40, 2000.

Em 1978, o Centro de Farmacovigilância da OMS foi deslocado para Uppsala, na Suécia. Atualmente, mais de 130 países são membros associados a este centro. A responsabilidade é da OMS, porém a Suécia dispõe os recursos ao Centro de Farmacovigilância para custeio e execução dos trabalhos. Atualmente, o Brasil é membro oficial do “Programa Internacional de Monitorização de Medicamentos”, coordenado pelo The Uppsala Monitoring Centre.²³

Na década de 80, as autoridades de saúde da Inglaterra verificaram que a ocorrência de Síndrome de Reye poderia estar sendo causada em crianças pelo consumo de ácido acetil salicílico, evoluindo para danos cerebrais graves e óbito.²⁴ Foi lançada uma recomendação de alteração do padrão de consumo, alertando quanto ao uso do medicamento em crianças, essa ação resultou na redução dos casos de Síndrome de Reye no Reino Unido. No Brasil, nas décadas de 80 e 90, a consciência sobre farmacovigilância foi tomando força.

Nos anos 90, foram surgindo várias Centrais de Informação de Medicamentos (CIM) principalmente em hospitais, para prestar apoio aos profissionais, sendo importantes para o progresso da farmacovigilância e da farmacoepidemiologia no Brasil. A disciplina de farmacovigilância foi inserida nos cursos de graduação e pós-graduação e diversos trabalhos foram elaborados na área, contribuindo para demonstrar sua relevância. Em 1995, em Buenos Aires, Argentina, houve a primeira Reunião para Elaboração de Estratégias para Implementação de Sistemas de Farmacovigilância na América Latina, com apoio da OMS e OPAS, tendo como participante o Brasil.²⁵ Após esta reunião, as ações do Ministério da Saúde iniciaram-se com um projeto de implantação de um Sistema de Notificação Voluntária de Reações Adversas a Medicamentos que, entretanto, não seguiu adiante. Alguns Estados como Ceará, Paraná e São Paulo iniciaram, por iniciativa própria, implementando ações locais pioneiras de notificação.²⁶

23 Cf. MENDES, MP *et al.* História da farmacovigilância no Brasil... *Op. cit.*; Cf. MOTA, D. M.; VIGO, A.; KUCHENBECKER, RS. Evolução e elementos-chave do sistema de farmacovigilância do Brasil: uma revisão de escopo a partir da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018; Uppsala Monitoring Centre. Members of the WHO Programme. <<https://www.who-umc.org/global-pharmacovigilance/members/2020>>. Acesso em: 13 Ago. 2020.

24 DEBESA GARCÍA, Francisco. *Ácido acetil salicílico y síndrome de Reye*. **Revista Cubana de Farmacia**, v. 32, n. 2, p. 140-142, 1998.

25 Cf. MENDES, MP *et al.* História da farmacovigilância no Brasil... *Op. cit.*

26 Cf. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Termo de Referência para Reunião**

As atividades regulatórias de farmacovigilância foram verdadeiramente estruturadas no país a partir da fundação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em janeiro de 1999, sendo criada neste mesmo ano a Gerência de Farmacovigilância (GFARM), no âmbito da Gerência Geral de Medicamentos da ANVISA. Na década de 90, tivemos também aprovação da Política Nacional de Medicamentos, constituindo-se como um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.²⁷

O surgimento da International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH) em 1990 foi extremamente importante e representa um grande progresso para uniformizar procedimentos de controle e registro. O ICH é uma instância de atuação internacional, que reúne autoridades regulatórias dos países membros e a indústria farmacêutica, com o intuito de discutir aspectos científicos e técnicos dos produtos farmacêuticos e estabelecer diretrizes de consenso. O ICH tem como principal missão estabelecer a harmonização mundial para o desenvolvimento de medicamentos seguros, eficazes e de alta qualidade, atendendo a altos padrões e considerando critérios de farmacoeconomia como ferramenta de gestão de recursos.²⁸ O ICH divulga periodicamente guias de harmonização que tratam da toxicidade e segurança de medicamentos e tem sede estabelecida na Suíça.

Neste contexto histórico, o desenvolvimento ao longo dos anos culminou, no Brasil, com a implementação do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SINAF), que favoreceu o acúmulo de material bibliográfico necessário ao provimento do Centro Nacional de Farmacovigilância (CNFV).²⁹ A instituição desse centro é um item exigido para a adesão ao Programa Internacional de Monitoramento de Medicamentos da OMS, The Uppsala Monitoring Centre, sendo o Brasil

do Grupo de Trabalho: Interface Entre Atenção Farmacêutica e Farmacovigilância. Brasília, OPAS, 2002.

27 Cf. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Termo de Referência para Reunião do Grupo de Trabalho...** *Op. cit.*

28 Cf. ICH. **International Conference for Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use.** Disponível em: <<https://www.ich.org/>> Acesso em: 19 jul. 2020.

29 Cf. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Termo de Referência para Reunião do Grupo de Trabalho...** *Op. cit.*

contemplado como membro oficial em 2001.³⁰ A importância disso advém da disponibilidade de dados internacionais de Reações Adversas a Medicamentos (RAMS), uma vez que o The Uppsala Monitoring Centre presta apoio a todos os centros nacionais de farmacovigilância associados, o que favorece o bom desempenho em farmacovigilância nos países membros. A Portaria nº 696/MS criou o Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos (CNMM) em 2001, sediado na área de Farmacovigilância da ANVISA, tendo por finalidade a notificação, registro e avaliação das reações adversas dos medicamentos registrados pelo Ministério da Saúde.³¹

O projeto “Hospitais Sentinela”, criado em 2002 pela ANVISA, proporcionou o incremento do SINAF, de modo a captar maior número de informações sobre segurança de medicamentos. Atualmente, o projeto é intitulado como “Rede Sentinela” e possui cerca de 263 estabelecimentos de saúde vinculados. Esta ação resultou em um enorme incremento nas notificações espontâneas de RAMs, sendo a maior parte proveniente da “Rede Sentinela”.³²

Em 2003, a OMS implementou a farmacovigilância de plantas medicinais e fitoterápicos, através da divulgação das diretrizes de monitorização e farmacovigilância de plantas medicinais. Foram incluídas as plantas medicinais e medicina complementar ao Sistema Internacional de Farmacovigilância, de modo a fortalecer o sistema de notificações e principalmente conscientizar sobre os riscos envolvidos, uma vez que culturalmente tem-se a impressão de inocuidade destes medicamentos.³³ No Brasil, em 2006, foi publicada a Política Nacional

30 Cf. Uppsala Monitoring Centre. *Members of the WHO Programme...* *Op. cit.*; Cf. ICH. **International Conference for Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use...** *Op. cit.*

31 Cf. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Termo de Referência para Reunião do Grupo de Trabalho...** *Op. cit.*

32 Cf. CARMO, E. H. Monitoramento e gestão de risco sanitário: os desafios do SNVS para o usuário que é sujeito, cidadão e cliente. **15º Encontro da Rede Sentinela – Fórum Internacional de Gestão do Risco Sanitário.** Ipojuca: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2015; MODESTO, Ana Carolina Figueiredo *et al.* Reações Adversas a Medicamentos e Farmacovigilância: Conhecimentos e Condutas de Profissionais de Saúde de um Hospital da Rede Sentinela. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 401-410, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000300401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Ago. 2020; Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Termo de Referência para Reunião do Grupo de Trabalho...** *Op. cit.*

33 Cf. LEAL, L. R. *et al.* **Farmacovigilância de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil: uma breve revisão.** 2015; *World Health Organization (WHO). Guidelines on good agricultural*

de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, de modo a estimular o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

Em setembro de 2004, o Rofecoxib, medicamento anti-inflamatório, foi retirado do mercado, por causar eventos adversos como o aumento do risco cardiológico.³⁴ Em 2005, foram implementados novos formulários de notificação, sendo o Comunicado de Evento Adverso feito por Usuário de Medicamentos (Sisfarmaco) e o Sistema de Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas Relacionados a Produtos de Saúde (SINEPS), direcionado a “Rede Sentinela”. Na mesma época, em São Paulo, a ANVISA implantou o projeto “Farmácias Notificadoras”, sendo posteriormente ampliado a outros Estados.³⁵

A idealização de um sistema informatizado se fez necessário, como forma de controle por parte da ANVISA das notificações. Deste modo, em 2008 foi criado o sistema Notivisa, em substituição ao SINEPS.³⁶ A ferramenta proporcionou o recebimento de notificações em formulário informatizado padrão, de modo a facilitar a comunicação de danos à saúde de pacientes, provocados pelo uso de medicamentos (imunobiológicos, farmoquímicos, fitoterápicos). A ANVISA publicou, também em 2008, as Diretrizes para o Gerenciamento de Risco em Farmacovigilância, que conciliou processos de trabalho e conceitos sobre gerenciamento de risco em farmacovigilância, abrangendo o âmbito federal, estadual e municipal.³⁷

and collection practices (GACP) for Medicinal plants, Geneva, WHO, p. 78, 2003.

34 SCHEEN, A. J. *Retrait du rofecoxib (Vioxx): à propos de la sécurité cardiovasculaire des anti-inflammatoires non stéroïdiens cox-2 sélectifs [Withdrawal of rofecoxib (Vioxx): what about cardiovascular safety of COX-2 selective non-steroidal anti-inflammatory drugs?]*. *Revue Medicale de Liege*, v. 59, n. 10, p. 565-569, 2004.

35 Cf. MOTA, D.M.; VIGO, A; KUCHENBECKER, RS. Evolução e elementos-chave do sistema de farmacovigilância do Brasil... *Op. cit.*; Cf. *Idem*, Reações adversas a medicamentos no sistema de farmacovigilância do Brasil, 2008 a 2013... *Op. cit.*

36 Cf. MOTA, D.M.; VIGO, A; KUCHENBECKER, RS. Evolução e elementos-chave do sistema de farmacovigilância do Brasil... *Op. cit.*; ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Notivisa**: sistema de notificações em vigilância sanitária. Brasília, ANVISA. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/notivisa/sobre>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

37 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretrizes para o Gerenciamento do Risco em Farmacovigilância. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/2893724/Diretrizes+para+o+Gerenciamento+do+Risco+em+Farmacovigil%C3%A2ncia/c24b0770-edb4-4367-944d-6f4994c56bd1>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

Em 2009, a Resolução nº 4 determinou que os detentores de registro de medicamentos (DRM) realizassem ações de farmacovigilância, estabelecendo a implantação de uma estrutura mínima para monitoramento de eventos adversos a medicamentos nas indústrias farmacêuticas, a realização de inspeções periódicas das atividades de farmacovigilância, contendo prazos e obrigações a serem cumpridos pelos DRM.³⁸ Adicionalmente, em 2013, foi publicada a Resolução nº 36, que estabelece as ações voltadas para a segurança do paciente em serviços de saúde, tornando a notificação compulsória em até 72 horas, em casos de óbitos supostamente ligados a eventos adversos.³⁹

No final de 2016, a ANVISA passou a fazer parte do ICH, tendo um prazo de até 5 anos para se adaptar e se integrar às normas deste conselho internacional. O ICH realiza recomendações para alcançar uma maior harmonização na interpretação e aplicação das diretrizes técnicas e requisitos ligados à produção e ao registro de medicamentos, incluindo normas e recomendações em farmacovigilância.⁴⁰

No início de 2020, devido a necessidade de modernização, o sistema nacional de notificação foi novamente atualizado, sendo estabelecido pela ANVISA a substituição gradativa do Notivisa pelo Vigimed, de modo a migrarem as notificações de eventos adversos a medicamentos para este novo sistema. Inicialmente, os notificadores profissionais de saúde passaram a utilizar em 2020 o Vigimed para notificações referentes a medicamentos e vacinas, sendo que as indústrias farmacêuticas permanecerão notificando e realizando acompanhamentos pelo Notivisa até o ano de 2021. O Vigimed foi moldado e construído a partir do sistema utilizado pelo Centro de Farmacovigilância da OMS, em Uppsala, Suécia.⁴¹ A substituição do Notivisa pelo Vigimed remete à necessidade de harmonização

38 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 4, de 10 de fevereiro de 2009... *Op. cit.*

39 ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, ano 143, p. 32 *et seq.*, 2013.

40 Cf. ICH. *International Conference for Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use... Op. cit.*

41 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **VigiMed**. Brasília: ANVISA. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/vigimed>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

da farmacovigilância brasileira ao ICH, uma vez que, a partir da participação do Brasil como membro deste conselho, o prazo de adequação se encerra em 2021, de modo a integrar os sistemas de comunicação de eventos adversos.

Em julho de 2020, foi publicada a Resolução nº 406, que trata das Boas Práticas de Farmacovigilância, em conjunto com a Instrução Normativa nº 63/2020 que dispõe sobre o Relatório Periódico de Avaliação Benefício-Risco (RPBR) a ser elaborado pelo DRM.⁴² Estas legislações formalizam o marco regulatório em Farmacovigilância e a internalização dos guias da ICH. A resolução traz alterações importantes na legislação, no que diz respeito às responsabilidades em Farmacovigilância do DRM, prazos para notificações de eventos adversos, auto inspeção em farmacovigilância, questões estruturais e operacionais do sistema de Farmacovigilância do DRM, relatórios periódicos a serem gerados, entre outros.

Deste modo, observa-se que a evolução da farmacovigilância no Brasil e no mundo, decorreram a partir da notificação de eventos trágicos, sendo em nosso país a evolução mais lenta, quando comparado ao restante do mundo.

Eventos adversos e reações adversas a medicamentos (RAMs)

Segundo a ANVISA, evento adverso é: “qualquer ocorrência médica desfavorável que pode se desenvolver durante o tratamento com um medicamento, mas que não possui, necessariamente, relação causal com esse tratamento”.⁴³ O termo “Evento Adverso” é o mais adequado a ser utilizado quando se fala de qualquer ocorrência hostil ou em desconformidade.

Conforme a Resolução nº 4, os eventos adversos são classificados como:

- 1 - Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos (RAMs);
- 2 - Eventos Adversos por desvios da qualidade de medicamentos;

42 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 406, de 22 de julho de 2020. *Diário Oficial da União*. Brasília: ANVISA. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-406-de-22-de-julho-de-2020-269155491>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

43 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O que é Farmacovigilância? Brasília: ANVISA. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/saiba-mais>>. Acesso em: 09 mar. 2021.

- 3 - Eventos Adversos decorrentes do uso não aprovado de medicamentos;
- 4 - Interações medicamentosas;
- 5 - Inefetividade terapêutica, total ou parcial;
- 6 - Intoxicações relacionadas a medicamentos;
- 7 - Uso abusivo de medicamentos;
- 8 - Erros de medicação, potenciais e reais.⁴⁴

Desta classificação, as RAMs são as mais comuns, e ganham destaque devido a prevalência mundial.

A OMS define RAMs como “qualquer efeito nocivo, não intencional e indesejado de um medicamento, observado em doses terapêuticas habituais em seres humanos para fins de tratamento, profilaxia, diagnósticos ou com objetivo de modificar uma função biológica”.⁴⁵

Geralmente as RAMs são divididas em 2 tipos principais:

Tipo A ou 1: são reações previstas dentro da ação farmacológica, descritas na documentação regulatória do medicamento, pela indústria que o produz. As RAMs tipo A são geralmente dose dependentes e apresentam baixa mortalidade e alta morbidade. A maioria das reações adversas que ocorrem são as do tipo A, sendo mais facilmente detectáveis.

Tipo B ou 2: são reações consideradas incomuns, imprevisíveis, não possuem relação com a dose e são geralmente mais graves. Ao observar uma RAM tipo 2, recomenda-se a suspensão imediata do medicamento, pois podem incluir neste tipo as reações de hipersensibilidade e reações idiossincráticas. As RAMs tipo B são dificilmente previsíveis, sendo constantemente estudadas pela farmacoe epidemiologia.

Temos ainda outras categorias de RAMs como a do tipo C, que está diretamente ligada à dose e tempo de uso; do tipo D, que considera o tempo de uso e só ocorre após longa utilização; do tipo E

44 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 4, de 10 de fevereiro de 2009... *Op. cit.*

45 Cf. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. A importância da Farmacovigilância.** Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

que é uma reação de abstinência ao término do uso; do tipo F que é ligada à falha da terapia relacionada à dose e constantemente causado por interação de medicamentos.⁴⁶

As RAMs são consideradas como raras quando ocorrem na frequência de 1 caso para cada 1000 ou de 1 caso para cada 10.000 indivíduos tratados. Elas podem ser classificadas quanto à frequência, conforme o preconizado pelo Uppsala Monitoring Centre.⁴⁷ Desta forma, as RAMs podem ser do tipo muito comum, comum (frequente), incomum (infrequente), rara e muito rara, considerando a Tabela 1.

Tabela 1: Classificação das Reações adversas de acordo com a frequência		
Muito comum*	> 1/10	> 10%
Comum (frequente)	> 1/100 e < 1/10	> 1% e < 10%
Incomum (infrequente)	> 1/1.000 e < 1/100	> 0.1% e < 1%
Rara	> 1/10.000 e < 1/1.000	> 0.01% e < 0.1%
Muito Rara*	< 1/10.000	< 0.01%

Fonte: Uppsala Monitoring Centre.⁴⁸

A farmacovigilância tem maior interesse nas reações graves, que são reações que desenvolvem risco de morte ou que resultem em morte, hospitalização ou prolongamento da hospitalização, incapacidade permanente ou significativa, anormalidade congênita e efeito clinicamente significativo. Geralmente estas reações não são descritas ou são pouco conhecidas. No entanto, todas as suspeitas de RAMs, graves ou não, podem ser notificadas.⁴⁹

Objetivos da Farmacovigilância

Os objetivos da farmacovigilância estão em constantemente expansão, pois a cada dia aumenta o consumo de medicamentos

46 Cf. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos...** *Op. cit.*; ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guias de farmacovigilância para detentores de registro de medicamentos.** Brasília: ANVISA, 2010, p. 1–156. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/2894051/Guias+de+Farmacovigil%C3%A2ncia+para+Detentores+de+Registro+de+Medicamentos+-+documento+completo/f3fc06a5-97e6-4bbc-848d-750bcefb99e0>>. Acesso em: 09 mar. 2021.

47 Cf. MENDES, M. P. *et al.* História da farmacovigilância no Brasil... *Op. cit.*

48 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guias de farmacovigilância para detentores de registro de medicamentos...** *Op. cit.*; As categorias que contém asterisco * são opcionais de classificação.

49 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretrizes para o Gerenciamento do Risco em Farmacovigilância...** *Op. cit.*

no mundo, conseqüentemente o risco de aparecimento de RAMs é teoricamente aumentado. Isso reflete uma maior preocupação com a questão do uso dos medicamentos na população em geral.

São objetivos principais:

- Identificação de RAMs ou interações desconhecidas;
- Detecção do aumento de frequência de RAMs conhecidas;
- Determinar fatores que predispõem ao aparecimento de RAMs e mecanismos envolvidos;
- Análise dos aspectos quantitativos das RAMs;
- Criação de programas de formação e informações sobre RAMs dirigidos a todos os profissionais de saúde;
- Promoção da análise do equilíbrio entre benefício e risco dos medicamentos comercializados.⁵⁰

Ademais, são também questões importantes para a farmacovigilância:

- Desvios da qualidade de produtos farmacêuticos;
- Erros de administração de medicamento;
- Perda da eficácia;
- Uso *off label*, ou seja, uso em indicações não aprovadas que não possuem base científica adequada;
- Notificação de casos de intoxicação aguda ou crônica por produtos farmacêuticos;
- Avaliação de mortalidade;
- Abuso e mau uso de produtos;
- Interações que causam efeitos adversos, entre fármacos com substâncias químicas, outros fármacos e alimentos.⁵¹

São causas das RAMs:

- Fatores ligados à genética, dieta do paciente, tradição e cultura das pessoas;
- Alterações no padrão de consumo de medicamentos ao longo do tempo;
- Processos de produção que podem impactar na qualidade e na constituição dos medicamentos;

50 Cf. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. **A importância da Farmacovigilância...** *Op. cit.*

51 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução N° 4, de 10 de fevereiro de 2009... *Op. cit.*

- Processos de distribuição, dispensação e uso do medicamento, abrangendo indicações, dose e disponibilidade;
- Uso de vários medicamentos concomitantemente (polifarmácia), uso de terapias complementares com plantas medicinais, que podem gerar interações quando usados combinados com outros medicamentos;
- Interação entre veículo de um medicamento e fármaco de outro.⁵²

As RAMs têm diversas causas, dentre elas podem ocorrer RAMs devido a desvios da qualidade. Desvio da qualidade é qualquer afastamento dos critérios determinados para a qualidade do produto ou do seu processo. Diversos desvios podem ser nocivos ao paciente, entretanto alguns podem não causar dano algum.⁵³

Exemplos de desvios da qualidade são:

- Problemas na identificação do medicamento ou descaracterização do rótulo;
- Alterações organolépticas do medicamento (cor, odor, sabor);
- Alterações na estrutura da forma farmacêutica (comprimidos rompidos, com rachaduras ou umedecidos, esfarelamento, deterioração, precipitação de ativos que deveriam estar em suspensão, partículas estranhas);
- Problemas na embalagem e/ou no medicamento (estufamento ou infiltrações de embalagem primária, ruptura de lacre, ampolas quebradas e outros).⁵⁴

Outro ponto a ser considerado é o uso não aprovado, também conhecido como *off label* de medicamentos. Segundo definição, uso *off label* é aquele cuja indicação do profissional prescritor é diferente do que consta na bula divulgada pelo DRM.⁵⁵ A notificação de uso *off*

52 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guias de farmacovigilância para detentores de registro de medicamentos...** *Op. cit.*; Cf. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. **A importância da Farmacovigilância...** *Op. cit.*

53 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 4, de 10 de fevereiro de 2009... *Op. cit.*; Cf. MOTA, D.M. Investigação em farmacoepidemiologia de campo: uma proposta para as ações de farmacovigilância no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 4, p. 565-579, 2011.

54 Cf. VARALLO, F. R. et al.; *Causes for the underreporting of adverse drug events by health professionals: a systematic review*. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 739-747, ago. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/0080-6234-reeusp-48-04-739.pdf>>. Aces-so em: 09 mar. 2021.

55 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Como a Anvisa vê o uso off label de medicamentos**. Brasília: ANVISA. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/en_US/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_

label é importante, pois proporciona à farmacovigilância determinar previsões de novas indicações para um mesmo medicamento, até então não descrito na documentação do registro do produto. Outrossim, o uso *off label* de um medicamento é feito por conta e risco do médico que o prescreve, especificamente para um paciente que o médico acredita ser favorecido pela terapia extraordinária. Um medicamento de uso *off label* no Brasil pode ser de uso aprovado em outro país. Sendo assim, o uso *off label* pode variar de acordo com o país de registro do medicamento, a notificação desse uso fornece subsídios à ANVISA para liberação ou não de uma indicação de determinado medicamento, baseando-se previamente em pesquisas clínicas em seres humanos.

Interações medicamentosas e Inefetividade terapêutica

Uma interação ocorre quando os efeitos de um fármaco são modificados pela presença de outro fármaco, alimento, líquido ou por algum agente químico do ambiente. O resultado pode ser prejudicial se a interação provoca aumento da toxicidade do medicamento, além disso, as interações podem causar diminuição da eficácia dos medicamentos, ou ainda, trazer benefícios ou não prejuízos.⁵⁶

As interações podem ser causadas por incompatibilidade farmacêutica, reações físico-químicas, incompatibilidades farmacotécnicas, entre outras. Além disso, podemos classificar as interações como sendo farmacocinéticas ou farmacodinâmicas. As interações farmacocinéticas podem afetar o modo de absorção das drogas, sua distribuição, metabolização e excreção. Já nas interações farmacodinâmicas, os efeitos de um medicamento são alterados pela presença de outro em seu local de ação, podendo haver competição

http://antigo.anvisa.gov.br/US/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=352702&_101_type=content&_101_groupId=33836&_101_urlTitle=como-a-anvisa-ve-o-uso-off-label-de-medicamentos&re_direct=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fen_US%2Fresultado-de-busca%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-1%26p_p_col_count%3D1%26_3_advancedSearch%3Dfalse%26_3_groupId%3D0%26_3_keywords%3DSemi%25C3%25A1rio%2Bvolta%2Ba%2Bdiscutir%26_3_assetCategoryIds%3D34506%26_3_delta%3D20%26_3_resetCur%3Dfalse%26_3_cur%3D6%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26_3_format%3D%26_3_andOperator%3Dtrue%26_3_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true. Acesso em: 09 mar. 2021.

56 Cf. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. **A importância da Farmacovigilância...** *Op. cit.*

por um receptor específico de ligação, entre outros. As interações medicamentosas devem ser notificadas pois são eventos adversos previstos em farmacovigilância.⁵⁷

De modo geral, as interações podem promover a inefetividade terapêutica. A inefetividade é a ausência ou a redução da resposta terapêutica esperada de um medicamento, comparada às condições de uso prescritas ou indicadas na documentação do medicamento. A inefetividade terapêutica pode também apontar uma possível resistência de microrganismos, a exemplo dos antibióticos e antivirais, ou até mesmo apontar possível dependência de medicamentos psicoativos. Por se tratar de ausência ou diminuição de efeito incluindo a falta de reação ao medicamento que foi utilizado, é um evento adverso, devendo ser também notificada.⁵⁸

Intoxicações, uso abusivo de medicamentos e erros de medicação

Intoxicação medicamentosa é o efeito nocivo causado pelo uso de medicamentos, acompanhado de desequilíbrio fisiológico, tendo como evidência achados clínicos e bioquímicos da exposição. A intoxicação medicamentosa é classificada como intoxicação exógena, ou seja, intoxicação causada por uma substância externa ao organismo.⁵⁹ A intoxicação medicamentosa pode ser não intencional, quando o indivíduo ingere acidentalmente um medicamento que não deveria utilizar. Este tipo de intoxicação é mais frequente em crianças ou idosos. A intoxicação pode ser também intencional, quando o indivíduo ingere um medicamento na intenção de autolesão ou tentativa de suicídio.

Quando falamos de intoxicação, não podemos deixar de abordar sobre as práticas complementares da fitoterapia e plantas medicinais. A utilização de plantas medicinais é uma prática milenar e até os dias de hoje existe certa negligência por parte dos usuários e profissionais de saúde, no que tange a sua toxicidade, potenciais reações adversas e

interações.⁶⁰ Muitas vezes, a crença popular desenvolvida por alguns define o uso indiscriminado ou abuso, divulgado com frequência entre usuários, na impressão de que não causariam danos. Vale à pena reforçar que a polifarmácia, incluindo estes medicamentos, pode acarretar RAMs ou prejudicar o tratamento da mesma maneira que acontece com os medicamentos convencionais.⁶¹ Por isso, a notificação de suspeitas de eventos adversos ao uso de fitoterápicos e plantas medicinais deve ser estimulada, de modo a incrementar o conhecimento na área e conscientizar sobre os riscos.

É considerada abusiva a utilização indevida, em posologia incorreta, mistura inadequada ou em dose excessiva de um ou mais medicamentos, o que pode ou não refletir em um dano ou lesão do organismo. O abuso de medicamentos pode acarretar dependência, resistência, reações alérgicas, coma, depressão respiratória e até a morte.

Adicionalmente, os erros de medicação são definidos segundo a Anvisa, como “qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado de medicamentos ou prejudicar o paciente, enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor”.⁶² Esses erros podem estar ligados a procedimentos e sistemas operacionais, bem como à prática do profissional na prescrição, na dispensação, no preparo e na administração dos medicamentos. Além disso, estão incluídas nestes erros as falhas nas orientações verbais, rotulagem, embalagem e nomenclatura de produtos industrializados e manipulados, distribuição, administração, educação, monitorização e uso.⁶³

60 Cf. LEAL, L. R. *et al.* **Farmacovigilância de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil...** *Op. cit.*

61 SILVEIRA, Patrícia Fernandes da; BANDEIRA, Mary Anne Medeiros; ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa, v. 18, n. 4, p. 618-626, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2008000400021&lng=en&nrm=iso>.

62 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução Nº 36, de 25 de julho de 2013...** *Op. cit.*; CAMERINI, Flavia Giron; SILVA, Lolita Dopico da. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 41-49, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Ago. 2020.

63 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guias de farmacovigilância para detentores de registro de medicamentos... *Op. cit.*

57 Cf. VARALLO, F. R. *et al.*; *Causes for the underreporting of adverse drug events by health professionals...* *Op. cit.*

58 Cf. *Ibidem*; Cf. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. **A importância da Farmacovigilância...** *Op. cit.*

59 Cf. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. **A importância da Farmacovigilância...** *Op. cit.*

Podemos classificar os erros de medicação como reais e potenciais. São considerados erros de medicação reais, aqueles detectados logo após terem acontecido, por outro lado, os erros de medicação potenciais são os denominados “quase erro”, ou seja, aquele que esteve prestes a acontecer, devido a alguma falha no processo de trabalho da equipe de saúde, sendo descobertos e corrigidos antes de serem administrados os medicamentos ao paciente.⁶⁴

Avaliação de gravidade e causalidade

A análise das notificações de evento adverso é realizada pela ANVISA e pelo DRM tão logo seja recebida. Para tanto, é feita a interpretação da notificação, que deve reunir diversos conhecimentos para que a informação notificada seja bem documentada, avaliada e entendida. Em outras palavras, a interpretação deve indicar, a qualquer momento, o perfil benefício-risco do medicamento.

Neste contexto, alguns elementos devem ser priorizados, tais como, qualidade da notificação, verificação, codificação e classificação do tipo do problema, relevância, identificação de notificações duplicadas, avaliação de causalidade, validação, gravidade, previsibilidade, necessidade de acompanhamento (*follow-up*), detecção de sinal e indicativo para o gerenciamento do risco.⁶⁵

A avaliação de causalidade é a avaliação da probabilidade de que um evento adverso seja realmente consequência do uso do medicamento, quando se refere a um caso individual.⁶⁶ As categorias de causalidade definidas são:

Definida: evento clínico, incluindo-se anormalidades em testes de laboratório, que ocorre em espaço de tempo plausível em relação à administração do medicamento e que não pode ser explicado por doença de base ou por outros medicamentos ou mesmo substâncias químicas. A resposta da suspensão do uso do medicamento (*dechallenge*) deve ser clinicamente plausível. O evento deve ser farmacológica ou fenomenologicamente definitivo, usando-se um procedimento de reintrodução (*rechallenge*) satisfatória, se necessário.

64 Cf. VARALLO, Fabiana Rossi; MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho. *Farmacovigilância... Op. cit.*; Cf. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. *A importância da Farmacovigilância... Op. cit.*

65 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Diretrizes para o Gerenciamento do Risco em Farmacovigilância... Op. cit.*

66 Cf. *Ibidem*.

Provável: evento clínico, incluindo-se anormalidades em testes de laboratório, que se apresenta em período de tempo razoável de administração do medicamento, improvável de ser atribuído a uma doença concomitante ou outros medicamentos ou substâncias químicas, e que apresenta uma resposta clinicamente razoável suspensão do uso do medicamento (*dechallenge*). Informações sobre a reintrodução (*rechallenge*) não são necessárias para completar esta definição.

Possível: evento clínico, incluindo-se anormalidades em testes de laboratório, que se apresenta em período de tempo razoável de administração do medicamento, mas que também pode ser explicado por doença concomitante ou outros medicamentos ou substâncias químicas. Informações sobre a suspensão do uso do medicamento (*dechallenge*) podem estar ausentes ou obscuras.

Improvável: evento clínico, incluindo-se anormalidades em testes de laboratório, que apresenta relação temporal com a administração do medicamento que torna uma relação causal improvável e em que outros medicamentos, substâncias químicas ou doenças subjacentes propiciam explicações plausíveis.

Condicional/Não classificada: evento clínico, incluindo-se anormalidades em testes de laboratório, notificado como sendo uma reação adversa, sobre o qual são necessários mais dados para avaliação adequada ou quando os dados adicionais estão sendo analisados.

Não acessível/Não classificável: Notificação que sugere uma reação adversa que não pode ser avaliada porque as informações são insuficientes ou contraditórias e não pode ser completada ou verificada.⁶⁷

A avaliação de gravidade é importante, tendo em vista que um evento adverso grave pode evoluir em situação clínica pior, acarretar lesões irreversíveis ao paciente e até óbito. Os eventos adversos graves são assim considerados pela farmacovigilância, conforme as situações apresentadas a seguir:

Óbito;

Ameaça à vida: Há risco de morte no momento do evento;

Hospitalização ou prolongamento de hospitalização já existente: necessidade de atendimento hospitalar ou prolongamento da internação. Refere-se a eventos ou reações em decorrência do uso de medicamentos que devem ser tratados em ambiente hospitalar. Estes podem ser a causa

67 Cf. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. *A importância da Farmacovigilância... Op. cit.*

da ida do paciente ao hospital ou podem ocorrer durante o período de observação ou internação, prolongando a permanência do paciente;

Incapacidade significativa ou persistente: é uma interrupção substancial da habilidade de uma pessoa conduzir as funções de sua vida cotidiana normal, supostamente acarretada pelo uso de medicamento;

Anomalia congênita: defeito da constituição de algum órgão ou conjunto de órgãos que determine uma anomalia morfológica estrutural, presente ao nascimento ou não, causado por fatores genéticos, ambientais ou mistos;

Evento clinicamente significativo: é qualquer evento originado do uso de medicamentos que necessitam intervenção médica, a fim de se evitar óbito, risco à vida ou atendimento hospitalar;⁶⁸

A análise de causalidade deve ser realizada pela ANVISA e pelo DRM, bem como a classificação do evento adverso conforme a gravidade. O DRM é comunicado pela ANVISA sobre a notificação do medicamento que ele produz. O fabricante deve também realizar a análise de causalidade e classificação de gravidade, incluindo a investigação de caso, pois é uma responsabilidade do DRM prevista em legislação.⁶⁹

Realizando notificações de Eventos Adversos

O sistema eletrônico Vigimed é atualmente a ferramenta utilizada para notificar casos de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos e vacinas.⁷⁰ Para eventos adversos e queixas técnicas associados ao uso de outros produtos e serviços sob vigilância sanitária continua sendo utilizado, no Brasil, o Notivisa.

No intuito de desenvolver uma ferramenta de fácil acesso, tornando o sistema mais próximo do paciente, dos hospitais e dos profissionais de saúde, o Vigimed objetiva uma resposta mais

68 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guias de farmacovigilância para detentores de registro de medicamentos...** *Op. cit.*; Cf. VARALLO, Fabiana Rossi; MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho. **Farmacovigilância...** *Op. cit.*; Cf. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Prevenção e controle de enfermidades genéticas e os defeitos congênitos:** relatório de um grupo de consulta. OPAS, Washington, 1984.

69 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guias de farmacovigilância para detentores de registro de medicamentos...** *Op. cit.*

70 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **VigiMed.** Brasília: ANVISA. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/vigimed>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

rápida quando detectados eventos adversos. As notificações de eventos adversos serão feitas de forma eletrônica, utilizando o sistema Vigimed, sendo consolidadas imediatamente no banco de dados nacional, para serem enviadas ao banco de dados mundial da OMS, resguardando a proteção de dados pessoais. As notificações são submetidas em sigilo e só podem ser acessadas pela Anvisa e pelas Vigilâncias Sanitárias estaduais e municipais, e pelo próprio notificador.⁷¹

O cadastro do notificador no Vigimed deve ser realizado no link: <<https://primaryreporting.who-umc.org/Reporting/Reporter?OrganizationID=BR>>.⁷²

O preenchimento da notificação é auto instrucional e de fácil entendimento, devendo seguir os passos conforme o que for solicitado.⁷³ A ANVISA disponibiliza um link de tutorial para esclarecer sobre operacionalização do Vigimed: <<http://portal.anvisa.gov.br/vigimed/tutoriais>>.⁷⁴

É importante observar que todos os dados devem ser preenchidos corretamente, uma vez que o relato bem fundamentado contribui para o melhor processamento das informações, avaliação e acompanhamento de casos. As notificações de casos graves ou não deverão ser comunicadas à ANVISA através do Vigimed, no prazo máximo de 15 dias.

Considerações finais

O papel do profissional de saúde na detecção de eventos adversos é primordial para reduzir a subnotificação. Qualquer evento adverso supostamente atribuído a um medicamento deve ser prontamente notificado. O problema da subnotificação é que sem as informações, encaramos o cenário de eventos adversos de modo errado, uma vez que ocultar notificações reflete em medicamentos que estejam sendo utilizados e cujo perfil de segurança pode ser inferior. O processo de notificação apresenta aspectos positivos e alguns obstáculos a serem vencidos. Divulgar informações sobre o

71 Cf. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **VigiMed...** *Op. cit.*

72 Cf. *Ibidem.*

73 Cf. *Ibidem.*

74 Cf. *Ibidem.*

processo de notificação traduz em uma responsabilidade que deve ser encarada de frente, pois colabora para a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos disponíveis no mercado.

Referências:

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O que é Farmacovigilância? Brasília: ANVISA. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/saiba-mais>>. Acesso em: 09 mar. 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretrizes para o Gerenciamento do Risco em Farmacovigilância**. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/2893724/Diretrizes+para+o+Gerenciamento+do+Risco+em+Farmacovigil%C3%A2ncia/c24b0770-edb4-4367-944d-6f4994c56bd1>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Reações Adversas a Medicamentos**. Brasília, ANVISA. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/2894427/Rea%C3%A7%C3%B5es+Adversas+a+Medicamentos/041b8af-9cde-4e94-8f5c-9a5fe95f804d>>. Acesso em 21 Ago. 2020.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Como a Anvisa vê o uso off label de medicamentos**. Brasília: ANVISA. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/en_US/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=352702&_101_type=content&_101_groupId=33836&_101_urlTitle=como-a-anvisa-ve-o-uso-off-label-de-medicamentos&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fen_US%2Fresultado-de-busca%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-1%26p_p_col_count%3D1%26_3_advancedSearch%3Dfalse%26_3_groupId%3D0%26_3_keywords%3DSemi%25C3%25A1rio%2Bvolta%2Ba%2Bdiscutir%26_3_assetCategoryIds%3D34506%26_3_delta%3D20%26_3_resetCur%3Dfalse%26_3_cur%3D6%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26_3_format%3D%26_3_andOperator%3Dtrue%26_3_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true>. Acesso em: 09 mar. 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Notivisa**: sistema de notificações em vigilância sanitária. Brasília, ANVISA. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/notivisa/sobre>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Glossário de farmacovigilância**. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/2894051/Gloss%C3%A1rio+da+Resolu%C3%A7%C3%A3o+RDC+n%C2%BA+4%2C+de+10+de+fe>>.

<<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/2894051/Guias+de+Farmacovigil%C3%A2ncia+para+Detentores+de+Registro+de+Medicamentos+-+documento+completo/f3fc06a5-97e6-4bbc-848d-750bcefb99e0>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guias de farmacovigilância para detentores de registro de medicamentos**. Brasília: ANVISA, 2010, p. 1-156. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/2894051/Guias+de+Farmacovigil%C3%A2ncia+para+Detentores+de+Registro+de+Medicamentos+-+documento+completo/f3fc06a5-97e6-4bbc-848d-750bcefb99e0>>. Acesso em: 09 mar. 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Seção 1, Nº 143 Brasil: **Diário Oficial da União**, p. 32 *et seq.*, 2013.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 4, de 10 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre as normas de farmacovigilância para os detentores de registro de medicamentos de uso humano. **Diário Oficial da União**, Brasil, Seção 1, n. 29, p. 42 *et seq.*, 2009.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 406, de 22 de julho de 2020. **Diário Oficial da União**. Brasília: ANVISA. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-406-de-22-de-julho-de-2020-269155491>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **VigiMed**. Brasília: ANVISA. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/vigimed>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ARONSON, Jeffrey K; DERRY, Sheena; LOKE, Yoon K. **Adverse drug reactions: keeping up to date**. **Fundamental & clinical pharmacology**, v. 16, n. 1, p. 49-56, 2002.

ARONSON, Jeffrey K. **Meyler's side effects of drugs: the international encyclopedia of adverse drug reactions and interactions**. Elsevier Science, 2015.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Syphilis: diagnosis, treatment and control. **An. Bras. Dermatol.**, v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02>>. Acesso em: 06 mar. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria nº 1660, de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasil, 2009.

CALIXTO, João B.; SIQUEIRA JUNIOR, Jarbas M. Desenvolvimento de medicamentos no Brasil: desafios. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 78, n. 1, 2008.

CAMERINI, Flavia Giron; SILVA, Lolita Dopico da. **Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela**. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 41-49, Mar. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Ago. 2020.

CARMO, E. H. Monitoramento e gestão de risco sanitário: os desafios do SNVS para o usuário que é sujeito, cidadão e cliente. 15º Encontro da Rede Sentinela: **Fórum Internacional de Gestão do Risco Sanitário**. Ipojuca, ANVISA, 2015.

CASTRO, Lia Lusitana Cardozo de. Farmacoepidemiologia no Brasil: evolução e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 405-410, 1999.

COSTA, Ediná Alves; ROZENFELD, Suely. **Constituição da vigilância sanitária no Brasil**. Rozenfeld, S. (org.). Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 15-40, 2000.

COUTO, R.C., et al. **Erros acontecem**: a força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em paciente hospitalizados. Belo Horizonte: UFMG, Faculdade de Medicina, 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/Estudo-eventos-adversos-no-Brasil-2016.pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2020.

DA SILVA LACAZ, Carlos; CORBETT, Charles Edward; TEIXEIRA, Paulo Adolpho. **Doenças Iatrogênicas**. Sarvier, 1970.

DEBESA GARCÍA, Francisco. *Ácido acetil salicílico y síndrome de Reye*. **Revista Cubana de Farmacia**, v. 32, n. 2, p. 140-142, 1998.

DELUCIA, Roberto; PLANETA, Cleopatra S.; LEPSCH, Lucília. Farmacoterapêutica. Desenvolvimento de Fármacos. In: **Farmacologia Integrada**. Uso Racional de Medicamentos. DELUCIA, Roberto (org.). São Paulo: Clube de Autores, 2014, p. 77.

GANDOLFI, Eliane; ANDRADE, Maria da Graça Garcia. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1056-1064, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Aug. 2020.

GEILING, E. M. K.; CANNON, Paul R. *Pathologic effects of elixir of sulfanilamide (diethylene glycol) poisoning: a clinical and experimental correlation*. **Journal of the American Medical Association**, v. 111, n. 10, p. 919-926, 1938.

ICH. **International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use**. Disponível em: <<https://www.ich.org>>. Acesso em 19 jul 2020.

LEAL, L. R. et al. **Farmacovigilância de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil**: uma breve revisão. 2015.

MCBRIDE, William G. *Thalidomide and congenital abnormalities*. **Lancet**, v. 2, n. 1358, p. 90927-8, 1961.

MCBRIDE, William G. *Thalidomide embryopathy*. **Teratology**, v. 16, n. 1, p. 79-82, 1977.

MENDES, MP et al. História da farmacovigilância no Brasil. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 89, n. 3, p. 246-251, 2008.

MILLER, Russell R. *Drug Surveillance Utilizing Epidemiologic Methods a Report from the Boston Collaborative Drug Surveillance Program*. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 30, n. 7, p. 584-592, 1973.

MODESTO, Ana Carolina Figueiredo et al. Reações Adversas a Medicamentos e Farmacovigilância: Conhecimentos e Condutas de Profissionais de Saúde de um Hospital da Rede Sentinela. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 401-410, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000300401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MORO, A; INVERNIZZI, N; A tragédia da talidomida: a luta pelos direitos das vítimas e por melhor regulação de medicamentos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 603-622, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702017000300603&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Ago. 2020.

MOTA, D. M; VIGO, A; KUCHENBECKER, R. S. Evolução e elementos-chave do sistema de farmacovigilância do Brasil: uma revisão de escopo a partir da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00000218, 2018.

MOTA, D. M; Investigação em farmacoepidemiologia de campo: uma proposta para as ações de farmacovigilância no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 4, p. 565-579, 2011.

MOTA, Daniel Marques; VIGO, Álvaro; KUCHENBECKER, Ricardo de Souza. Reações adversas a medicamentos no sistema de farmacovigilância do Brasil, 2008 a 2013: estudo descritivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n8/e00148818/pt>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. A importância da Farmacovigilância**. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, Brasília, 2005.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Prevenção e controle de enfermidades genéticas e os defeitos congênitos**: relatório de um grupo de consulta. OPAS, Washington, 1984.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Termo de Referência para Reunião do Grupo de Trabalho**: Interface Entre Atenção Farmacêutica e Farmacovigilância.

OPAS, Brasília, 2002.

ROS-VIVANCOS, Cristina *et al.* *Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia*. **Revista Española de Quimioterapia**, v. 31, n. 6, p. 485, 2018.

SCHEEN, A. J.; *Retrait du rofecoxib (Vioxx): à propos de la sécurité cardiovasculaire des anti-inflammatoires non stéroïdiens cox-2 sélectifs [Withdrawal of rofecoxib (Vioxx): what about cardiovascular safety of COX-2 selective non-steroidal anti-inflammatory drugs?]*. **Revue Medicale de Liege**, v. 59, n. 10, p. 565-569, 2004.

SILVEIRA, Patrícia Fernandes da; BANDEIRA, Mary Anne Medeiros; ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado; Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, João Pessoa, v. 18, n. 4, p. 618-626, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2008000400021&lng=en&nrm=iso>.

Uppsala Monitoring Centre. **Members of the WHO Programme**. <<https://www.who-umc.org/global-pharmacovigilance/members/2020>> Acesso em 13 Ago. 2020.

VARALLO, Fabiana Rossi; MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho. **Farmacovigilância: da teoria à prática**. São Paulo: Editora Unesp, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/113722/ISBN9788539304158.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

VARALLO, F. R. *et al.*; *Causes for the underreporting of adverse drug events by health professionals: a systematic review*. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 739-747, ago. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/0080-6234-reeusp-48-04-739.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2021.

VITOR, Ricardo Sozo *et al.* Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 737-743, abr. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2020.

World Health Organization (WHO). **Guidelines on good agricultural and collection practices (GACP) for Medicinal plants**. WHO: Geneva, 2003.

World Health Organization (WHO). **The Importance of Pharmacovigilance: Safety Monitoring of Medicinal Products'** World Health Organization. WHO, p. 1-48, 2002. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a75646.pdf>>.

ATENÇÃO FARMACÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM HANSENÍASE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Bárbara Krause
Denise Coutinho Endringer

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen).¹ O tratamento da hanseníase é, comumente, ambulatorial sendo realizado nos serviços públicos de saúde, em especial nas unidades básicas, onde se utiliza os esquemas terapêuticos padronizados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde.² Apesar da eficácia comprovada do esquema terapêutico adotado, deve-se monitorar o aparecimento de resistência medicamentosa. Trata-se de uma doença curável quando descoberta precocemente, e se tratada adequadamente, não deixa sequelas. Porém, existem barreiras que impedem a detecção precoce dos casos existentes, devido o preconceito em relação à doença, dentre estes a falta de informação dos profissionais e da população e, concentração do atendimento destes pacientes em poucas Unidades Básicas de Saúde.³

Algumas medidas devem ser adotadas, com o intuito de promover a saúde e prevenir agravos da doença, tais como, a mobilização social e educação dirigida à população e profissionais de saúde sobre a presença de manchas e áreas dormentes, o tratamento e a cura, através da realização de campanhas, palestras, dentre outros.⁴

1 Cf. BOECHAT, N.; PINHEIRO L. C. S.; A Hanseníase e a sua Quimioterapia. **Revista Virtual de Química**, v. 4, n. 3, p. 247-256, 2012.

2 Cf. VIEIRA, C. S. C. A.; SOARES, M. T.; RIBEIRO, C. T. S. X.; SILVA, L. F. G.; Avaliação e controle de contatos falsos de doentes com hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, 2008; DOLENZ, M. F. A.; SILVA, N. M. M. G.; CASTANHO, S. C.; MELO, S.; TASHIMA, C. M.; TOLEDO, J. L. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes durante o tratamento de hanseníase. **Revista de Odontologia [ATO]**, Bauru, v. 14, n. 4, p. 238-256, 2014.

3 Cf. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília, v. 20, n. 7, 2011; ANDRADE, A. R. C.; GROSSI, M. A. F.; MIRANDA, M. C. R.; **Atenção à saúde do adulto** – Hanseníase. Minas Gerais: Secretária de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2006.

4 Cf. ANDRADE, A. R. C.; GROSSI, M. A. F.; MIRANDA, M. C. R.; **Atenção à saúde do adulto...** *Op. cit.*

O farmacêutico é responsável pela segurança, necessidade e efetividade da farmacoterapia do paciente, através da identificação, resolução e prevenção dos problemas relacionados com medicamentos.⁵

É necessário conhecer a história da doença, os fatores que determinam a qualidade de vida dos pacientes, descrever a situação atual da hanseníase e analisar a tendência de sua incidência. Entretanto, o farmacêutico deve informar quanto ao uso correto dos medicamentos, a fim de minimizar os erros na administração, reações adversas, interações, dentre outros. E manter adesão do paciente ao tratamento e a importância deste, já que muitos abandonam por ser de longo prazo.

A hanseníase pode evoluir para deficiências físicas se diagnosticada tardiamente e não tratada, ocasionando a limitação da vida social e diminuição da capacidade de executar atividades e no trabalho.⁶

Este bacilo apresenta alta inefetividade e baixa patogenicidade, pois poucos adoecem. Sua manifestação se dá por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos como lesões de pele e de nervos periféricos, principalmente nos olhos, nas mãos e nos pés.⁷ A transmissão incide através do contato frequente e prolongado com o portador da doença e com aquele que não faz o tratamento, no qual ocorre a eliminação dos bacilos pelas vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe) para o meio exterior.⁸ Assim como, nas demais doenças infecciosas, as condições de moradia, sanitárias, nutricionais intervêm no panorama da manutenção da endemia.⁹

A hanseníase possui grande variação do coeficiente de prevalência nas diversas regiões do Brasil, no entanto, sua distribuição no país é heterogênea.

5 Cf. AMARAL, M. F. Z. J.; AMARAL, R. G.; PROVIN, M.P.; Intervenção Farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: Uma revisão. *Revista Eletrônica de Farmácia*, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2008.

6 Cf. CORREA, B. J.; MARCIANO, L. H. S. C.; NARDI, S.T.; MARQUES, T.; ASSIS, T.F.; PRADO, R. B. R.; Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase. *Revista Acta Fisiátrica*, v. 21, n. 1, p. 1-5, 2014.

7 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v. 1, n. 9, 2010.

8 Cf. LASTÓRIA, J.C.; ABREU, M. A. M. M.; Hanseníase: diagnóstico e tratamento. *Revista Diagnóstico & Tratamento*, v. 17, n. 4, p. 173-179, 2012.

9 Cf. ANDRADE, A. R. C.; GROSSI, M. A. F.; MIRANDA, M. C. R.; **Atenção à saúde do adulto...** *Op. cit.*

As informações e orientações adequadas, advindas da equipe de profissionais da saúde, podem cooperar para um impacto em nível coletivo e na promoção do uso seguro e racional de medicamentos.¹⁰

Apesar dos avanços nos diagnósticos, tratamento e o controle da hanseníase, ainda há repugnância da sociedade, preconceito e rejeições com os pacientes portadores de hanseníase.¹¹

São necessárias abordagens multidisciplinares dos profissionais de saúde, para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, induzindo-os a aderirem ao tratamento de forma eficaz e visando a eliminação e prevenção de incapacidades, uma vez que a hanseníase altera diretamente a qualidade de vida dos indivíduos acometidos.¹²

Presentemente, a portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, que aprova as Diretrizes para Vigilância, atenção e controle da Hanseníase. O Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde desenvolve um conjunto de ações que visam orientar a prática em serviço em todas as instâncias e diferentes complexidades, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, a promoção da saúde com base na educação permanente e a assistência integral aos portadores deste agravo.¹³

Avaliação de adesão terapêutica

Pacientes do grupo intervenção foram acompanhados por seis meses pelo farmacêutico responsável pela atenção farmacêutica. Foi realizado um estudo, entre fevereiro a agosto de 2014, descritivo com intervenção, transversal, quantitativo, aplicada randomização equilibrada [01:01], em que os pacientes foram divididos em dois grupos: controle e intervenção. A coleta de dados foi realizada questionários sociodemográfico e de qualidade de vida (SF-36) e

10 Cf. AMARAL, M. F. Z. J.; AMARAL, R. G.; PROVIN, M.P.; Intervenção Farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico... *Op. cit.*

11 Cf. LUNA, I. T.; BESERRAL, E. P.; ALVES, M. D. S.; PINHEIRO, P. N. C.; Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 6, p. 983-990, 2010.

12 Cf. DOLENZ, M. F. A.; SILVA, N. M. M. G.; CASTANHO, S. C.; MELO, S.; TASHIMA, C. M.; TOLEDO, J. L. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes durante o tratamento de hanseníase... *Op. cit.*

13 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Procedimentos Técnicos...** *Op. cit.*

uma perguntas sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e levantamento de problemas relacionados a medicamentos (PRMs).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vila Velha (Nº 684.8620). Após serem esclarecidos sobre os objetivos do estudo, os participantes foram convidados a assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido.

Para este estudo foram incluídos pacientes com diagnóstico de hanseníase, sendo estes maiores de 18 anos, independentemente de gênero, desde que estivessem em condições de responder à entrevista e concordassem em participar da pesquisa. Os pacientes que não se encontraram dentro da faixa etária estabelecida, os que não possuíam a doença, além daqueles que não concordaram em participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, foram excluídos do estudo.

A seleção da amostra ocorreu informalmente e de maneira aleatória. Os pacientes foram encaminhados ao Hospital de referência pelos postos de saúde, onde realizaram as primeiras consultas, ao perceberem os primeiros sinais e sintomas da doença. Os pacientes recebem o atendimento médico por ordem de chegada. Quando havia suspeita da doença, foram encaminhados para realização de baciloscopia e teste de PI (prevenção de incapacidades) - teste de sensibilidade e de força muscular, o qual é realizado pela equipe de enfermagem do setor. Após confirmação de diagnóstico positiva para hanseníase, os pacientes faziam uso da dose no Hospital, sendo dispensada a medicação pelos enfermeiros. E retornaram todo mês para as consultas médicas, quando faziam os testes de sensibilidade quando solicitados, recebiam as doses mensais e outros medicamentos a serem tomados diariamente, conforme prescrição médica. A medicação era dispensada conforme o tipo de lesão que o paciente apresenta (indeterminada, tuberculóide, borderline ou dimorfa e virchowiana ou lepromatosa) e o tipo bacilar (paucibacilar ou multibacilar). Os pacientes selecionados para a pesquisa foram aqueles com diagnóstico de hanseníase paucibacilar e hanseníase multibacilar. Os enfermeiros passavam as instruções aos pacientes, em seguida dispensavam a medicação. Os medicamentos foram fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), onde eram encaminhados à farmácia do hospital e em seguida transferidos para o setor de dermatologia, onde eram armazenados na sala de enfermagem.

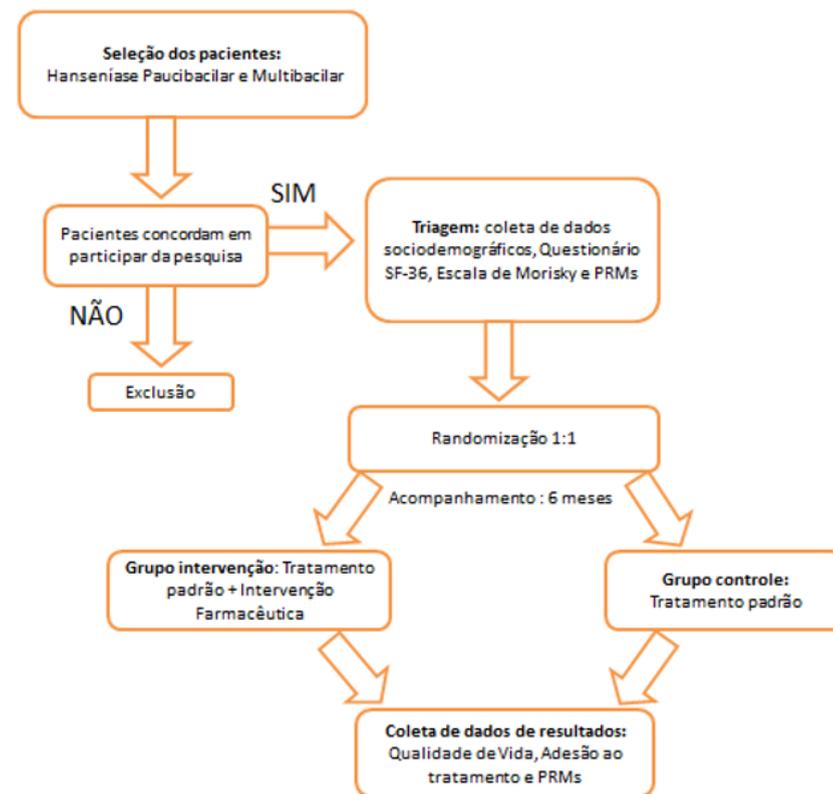


Figura 01: Fluxograma para seleção dos pacientes no estudo.

Coleta de dados

Primeira entrevista

Os pacientes foram abordados pelo farmacêutico responsável pela pesquisa, após cada consulta médica e recebimento das doses supervisionadas. Ao concordarem em participar da pesquisa e assinarem o termo de consentimento informado, todos os pacientes selecionados foram entrevistados individualmente por meio de perguntas abertas, em sala reservada para a coleta de dados, para identificar o cumprimento de tratamento e quaisquer problemas relacionados aos medicamentos (PRMs), seguindo as orientações do Terceiro Consenso de Granada.¹⁴ Todos os procedimentos foram realizados de acordo

¹⁴ TERCER CONSENSO de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharmaceutica*, s.l., v. 48, n. 1, p. 5-17, 2007.

com as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase, e com os procedimentos de assistência farmacêutica.¹⁵ As entrevistas foram realizadas pelo profissional farmacêutico treinado e responsável pelo estudo. Através das entrevistas foram coletados dados sócio-demográficos e aplicados questionários SF-36 para avaliar a qualidade de vida dos pacientes.

A qualidade de vida (QV) foi analisada pelo instrumento *medical outcomes study 36 - from health survey* (SF-36 Pesquisa em Saúde). Esse questionário é composto por 36 itens, avaliando 08 dimensões, distribuídas em 10 (dez) itens relacionados com a capacidade funcional (CF); 04 (quatro) itens de limitação por aspecto físico (LAF); 02 (dois) itens sobre dor; 05 (cinco) itens relacionados com o estado geral de saúde (EGS); 04 (quatro) itens sobre vitalidade (VITAL); 02 (dois) itens com relação aos aspectos sociais (AS); 03 (três) itens relacionados com aspectos emocionais (AE) e 05 (cinco) itens relacionados com a saúde mental (SM). Para cálculo da média geral de cada domínio, usou-se a fórmula na qual o valor selecionado pelo paciente era subtraído do limite inferior da dimensão analisado multiplicado por 100, e o resultado dividido pela razão da variação. O questionário QV SF-36 analisa diversos parâmetros relacionados à vida dos pacientes e é o único validado no Brasil. Os domínios da QV de cada paciente foram classificados conforme 5 parâmetros: 0-20 classificado como “muito ruim”; 21-40 como “ruim”; 41-60 como “bom”; 61-80 como “muito bom”; e 81-100 como “excelente”.¹⁶

Os pacientes foram divididos aleatoriamente em dois grupos, um grupo controle, onde os pacientes receberam atendimento médico com tratamento padrão, foram coletados dados sociodemográficos e responderam os questionários SF-36 e um grupo intervenção que receberam atendimento médico e tratamento padrão, coletados dados sociodemográficos, responderam o questionário SF-36 e receberam orientação farmacoterapêutica. As orientações farmacoterapêuticas foram realizadas no segundo ao sexto encontro, somente com o

grupo intervenção. Após as consultas médicas e recebimento das doses supervisionadas pela equipe da enfermagem, os pacientes foram abordados pelo farmacêutico no qual responderam perguntas, a respeito do tratamento, e os dados de cada paciente foram anotados para comprovar o entendimento deles quanto à terapia medicamentosa, em geral. Foram utilizadas fichas de orientação farmacoterapêutica e uma tabela com figuras lúdicas, posologias e períodos do dia (manhã, almoço, tarde e noite) para cada medicamento, a fim de evitar o esquecimento das doses e fazer administração correta. Foram fornecidas todas as orientações necessárias quanto à indicação, reações adversas, interações medicamentosas, entre outros, sendo preenchidas as fichas de orientação farmacoterapêutica de cada paciente e reforçando o entendimento de cada item.

Última entrevista

Ao final da pesquisa, todos os pacientes incluídos, inclusive os grupos controle, após seis meses ou ao final do tratamento de cada paciente, responderam novamente o questionário da qualidade de vida SF-36 e a Escala de Morisky para avaliar a adesão. Para possível comparação dos dois grupos controle e intervenção, após a atenção farmacêutica realizada no grupo intervenção e comparar o antes e depois dos grupos entre si. Para finalização da pesquisa foram passadas as últimas orientações, informações e respondidas às dúvidas a respeito do tratamento a todos os pacientes dos grupos padrão e controle.

No questionário SF-36, foram realizados testes não paramétricos para amostras dependentes e independentes. Testes de normalidade foram aplicados e rejeitados quanto à hipótese de normalidade da maioria das variáveis, por isso optou-se por trabalhar com testes não paramétricos. Em ambos os testes, Wilcoxon e Mann-Whitney, o nível de significância para rejeição da hipótese nula será arbitrado em 5% (p-valor). O p-valor abaixo de 5% determina a rejeição da hipótese de nula H_0 de igualdade entre as amostras em estudo em detrimento a hipótese alternativa H_1 a ser especificada em cada teste. Para verificar as possíveis diferenças entre dois grupos independentes utilizou-se o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney. O teste de *Wilcoxon* foi escolhido para comparar os grupos controle e tratamento separadamente, verificando se há diferença nas variáveis entre antes e depois dos procedimentos executados. Para expressar os dados

15 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Procedimentos Técnicos...** *Op. cit.*; TERCER CONSENSO de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM)... *Op. cit.*

16 SOUZA, N. P.; SILVA, M. I. B.; LOBO, C. G.; BARBOZA, M. C. C.; ABDON, A. P. V.; Análise da qualidade de vida em pacientes com incapacidades funcionais decorrentes de hanseníase. **Hansen International**, v. 36, n. 1, p. 11-16, 2011.

sociodemográficos nos dois grupos, foi realizada análise descritiva em planilha Excel (versão 2010).

A análise estatística foi realizada pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0.

Caracterização da amostra estudada

O acompanhamento aos pacientes foi realizado de fevereiro de 2014 a agosto de 2014. O estudo teve início com 44 pacientes, finalizando com 30 pacientes, sendo estes divididos aleatoriamente entre 15 pacientes do grupo controle e 15 do grupo intervenção. Dos pacientes entrevistados, pode-se observar que a idade predominante para ambos os grupos era de 61 anos ou mais, predominância do sexo masculino, casados, com filhos, raça predominante a parda, nível de escolaridade foi fundamental incompleto e ocupação profissional maior número de pedreiros e aposentados (Tabela 1). Em relação a vícios, a maioria de ambos os grupos declaram não ingerir bebida alcoólica e não ser fumantes. Quanto a município de residência, grande parte do grupo intervenção reside em Cariacica e grupo controle reside em Vila Velha. Obteve-se domínio em relação à renda familiar tanto o grupo controle, quanto o grupo intervenção de 1 a 3 salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1: Dados socioeconômicos dos grupos controle e intervenção

VARIÁVEIS	GRUPO	
	Controle	Intervenção
Idade		
< de 30 anos	13%	13%
31 a 40	20%	20%
41 a 50	20%	13%
51 a 60	20%	20%
61 anos ou mais	27%	33%
Sexo		
Masculino	67%	60%
Feminino	33%	40%
Estado Civil		

Casado/a	53%	33%
Companheiro/a	13%	0%
Separado/a	7%	13%
Solteiro/a	20%	27%
Viúvo/a	7%	27%
Raça		
Amarela	7%	0%
Branca	27%	27%
Indígena	7%	0%
Negra	27%	20%
Parda	33%	53%
Filhos		
Sim	80%	80%
Não	20%	20%
Fumantes		
Sim	20%	20%
Não	80%	80%
Ingere bebida alcoólica		
Sim	7%	13%
Não	93%	87%
Escolaridade		
Fund. Incompleto	33%	40%
Fund. Completo	7%	27%
Médio Completo	27%	13%
Médio Incompleto	0%	7%
Não estudou	7%	7%
Sup. Completo	7%	7%
Sup. Incompleto	20%	0%
Renda Familiar		
Até 1 sal. min.	27%	27%

1 a 3 sal. min.	40%	40%
4 a 10 sal. min.	0%	0%
10 a 20 sal. min.	0%	0%
Não sabe	20%	27%
NR	13%	7%

Verificou-se na amostra estudada que o nível de escolaridade dos pacientes foi predominante para fundamental incompleto (Tabela 1), no qual se pode afirmar que a hanseníase atinge uma população com nível de instrução mais baixo.¹⁷

Houve predomínio do sexo masculino para ambos os grupos, considerando-se que o elevado número de casos do sexo masculino esteja associado a seu maior convívio social, e estarem frequentemente expostos a ambientes de risco. Por outro lado, pessoas do sexo feminino tem maior preocupação com a estética corporal, o que na maioria das vezes dificulta o diagnóstico para o sexo masculino, e conseqüentemente um elevado número de casos.¹⁸

A idade predominante foi de 61 anos ou mais, ainda que exista prevalência maior de casos entre a população mais jovem, a hanseníase pode atingir qualquer faixa etária.¹⁹

Estudos indicam que a baixa escolaridade está diretamente relacionada à baixa renda familiar, resultando em condições precárias de habitação, higiene, nutrição e acesso à saúde, contudo os indivíduos se tornam vulneráveis as condições da Hanseníase.²⁰

17 Cf. SOUZA, N. P.; SILVA, M. I. B.; LOBO, C. G.; BARBOZA, M. C. C.; ABDON, A. P. V.; *Análise da qualidade de vida em pacientes com incapacidades funcionais decorrentes de hanseníase... Op. cit.*

18 Cf. ARAUJO, A. E. R. A.; AQUINO, D. M. C.; GOULART, I. M. B.; PEREIRA, S. R. F.; FIGUEIREDO, I. A.; SERRA, H. O. *et al. Neural complications and physical disabilities in leprosy in a capital of northeastern Brazil with high endemicity. Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 17, n. 4, p. 899-910, 2014.

19 Cf. SOUZA, N. P.; SILVA, M. I. B.; LOBO, C. G.; BARBOZA, M. C. C.; ABDON, A. P. V.; *Análise da qualidade de vida em pacientes com incapacidades funcionais decorrentes de hanseníase... Op. cit.*

20 LUSTOSA, A. A.; NOGUEIRA, L. T.; PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M.; CAMPELO, V. C.; *The impact of leprosy on health-related quality of life. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 44, n. 5, p. 621-626, set./out. 2011.

Questionário para avaliação da qualidade de vida (SF-36)

No início e fim do estudo, foi aplicado o questionário da qualidade de vida SF-36 nos dois grupos: controle e intervenção para comparar antes e depois de cada grupo.

Tabela 2: Resultados dos testes das diferenças de Wilcoxon (P-valor), média e n válido

Grupo	Variável	N	Antes MÉDIA±DP	N	Depois MÉDIA±DP	P-Valor
Intervenção	Capacidade Funcional	15	72 ± 22,3	15	83,7±13,1	0,0586
	Limit por aspec físicos	15	61,7 ± 34,2	15	80 ± 26,7	0,089
	Dor	15	66,3 ± 24,0	15	77,7 ± 17,9	0,1192
	Estado geral de saúde	15	60,8 ± 18,7	15	69,9 ± 11,9	0,0987
	Vitalidade	15	60,7 ± 20,1	15	76 ± 13,5	0,0261
	Aspectos sociais	15	87,5 ± 15,0	15	93,3 ± 9,8	0,5271
	Limit por aspec emocionais	15	55,6 ± 35,6	15	71,1 ± 27,0	0,1919
	Saúde Mental	15	67,2 ± 18,6	15	85,3 ± 11,2	0,0031
				Antes		Depois
Controle	Variável	N	Média	N	Média	P-Valor
	Capacidade Funcional	15	40,7 ± 24,1	15	54 ± 23,3	0,1071
	Limit por aspec físicos	15	41,7 ± 31,1	15	48,3 ± 38,4	0,1817
	Dor	15	43,7 ± 21,1	15	56,3 ± 21,1	0,0496
	Estado geral de saúde	15	44,9 ± 14,8	15	53,1 ± 13,1	0,0322
	Vitalidade	15	51,3 ± 18,1	15	49,7 ± 17,6	0,5801
	Aspectos sociais	15	64,2 ± 20,3	15	60 ± 22,0	0,8572
	Limit por aspec emocionais	15	46,7 ± 32,0	15	64,4 ± 38,5	0,0982
	Saúde Mental	15	68,3 ± 13,5	15	60,8 ± 10,7	0,0039

Foram observadas diferenças nos domínios vitalidade e saúde mental para o grupo intervenção, havendo uma melhora na qualidade de vida desses pacientes, os quais receberam atenção farmacêutica. Por outro lado, no grupo controle observaram-se diferenças nos domínios

dor, estado geral de saúde e saúde mental, obtendo uma melhora na qualidade de vida dos pacientes em relação ao domínio dor e estado geral de saúde e piora da qualidade de vida para o domínio saúde mental.

Tabela 3: Distribuição dos pacientes dos grupos controle e intervenção quanto à classificação dos domínios

	Intervenção Antes		Intervenção Depois	
DOMÍNIOS	CLASSIFICAÇÃO	N	CLASSIFICAÇÃO	N
CAPACIDADE FUNCIONAL	Muito ruim	1	Muito ruim	0
	Ruim	1	Ruim	0
	Bom	3	Bom	2
	Muito bom	3	Muito bom	4
	Excelente	7	Excelente	9
LIMIT. POR ASPEC. FÍSICOS	Muito ruim	3	Muito ruim	1
	Ruim	1	Ruim	2
	Bom	3	Bom	0
	Muito bom	2	Muito bom	1
	Excelente	6	Excelente	11
DOR	Muito ruim	1	Muito ruim	0
	Ruim	2	Ruim	0
	Bom	3	Bom	1
	Muito bom	4	Muito bom	8
	Excelente	5	Excelente	6
ESTADO GERAL DE SAÚDE	Muito ruim	1	Muito ruim	0
	Ruim	1	Ruim	1
	Bom	5	Bom	3
	Muito bom	5	Muito bom	8
	Excelente	3	Excelente	3
VITALIDADE	Muito ruim	2	Muito ruim	0
	Ruim	1	Ruim	0
	Bom	6	Bom	3
	Muito bom	2	Muito bom	5
	Excelente	4	Excelente	7
ASPECTOS SOCIAIS	Muito ruim	0	Muito ruim	0
	Ruim	1	Ruim	0
	Bom	1	Bom	1
	Muito bom	2	Muito bom	2
	Excelente	11	Excelente	12

LIMIT. POR ASPEC. EMOCIONAIS	Muito ruim	4	Muito ruim	1
	Ruim	2	Ruim	3
	Bom	1	Bom	0
	Muito bom	4	Muito bom	4
	Excelente	4	Excelente	7
SAÚDE MENTAL	Muito ruim	2	Muito ruim	0
	Ruim	1	Ruim	0
	Bom	2	Bom	1
	Muito bom	5	Muito bom	4
	Excelente	5	Excelente	10
	Controle Antes		Controle Depois	
DOMÍNIOS	CLASSIFICAÇÃO	N	CLASSIFICAÇÃO	N
CAPACIDADE FUNCIONAL	Muito ruim	4	Muito ruim	3
	Ruim	5	Ruim	1
	Bom	2	Bom	5
	Muito bom	3	Muito bom	3
	Excelente	1	Excelente	3
LIMIT. POR ASPEC. FÍSICOS	Muito ruim	4	Muito ruim	5
	Ruim	4	Ruim	2
	Bom	1	Bom	1
	Muito bom	5	Muito bom	3
	Excelente	1	Excelente	4
DOR	Muito ruim	3	Muito ruim	2
	Ruim	3	Ruim	1
	Bom	3	Bom	2
	Muito bom	5	Muito bom	8
	Excelente	1	Excelente	2
ESTADO GERAL DE SAÚDE	Muito ruim	2	Muito ruim	1
	Ruim	2	Ruim	1
	Bom	7	Bom	7
	Muito bom	3	Muito bom	5
	Excelente	0	Excelente	1
VITALIDADE	Muito ruim	2	Muito ruim	1
	Ruim	2	Ruim	5
	Bom	6	Bom	4
	Muito bom	4	Muito bom	4
	Excelente	1	Excelente	1

ASPECTOS SOCIAIS	Muito ruim	1	Muito ruim	2
	Ruim	1	Ruim	1
	Bom	4	Bom	1
	Muito bom	5	Muito bom	8
	Excelente	4	Excelente	3
LIMIT. POR ASPEC. EMOCIONAIS	Muito ruim	4	Muito ruim	4
	Ruim	4	Ruim	1
	Bom	0	Bom	0
	Muito bom	4	Muito bom	2
	Excelente	3	Excelente	8
SAÚDE MENTAL	Muito ruim	0	Muito ruim	1
	Ruim	1	Ruim	0
	Bom	3	Bom	5
	Muito bom	8	Muito bom	9
	Excelente	3	Excelente	0

Avaliando os cinco parâmetros, observou-se que o grupo intervenção obteve maiores valores e/ou manteve os mesmos para a classificação “Excelente”, comparando o antes e depois, em todos os domínios. E o grupo controle obteve em alguns domínios valores maiores, manteve alguns valores e outros valores abaixo.

No estudo, foi possível observar diferenças significativas para os pacientes do grupo intervenção nos domínios vitalidade e saúde emocional e para o grupo controle nos domínios dor, estado geral de saúde e saúde emocional. Pacientes que receberam atenção farmacêutica tiveram melhores resultados nos escores vitalidade e saúde mental. A Atenção Farmacêutica tem proporcionado, em sua maioria sucesso no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas.²¹

A Saúde Mental é o domínio que inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento e bem-estar psicológico. Pode-se verificar que houve significância nos resultados apresentados, no grupo intervenção, apresentando uma melhoria da qualidade de vida destes pacientes; e para o grupo controle, uma piora da qualidade de vida dos pacientes. A hanseníase afeta a saúde mental e qualidade de vida (QV), embora relativamente poucos estudos tenham examinado estas questões entre os pacientes com essa patologia.²²

21 PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O.; A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 44, n. 4, 2008.

22 TSUTSUMI, A.; IZUTSU, T.; ISLAM, A. M.; MAKSUDA, N. A.; KATO, H.; WAKAI, S.; *The quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh*. *Social*

Devido o tempo prolongado do tratamento da hanseníase e o estado crônico da doença, o paciente pode desenvolver sofrimento psíquico, refletindo diretamente no convívio social, trabalho e no dia-a-dia deste paciente, o que leva a baixa auto-estima, tristeza e isolamento social, que em maior amplitude representam sintomas depressivos.²³

A escala ou domínio de avaliação de vitalidade enfatiza tanto o nível de energia, como o de fadiga dos entrevistados.²⁴ Houve melhoria na qualidade de vida dos pacientes do grupo intervenção para este domínio.

O Estado Geral da Saúde apresentou diferença significativa para o grupo controle, refletindo um aumento da qualidade de vida. Este domínio pondera como o paciente se sente em relação a sua saúde global.²⁵

No domínio Dor, houve significância entre os resultados apresentados pelo grupo controle, apresentando uma melhora na qualidade de vida desses pacientes. A dor pode estar relacionada à impossibilidade e dificuldades de atividades rotineiras.²⁶ A dor influencia de forma direta e indireta a qualidade de vida de pacientes com hanseníase, pela diminuição da capacidade de realizar atividades diárias, como trabalhar ou realizar outras atividades.²⁷

Science & Medicine, v. 64, n. 12, p. 2443–2453, jun. 2007; SIMEÃO, S. F. A. P.; LANDRO, I. C. R.; CONTI, M. H. S.; GATTI, M. A. N.; DELGALLO, W. D.; VITTA, A.; Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2013.

23 Cf. CORREA, B. J.; MARCIANO, L. H. S. C.; NARDI, S.T.; MARQUES, T.; ASSIS, T.F.; PRADO, R. B. R.; Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase... *Op. cit.*

24 Cf. VITORINO, D. F. M.; MARTINS, F. L. M.; SOUZA, A. C.; GALDINO, D.; PRADO, G. F.; Utilização do SF-36 em ensaios clínicos envolvendo pacientes fibromiálgicos: determinação de critérios mínimos de melhora clínica. *Revista Neurociências*, v. 12, n. 3, 2004.

25 Cf. FRANCESCHINI, J.; SANTOS, A. A.; MOUALLEM, I. E.; JAMNIK, S.; UEHARA, C.; FERNANDES, A. L. G., *et al.* Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical Outcomes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. São Paulo, v. 34, n. 6, 2008.

26 Cf. SOUZA, N. P.; SILVA, M. I. B.; LOBO, C. G.; BARBOZA, M. C. C.; ABDON, A. P. V.; **Análise da qualidade de vida em pacientes com incapacidades funcionais decorrentes de hanseníase...** *Op. cit.*

27 Cf. DOLENZ, M. F. A.; SILVA, N. M. M. G.; CASTANHO, S. C.; MELO, S.; TASHIMA, C. M.; TOLEDO, J. L. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes durante o tratamento de hanseníase... *Op. cit.*

A escala ou domínio de avaliação da capacidade funcional, não houve diferenças significativas em nenhum dos grupos, este domínio avalia tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física.²⁸

A hanseníase pode afetar o indivíduo intervindo em incapacidades funcionais, diminuição das atividades rotineiras e restrição da vida social e conseqüentemente acarretando prejuízos e impactos negativos na qualidade de vida.²⁹

A hanseníase afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes, pois, causa grande prejuízo no dia-a-dia dos indivíduos acometidos, as relações interpessoais, provocando um grande impacto social e psicológico.³⁰ Pacientes com hanseníase apresentam uma situação social mais grave do que a população em geral. É uma doença social que continua a privar os indivíduos infligidos com a oportunidade de educação, trabalho, dentre outros. E a baixa QV pode diminuir a capacidade e julgamento racional, e pode afetar a adesão ao tratamento, o que implica que as intervenções devem ser realizadas, havendo interação entre os profissionais de saúde: farmacêuticos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, em relação a questões de saúde mental e no estabelecimento de grupos de autoajuda, para ser eficaz a melhoria do estado de saúde mental e assim proporcionando uma melhora da Qualidade de Vida dos pacientes.³¹

A intervenção da atenção farmacêutica pode proporcionar um maior envolvimento com o sistema de cuidados de saúde, aumentando assim sua utilização e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.³²

28 FRANCESCHINI, J.; SANTOS, A. A.; MOUALLEM, I. E.; JAMNIK, S.; UEHARA, C.; FERNANDES, A. L. G., *et al.* Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical Outcomes... *Op. cit.*

29 SOUZA, N. P.; SILVA, M. I. B.; LOBO, C. G.; BARBOZA, M. C. C.; ABDON, A. P. V.; **Análise da qualidade de vida em pacientes com incapacidades funcionais decorrentes de hanseníase...** *Op. cit.*

30 Cf. DOLENZ, M. F. A.; SILVA, N. M. M. G.; CASTANHO, S. C.; MELO, S.; TASHIMA, C. M.; TOLEDO, J. L. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes durante o tratamento de hanseníase... *Op. cit.*

31 Cf. TSUTSUMI, A.; IZUTSU, T.; ISLAM, A. M.; MAKSUDA, N. A.; KATO, H.; WAKAI, S.; *The quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh...* *Op. cit.*

32 Cf. FISHER, L. R.; DEFOR, T. A.; *Pharmaceutical Care and Health Care Utilization in an HMO. American College of Physicians–American Society of Internal Medicine. Effective Clinical Practice*, v. 5, n. 2, p. 49-57, 2002.

Problemas relacionados a medicamentos (PRMs) e resultados negativos dos medicamentos (RNMs)

Tabela 4: Problemas Relacionados aos medicamentos (RNMs) e Resultados negativos dos Medicamentos (RNMs) identificados na pesquisa

RNM	PRM	N	%
NECESSIDADE			
Problema de saúde não tratado	Dificuldade para marcar consultas e pegar as doses mensais	1	3,2
Uso de medicamento desnecessário	Automedicação	3	9,7
EFETIVIDADE			
Falta de efetividade não quantitativa	Re-uso por aparecimento de novas lesões após fim do tratamento	7	22,6
Falta de efetividade quantitativa	Interações medicamentosas ou com alimentos; Uso incorreto (horários irregulares)	10	32,2
SEGURANÇA			
Insegurança não quantitativa	Reação adversa ao medicamento; Armazenamento incorreto	8	25,8
Insegurança quantitativa	Dobrar a dose no dia seguinte, após esquecimento (dose supra terapêutica)	2	6,5
TOTAL		31	100

Foi possível identificar os seguintes PRMs na pesquisa, durante o acompanhamento farmacoterapêutico realizado com os pacientes do grupo intervenção. Obtendo-se um número elevado de pacientes com RNM Efetividade (Falta de efetividade quantitativa) 32,2%.

O RNM efetividade (falta de efetividade quantitativa) apresentou predominância comparada a outros RNMs sendo identificado em 31,2% dos pacientes do grupo intervenção, o que se está relacionado ao fato de esquecer-se de tomar os medicamentos no dia certo e administrar com refrigerante, café, ou horários próximos de refeições sem intervalos e com medicamentos que interagem negativamente.

A falta de efetividade quantitativa pode ser justificada, pela baixa dose do medicamento, período de tratamento insuficiente, falta de adesão (esquecimento de doses diárias) e interações medicamentosas e com alimentos.³³

Os idosos são considerados uma população especial, pelo fato de, às vezes se esquecem de tomar os medicamentos prescritos, ou fazem uso destes de maneira incorreta.³⁴

Segundo SALIBA, pode-se afirmar que a causa que contribui para a baixa adesão ao tratamento é o esquecimento das doses.

De acordo com STOCKLEY, as interações medicamentosas, quanto com alimentos identificados na pesquisa, podem estar relacionadas a alguns dos efeitos adversos causados, e/ou insucesso na terapia medicamentosa, podendo afirmar que muitos pacientes fazem o uso dessas medicações por conta própria, sem orientação médica.³⁵ Dos casos analisados no estudo houve interação entre os medicamentos: ibuprofeno e ofloxacino, em que a interação destes pode causar aumento do risco de convulsões.

A Atenção Farmacêutica com acompanhamento farmacoterapêutico pode promover aos pacientes, melhor controle de suas enfermidades proporcionando-os maior conhecimento em relação à terapia medicamentosa e interação com a equipe de saúde, contribuindo desta forma, para redução dos erros de medicação e reações adversas.³⁶

Pode-se concluir que durante as intervenções realizadas pelo farmacêutico, notou-se a necessidade dos pacientes em relação às informações advindas da doença, que por sua vez, foram ministradas por meio das orientações farmacoterapêuticas realizadas mensalmente. Contudo, é necessária a interação entre o farmacêutico, os pacientes

33 SALIBA, R. A. D.; **Atenção Farmacêutica reduz risco cardiovascular em pacientes idosos com síndrome metabólica**: resultados de um novo modelo de cuidados de saúde com parceria privada e pública, Vitória - ES. Tese (Doutorado em Ciências Fisiológicas). Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas, Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, UFES, D.Sc., Ciências Fisiológicas. VITÓRIA, 2013.

34 SOUZA, E. M.; VANTINI, J. B. P.; SOUZA, L. R. N.; MOREIRA, L. M. D. S.; Perfil do idoso atendido pela equipe Saúde da Família no município de Ariquemes – RO. **Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 6, n. 33, p. 207-211, 2009.

35 Cf. STOCKLEY, I. H.; **Stockley's Drug Interactions**. Pharmaceutical Press. London, 6ª ed., 2002.

36 Cf. PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. =; A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil... *Op. cit.*

e outros profissionais da saúde, assegurando minimizar os RNMs, incentivando o paciente aderir-se ao tratamento de forma correta e eficaz e melhorando a qualidade de vida.

Referências:

ALANO, G. M.; CORREA, T. S.; GALATO, D.; Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 757-764, 2012.

AMARAL, M. F. Z. J.; AMARAL, R. G.; PROVIN, M. P.; Intervenção Farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: Uma revisão. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2008.

ANDRADE, A. R. C.; GROSSI, M. A. F.; MIRANDA, M. C. R.; **Atenção à saúde do adulto – Hanseníase**. Minas Gerais: Secretária de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2006.

ARAUJO, A. E. R. A.; AQUINO, D. M. C.; GOULART, I. M. B.; PEREIRA, S. R. F.; FIGUEIREDO, I. A.; SERRA, H.O. *et al.* Neural complications and physical disabilities in leprosy in a capital of northeastern Brazil with high endemicity. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p. 899-910, 2014.

BOECHAT, N.; PINHEIRO L. C. S.; A Hanseníase e a sua Quimioterapia. **Revista Virtual de Química**, v. 4, n. 3, p. 247-256, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**, Brasília, v. 20, n. 7, 2011.

CORREA, B. J.; MARCIANO, L. H. S. C.; NARDI, S.T.; MARQUES, T.; ASSIS, T.F.; PRADO, R. B. R.; Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 21, n. 1, p. 1-5, 2014.

DOLENZ, M. F. A.; SILVA, N. M. M. G.; CASTANHO, S. C.; MELO, S.; TASHIMA, C. M.; TOLEDO, J. L. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes durante o tratamento de hanseníase. **Revista de Odontologia [ATO]**, Bauru, v. 14, n. 4, p. 238-256, 2014.

FISHER, L. R.; DEFOR, T. A.; *Pharmaceutical Care and Health Care Utilization in an HMO*. *American College of Physicians–American Society of Internal Medicine. Effective Clinical Practice*, v. 5, n. 2, p. 49-57, 2002.

FONSECA, C.H.M.; COSTA, J.M.; CASTRO, F.J.; OLIVEIRA, I.B.B.; VARAVALLO, M. A.; ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA PÉPTICA CAUSADA POR *Helicobacter pylori*. **Revista Científica do ITPAC**, v. 3, n. 4, out. 2010.

FOPPA, A. A.; BEVILACQUA, G.; PINTO, L. H.; BLATT, C. R.; Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, 2008.

FRANCESCHINI, J.; SANTOS, A. A.; MOUALLEM, I. E.; JAMNIK, S.; UEHARA, C.; FERNANDES, A. L. G., *et al.* Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical Outcomes. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 34, n. 6, 2008.

GONÇALVES, A.; Realidades do controle da hanseníase: atualizando cenários. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 3, p. 611-621, 2013.

LASTÓRIA, J.C.; ABREU, M. A. M. M.; Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Revista Diagnóstico & Tratamento**, v. 17, n. 4, p. 173-179, 2012.

LUNA, I. T.; BESERRAL, E. P.; ALVES, M. D. S.; PINHEIRO, P. N. C.; Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 983-990, nov./dez. 2010.

LUSTOSA, A. A.; NOGUEIRA, L. T.; PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M.; CAMPELO, V. C.; *The impact of leprosy on health-related quality of life*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 5, p. 621-626, set./out. 2011.

MARCHI, K. C.; CHAGAS, M. H. N.; TUMAS, V.; MIASSO, A. I.; CRIPPA, J. A. S.; TIRAPELLI, C. R.; Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2013.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M.; Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O.; A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, 2008.

RENOVATO, R. D.; TRINDADE, M. F.; Atenção Farmacêutica na hipertensão arterial em uma farmácia de Dourados, Mato Grosso do Sul. **Infarma**, v. 16, p. 11-12, 2004.

SALIBA, R. A. D.; **Atenção Farmacêutica reduz risco cardiovascular em pacientes idosos com síndrome metabólica**: resultados de um novo modelo de cuidados de saúde com parceria privada e pública, Vitória - ES. Tese (Doutorado em Ciências Fisiológicas). Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas, Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, UFES, D.Sc., Ciências Fisiológicas. VITÓRIA, 2013.

SANTOS, F. S.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F.; Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 3, p. 223-227, 2010.

SANTOS, R. O. P.; SILVA, Y. V. S.; NASCIMENTO, E. S.; SANTANA, L. O.; MONTEIRO, L. H. B.; VERA, I.; CASTRO, P. A.; (RE) DESCOBRINDO A HANSENÍASE: UMA ESTRATÉGIA DE ENSINO BASEADA EM REVISÃO DE LITERATURA. **ENCICLOPÉDIA BIOSFERA**, Centro Científico Conhecer, Goiânia, v. 11, n. 20, p. 720, 2015.

SIMEÃO, S. F. A. P.; LANDRO, I. C. R.; CONTI, M. H. S.; GATTI, M. A. N.; DELGALLO, W. D.; VITTA, A.; Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2013.

SOUZA, E. M.; VANTINI, J. B. P.; SOUZA, L. R. N.; MOREIRA, L. M. D. S.; Perfil do idoso atendido pela equipe Saúde da Família no município de Ariquemes – RO. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 33, p. 207-211, 2009.

SOUZA, N. P.; SILVA, M. I. B.; LOBO, C. G.; BARBOZA, M. C. C.; ABDON, A. P. V.; **Análise da qualidade de vida em pacientes com incapacidades funcionais decorrentes de hanseníase**. *Hansen International*, v. 36, n. 1, p. 11-16, 2011.

STOCKLEY, I. H.; **Stockley's Drug Interactions**. Pharmaceutical Press. London, 6ª ed., 2002.

TERCER CONSENSO de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Pharmaceutica**, s.l., v. 48, n. 1, p. 5-17, 2007.

TSUTSUMI, A.; IZUTSU, T.; ISLAM, A. M.; MAKSUDA, N. A.; KATO, H.; WAKAI, S.; *The quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh*. **Social Science & Medicine**, v. 64, n. 12, p. 2443-2453, jun. 2007

VIEIRA, C. S. C. A.; SOARES, M. T.; RIBEIRO, C. T. S. X.; SILVA, L. F. G.; Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2008.

VITORINO, D. F. M.; MARTINS, F. L. M.; SOUZA, A. C.; GALDINO, D.; PRADO, G. F.; Utilização do SF-36 em ensaios clínicos envolvendo pacientes fibromiálgicos: determinação de critérios mínimos de melhora clínica. **Revista Neurociências**, v. 12, n. 3, 2004.

World Health Organization (WHO). WHO Expert Committee on Leprosy. Seventh Report. WHO Technical Reports Series nº: 847. World Health Organization: Geneva 1998.

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ATENDIDOS NAS FARMÁCIAS CIDADÃS: DIAGNÓSTICO DO SERVIÇO

Lilian Christo de Oliveira
Denise Coutinho Endringer

O acesso a medicamentos representa um componente-chave para a execução da assistência farmacêutica nos sistemas de saúde. A garantia ao acesso regular a medicamentos adequados, de alta qualidade e a preços acessíveis tem sido estabelecida como prioridade global em vários acordos internacionais. Em consonância com esses acordos, muitos governos de países em desenvolvimento têm estabelecido políticas para a melhoria do acesso aos medicamentos, visto que a garantia desse acesso ainda representa um grande desafio nestes países.¹

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

A doença Pulmonar Obstrutiva Crônica é definida como uma doença comum prevenível e tratável caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo de ar devido a alterações nas vias aéreas e nos alvéolos causada por uma exposição significativa a partículas ou gases nocivos.² Dentre os fatores de exposição envolvidos na patogênese da doença, o tabagismo é responsável por mais de 90% dos casos, cujo banimento seria suficiente para reduzir drasticamente o número de casos da doença.³

No entanto, outros fatores de exposição contribuem também para a carga dessa doença, como: exposição ocupacional a poeiras e gases, exposição à poluição interna, como a derivada do uso de combustíveis de biomassa ou de carvão, como por exemplo exposição a fumaça do fogão de lenha, poluição do ar ambiental, embora pareça ter um efeito relativamente

1 EMMERICK I. C. M. *et al.* Access to medicine in Latin America and the Caribbean (LAC): a scoping study. **BMJ Open**, 2013.

2 Cf. GOLD - GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD. A Guide for Health Care Professionals*, 2017.

3 Cf. BUIST, A.S. *et al.* International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study. **The Lancet**, v. 370, p. 741-750, 2007.

pequeno no desenvolvimento da DPOC; asma, bronquite e/ou infecções respiratórias durante a infância e tuberculose pulmonar prévia.⁴

Fatores genéticos de risco de DPOC vêm sendo objeto de estudo a partir da premissa que foram identificadas alterações no gene inibidor da serpina peptidase, regulador da alfa-1 antitripsina, em alguns pacientes que desenvolviam a doença.⁵ Além disso, o envelhecimento está relacionado com um maior risco de desenvolvimento da doença, ou seja, a doença se desenvolve com maior frequência em indivíduos acima de 40 anos.⁶

Epidemiologia

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica representa um grande desafio para a saúde pública mundial e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a DPOC é a quarta principal causa de morte, depois de infarto do miocárdio, câncer e doença cerebrovascular, e dentre as principais causas de morte, é a única que está aumentando, prevendo-se que se torne a terceira em 2020. Nos últimos 10 anos, DPOC foi a quinta maior causa de internação no Sistema Único de Saúde de pacientes com mais de 40 anos, com cerca de 200.000 hospitalizações e gasto anual aproximado de 72 milhões de reais.⁷

Dados mais recentes extraídos do DATASUS mostram que a prevalência está realmente aumentando.⁸ Em 2016, a DPOC foi causa de aproximadamente 40 mil internações no SUS na região sudeste. Entre janeiro e junho de 2017 já houveram 19.276 internações no Sistema Único de Saúde na região sudeste, dessas, 583 foram no Espírito Santo.

O fato de ser uma enfermidade de alta prevalência, sendo prevenível na maioria dos casos, seu custo elevado para os sistemas de

saúde e a incapacitação de muitos pacientes faz com que a DPOC seja um sério problema de saúde pública.⁹

A limitação do fluxo aéreo é progressiva e decorrente a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas e gases nocivos.¹⁰ A exposição a esses agentes tóxicos ocasiona uma resposta inflamatória por toda via aérea, podendo produzir alterações nos brônquios (bronquite crônica), bronquíolos (bronquite obstrutiva) e no parênquima pulmonar (enfisema pulmonar). A predominância destas alterações varia para cada indivíduo, tendo relação com os sintomas apresentados.¹¹

Pacientes que tem uma maior manifestação da bronquite, apresentam hipersecreção mucosa com tosse e expectoração mucoide que também pode ser acompanhada por sibilância, já pacientes que tem como predominância o enfisema, são a dispneia e a intolerância ao exercício. Vale ressaltar que muitos pacientes apresentam um padrão misto.¹²

A presença dos sintomas respiratórios, histórico de exposição aos fatores de risco da doença e os testes de função pulmonar, como a espirometria, são a base da avaliação diagnóstica de suspeita de DPOC.

Os sintomas respiratórios que podem estar presentes são: dispneia crônica, sibilância e tosse com ou sem expectoração.¹³

Os principais parâmetros de função pulmonar utilizados para diagnóstico observados na espirometria são: volume expiratório forçado em um segundo (VEF1) e a capacidade vital forçada (CVF). Na espirometria, a presença de uma razão VEF1/CVF menor que 70%, após uso de broncodilatador, confirma a presença de obstrução do fluxo

4 Cf. GOLD - GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD*. 2017... *Op. cit.*

5 CAMPOS, H. S.; DPOC - sigla pequena para um problema enorme. *Jornal Brasileiro de Medicina*. v. 101, n. 3. Rio de Janeiro, 2013.

6 BUIST, A. S. *et al.* *International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study)*... *Op. cit.*

7 BRASIL. Portaria nº 609 de 06 de junho de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Ministério de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2013.

8 Cf. DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS por local de internação**. Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Último acesso em: 05 set. 2017.

9 Cf. BRASIL. Portaria nº 609 de 06 de junho de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica... *Op. cit.*

10 Cf. LAAN, H. S. V. D.; **Adesão ao Tratamento de Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. 2014. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

11 Cf. PISONI, T. M.; **Prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e fatores de risco ambientais nos bairros mais populosos de Nova Hamburgo**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Gestão Tecnológica, Centro Universitário Feevale, Novo Hamburgo, 2007.

12 Cf. LAAN, H. S. V. D.; **Adesão ao Tratamento de Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**... *Op. cit.*

13 Cf. GOLD - GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD*. 2017... *Op. cit.*

de ar persistente e, portanto, DPOC.¹⁴ O parâmetro VEF1 é utilizado para avaliar a gravidade da obstrução e em associação com a gravidade dos sintomas classificam o estágio da doença em leve, moderado, grave e muito grave.¹⁵

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, o tratamento da doença deve incluir medicamentos, programas de reabilitação cardiopulmonar, suporte nutricional, oxigenoterapia pulmonar, cessação do tabagismo, imunizações contra infecções respiratórias e em alguns casos, procedimentos cirúrgicos.¹⁶ O tratamento farmacológico da DPOC constitui um dos principais pilares no manejo da doença. O principal objetivo da farmacoterapia utilizada na DPOC é alcançar e manter o controle da doença através da redução dos sintomas, retardo da progressão da doença, melhora na tolerância aos exercícios e qualidade de vida, prevenção das agudizações e redução da mortalidade.¹⁷

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, os broncodilatadores inalatórios constituem a base do tratamento sintomático da DPOC, promovendo alívio da dispnéia e melhorando a capacidade para o exercício. São os medicamentos de escolha para o manejo sintomático de portadores da doença em todos os estágios.

As principais classes de broncodilatores inalados são os agonistas β -2 adrenérgicos e anticolinérgicos. Todo paciente com DPOC que tenha sintomas respiratórios deve ser tratado com broncodilatadores, de preferência de longa duração, como tratamento da manutenção dos sintomas, reduzindo a frequência de exacerbações e hospitalizações, e melhorando a qualidade de vida do paciente.¹⁸

A recomendação nos casos de pacientes em que os sintomas continuem persistentes mesmo com a monoterapia broncodilatadora de

14 Cf. GOLD - GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD*. 2011.

15 Cf. FERNANDES, F. L. A. *et al.* Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC: perguntas e respostas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. São Paulo, 2017.

16 Cf. SBPT - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 30, 2004.

17 Cf. FERNANDES, F. L. A. *et al.* Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC... *Op. cit.*

18 Cf. COSTA, C.H.; RUFINO, R. Tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, v. 12, 2013.

longa duração, é associar dois broncodilatadores de longa duração que tenham classes terapêuticas distintas.¹⁹ O tratamento com corticoide inalatório em portadores de DPOC se restringe a portadores de DPOC com VEF1 inferior a 50% e com mais de duas exacerbações ao ano. O uso de corticoides inalados foi recomendado devido ao fato de apresentarem menos efeitos secundários que os corticosteroides orais.²⁰

Os medicamentos utilizados na DPOC são administrados por via inalatória, propiciando uma maior concentração local e menor risco de efeitos adversos sistêmicos.²¹

O dispositivo inalatório é essencial para utilização dessas drogas por essa via e seu uso adequado é de grande importância para a deposição do fármaco no sítio de ação.²²

Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no Espírito Santo

A política da Assistência Farmacêutica no Espírito Santo foi publicada em 2007 por meio do Decreto nº1956-R, visando garantir à população capixaba o acesso equânime a medicamentos essenciais e excepcionais de qualidade, em todos os níveis de atenção à saúde, cuidando de promover o seu uso racional e a humanização do atendimento prestado aos seus usuários.²³

Nesse contexto, a fim de eliminar o referido vazio assistencial existente na terapêutica da DPOC, a SESA elaborou o Protocolo Clínico para o manejo da DPOC através da Portaria 053-R de 12 de maio de 2009.²⁴

19 Cf. GOLD - GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD*. 2017... *Op. cit.*

20 Cf. GOLD - GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD*. 2011... *Op. cit.*

21 *Ibidem.*

22 Cf. ROY, A. *et al.* apud VASCONCELOS, I.M.M. Prevalência do uso inadequado de dispositivos inalatórios por pacientes com asma e/ou DPOC atendidos em ambulatório especializado. *Revista Saúde e Ciência*, v. 4, n. 2, p. 6-18, 2015.

23 Cf. ESPÍRITO SANTO. **Decreto nº 1956-R de 07 de novembro de 2007**. Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências. Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

24 Cf. ESPÍRITO SANTO. **Portaria 053-R, de 12 de maio de 2009**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da DPOC. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica, 2009.

O protocolo Estadual era o único documento que estabelecia os critérios de dispensação dos medicamentos especializados no estado até a publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) pelo Ministério de Saúde através da Portaria nº 609 de junho/2013.²⁵

Os medicamentos constantes no PCDT são adquiridos pela união e repassados ao estado, que é responsável pelo armazenamento e distribuição. Apenas um medicamento dispensado no estado para DPOC não foi incorporado pelo Ministério da Saúde, mas é contemplado no Protocolo Estadual onde o estado é responsável pela aquisição com seus próprios recursos, o Brometo de Tiotrópio.

Os medicamentos padronizados no estado para tratamento da DPOC dispensados pelo Componente Especializado estão descritos no **Quadro 1**.

Quadro 1: Medicamentos padronizados para tratamento da DPOC pelo Componente Especializado no Espírito Santo		
Medicamento	Classe terapêutica	Protocolo incorporado
Formoterol 12mcg	Broncodilatador agonista β -2-adrenérgico	PCDT-MS
Formoterol + Budesonida 6mcg+200mcg 12mcg+400mcg	Broncodilatador agonista β -2-adrenérgico + corticoide	PCDT-MS
Salmeterol 50mcg	Broncodilatador agonista β -2-adrenérgico	PCDT-MS
Brometo de Tiotrópio 2,5mcg	Broncodilatador anticolinérgico	Protocolo estadual

No Espírito Santo, a dispensação dos medicamentos do Componente Especializado é realizada nas Farmácias Cidadãs Estaduais, que contam com dez unidades no estado, localizadas nos municípios de Vitória, Cariacica, Vila Velha, Cachoeiro de

25 Cf. BRASIL. Portaria nº 609 de 06 de junho de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica... *Op. cit.*

Itapemirim, Colatina, Linhares, São Mateus, Nova Venécia, Venda Nova do Imigrante e Serra.²⁶

A Farmácia Cidadã Estadual foi criada para trazer ao estado um conceito moderno em farmácia pública com foco na humanização, através de uma maior disponibilidade de medicamentos, estrutura física adequada, dispensação realizada exclusivamente por farmacêutico, informatização e desburocratização. Diferentemente das farmácias municipais, que fornecem remédios para doenças mais comuns, as Farmácias Cidadãs Estaduais têm como proposta atender pacientes que sofrem de doenças crônicas de tratamento prolongado e de alto custo.

Em relação ao funcionamento da farmácia: o primeiro passo para solicitar um medicamento contemplado no componente especializado é levar a documentação necessária para abertura de um processo na farmácia cidadã do município mais próximo, que será encaminhada para a Comissão local. A mesma avalia as documentações recebidas e mediante a essa análise, autorizam o início do tratamento desde que sejam atendidos os critérios definidos nos Protocolos estaduais e do Ministério da Saúde e após o parecer a farmácia cidadã informa ao paciente. A dispensação do medicamento é feita exclusivamente pelo farmacêutico mediante documentações exigidas pelos protocolos clínicos específicos. Para cada medicamento é exigido uma documentação específica, como exames e laudos.²⁷

Esse modelo de farmácia permitiu a atuação do farmacêutico mais próxima ao usuário podendo interferir positivamente sobre sua saúde, tendo em vista que difere do modelo anterior, na qual a dispensação não era realizada por farmacêutico e ocorria por meio de uma pequena abertura na divisória que representava uma barreira e inviabilizava a orientação ao paciente sobre o modo correto de utilizar seus medicamentos.²⁸

As farmácias cidadãs Estaduais são supervisionadas pela GEAF cuja finalidade é a coordenação das ações de formulação, planejamento,

26 Cf. ESPÍRITO SANTO. **Farmácia Cidadã Estadual**: mais eficiência no serviço à população. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência da Assistência Farmacêutica, 2013. Disponível em: <<http://saude.es.gov.br/farmacia-cidada-estadual-mais-eficiencia-no-s>>. Último acesso em: 06 Ago. 2017.

27 *Ibidem*.

28 Cf. SANTOS, S. C. M. dos; BARCELOS, P.C.; MOREIRA, G.L.; **Política de Assistência Farmacêutica do Estado do Espírito Santo**. Vitória: CONSAD, Gestão Pública. Vitória, 2017.

direção, organização, normalização, articulação, controle e avaliação relacionada com a Política de Assistência Farmacêutica.²⁹ As farmácias cidadãs apresentam uma equipe multiprofissional que atua em diversos setores do processo de fornecimento dos medicamentos e insumos. Além de farmacêuticos, a farmácia conta com assistente social, que atua no atendimento aos usuários e médicos que atuam nas comissões locais. Os farmacêuticos atuam na dispensação do medicamento, na gestão da farmácia, na gestão do estoque e nas comissões locais da farmácia.

Neste contexto, o farmacêutico atuante na dispensação dos medicamentos nas farmácias cidadãs não deve ser apenas um dispensador de medicamentos, mas por outro lado, deve ter uma visão humanizada que não foque somente no medicamento, enquanto produto farmacêutico e passe a ser direcionado ao paciente, com a preocupação de orientá-lo minimizando os riscos inerentes à utilização deste produto sejam minimizados.³⁰

No caso da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, é extremamente importante a dedicação do farmacêutico da dispensação na orientação aos usuários da utilização correta dos medicamentos inalatórios, visto que o medicamento é considerado o pilar do processo de reabilitação, e muitos pacientes portadores da doença apresentam dificuldades na utilização dos dispositivos inalatórios onde estão vinculados a maioria dos fármacos para o tratamento, resultando em uma terapêutica inadequada.³¹

Para que um protocolo clínico seja efetivo no sistema de saúde, é necessário que sua disseminação e implementação sejam vigorosamente perseguidas. Os protocolos clínicos estabelecidos para dispensação dos medicamentos no Componente Especializado devem ser compreendidos e aplicados pelos profissionais de saúde envolvidos nesse processo, por isso é de grande importância verificar, se esses profissionais estão aptos a entendê-los e utilizá-los em sua prática diária de trabalho.³²

29 Cf. ESPÍRITO SANTO. Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica – GEAF. 2017. Disponível em: <<https://farmaciacidadada.es.gov.br/geaf>>. Último acesso em: 06 Ago. 2017.

30 Cf. *Idem*. ESPÍRITO SANTO. Farmácia Cidadã Estadual... *Op. cit.*; RIOS, I. C. *Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão*. São Paulo: Editora Áurea, 2009.

31 Cf. LISBOA, C. R. A. *Educação farmacêutica e a doença pulmonar obstrutiva crônica*. Dissertação (Mestrado). Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), 2008.

32 Cf. BRASIL. *Da excepcionalidade às linhas de cuidado: O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica*. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Outro problema a ser investigado por meio desta proposta é a falta de orientação farmacêutica de qualidade nos serviços prestados nas Farmácias Cidadãs estaduais. Dados de pesquisa realizada pelo nosso grupo em parceria com a Gerência Estadual da Assistência Farmacêutica apontam que, na visão do usuário, o atendimento clínico do farmacêutico nesses locais, com orientações sobre a forma correta de utilização do medicamento, esclarecimentos sobre a doença, reações adversas, entre outros, não deve ser o mais adequado.³³ De fato, os piores escores de satisfação foram atribuídos ao trabalho clínico do farmacêutico, sendo as piores notas dadas aos itens “orientações do farmacêutico sobre como tomar os seus medicamentos” e “explicação do farmacêutico sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos”.³⁴

A orientação farmacêutica sobre a utilização correta dos medicamentos nos portadores de DPOC tem um papel fundamental na otimização da terapêutica, é de grande importância a avaliação da qualidade do atendimento farmacêutico com esses pacientes.

Outro aspecto importante no que se refere a proposta do estudo é a doença escolhida. A doença pulmonar obstrutiva crônica representa uma parcela significativa dos usuários atendidos nas Farmácias Cidadãs e uma grande parcela de internação e óbitos causados por doenças do aparelho respiratório no Espírito Santo.

Considerando a carência de estudos envolvendo usuários portadores de DPOC atendidos pelo Componente Especializado nas Farmácias Cidadãs e de estudos que avaliem o funcionamento da Farmácia Cidadã faz com que nossa pesquisa traga uma contribuição importante para a área da assistência farmacêutica. Além disso, o estudo possui parceria com o Centro de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica da GEAF, sendo possível uma aplicabilidade de melhoria na prática diante das lacunas observadas no estudo.

Diagnóstico do serviço de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para o

Mínistério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica, Brasília, 2010.

33 Cf. CASSARO, K. O. S. *Nível de satisfação dos usuários de farmácias públicas de dispensação de medicamentos de alto custo: resultado de estudo no estado do Espírito Santo*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Universidade Vila Velha. Vila Velha, 2013.

34 *Ibidem*.

tratamento de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) atendidos nas Farmácias Cidadãs do estado do Espírito Santo.

A pesquisa realizada tratou-se de um estudo retrospectivo do serviço de dispensação de medicamentos para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica aos usuários das Farmácias Cidadãs do Espírito Santo. O estudo foi realizado empregando-se levantamento de informações com objetivo de traçar o perfil dos usuários, avaliar o cumprimento do protocolo clínico na dispensação dos medicamentos e a utilização dos mesmos pelos usuários por meio da coleta de dados do processo de cada usuário incluso no estudo e uma entrevista estruturada.

O estudo foi realizado com usuários de medicamentos para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica atendidos nas Farmácias Cidadãs Estaduais Metropolitana e do município de Vila Velha. Estas farmácias foram selecionadas por representarem 34,5% do total de processos ativos das Farmácias Cidadãs (ESPIRITO SANTO, 2016) no ano de 2016, conforme tabela 1.

Município de Localização da Farmácia	Número de Processos Ativos em 2016
Cachoeiro de Itapemirim	10.398
Colatina	6.221
Linhães	4.333
Metropolitana (Cariacica)	12.353
Nova Venécia	3.069
São Mateus	3.637
Serra	9.561
Venda Nova do Imigrante	1.924
Vila Velha	12.630
Vitória	8.122

Os medicamentos para DPOC são fornecidos nas Farmácias Cidadãs apenas para os usuários com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) contemplados pelo PCDT, conforme tabela a seguir (Tabela 1). Portanto, foi solicitado um relatório para Secretaria Estadual de Saúde

com todos os usuários ativos das duas farmácias que foram cadastrados com um dos três CIDs correspondentes em março de 2017. O número total de processos ativos nas Farmácias Cidadãs Metropolitana e Vila Velha para fornecimento de medicamentos para DPOC apresentado no relatório foi de 953 processos.

Código	Descrição
J44.0	Doença Pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior
J44.1	Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada
J44.8	Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica

Desse total, foram incluídos no estudo apenas os processos que foram abertos nas farmácias após a vigência do PCDT-MS publicado pela portaria nº 609 de 06/06/2013 e apresentaram pelo menos um ano de continuidade do tratamento. Foram excluídos do estudo os processos que foram abertos antes da vigência do PCDT-MS, processos em que o fornecimento do medicamento não completou um ano de continuidade seja por tempo de abertura ou pela interrupção do tratamento e os processos que não foram encontrados na base de dados do sistema.

A coleta de dados dos processos dos usuários foi realizada através da consulta ao Sistema *Onbase*, que é um sistema de armazenamento de dados informatizado implantado pela SESA nas Farmácias Cidadãs, onde os processos dos usuários estão todos arquivados em forma digital.

A coleta de dados foi realizada no período entre os meses de abril e junho de 2017 em um computador disponibilizado para uso pela GEAF na Farmácia Cidadã.

Os dados coletados nos processos foram:

- Variáveis individuais (sexo, idade e exposição aos fatores de risco para a doença, como: tabagismo, exposição ocupacional, exposição a gases tóxicos etc.). No caso de tabagismo, foi coletado também: o tempo de tabagismo, carga tabágica e tempo de cessação do fumo, no caso dos ex-tabagistas;
- Informações do tratamento do usuário para a respectiva doença;

- Informações clínicas do usuário;
- Documentações na abertura do processo na farmácia;
- Documentações na continuidade do tratamento na farmácia.

Foi realizada uma entrevista por meio de um questionário com os usuários de medicamentos para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica atendidos nas farmácias Cidadãs de Cariacica e Vila Velha (**Anexo 1**).

Foram incluídos nessa etapa do estudo qualquer usuário que possuía processo ativo na farmácia independente do tempo de abertura e continuidade do tratamento e aceitasse participar do estudo. Foram excluídos do estudo usuário que não estava com boas condições para responder o questionário proposto e os representantes legais dos usuários.

O convite para a participação da pesquisa foi feito por conveniência, ou seja, foram convidados os usuários que estavam na farmácia para buscar medicação no dia da coleta de dados.

Não houve agendamento prévio com o usuário para a entrevista. A entrevista foi realizada com 35 usuários, sendo 25 da farmácia de Cariacica-CRE e 8 da farmácia de Vila Velha. O período de entrevista nas farmácias foi entre os meses de fevereiro e abril de 2017.

Foram coletados na entrevista dados socioeconômicos, dados referentes a utilização da medicação e avaliação da técnica inalatória pelo usuário. A avaliação da técnica inalatória foi feita de forma visual através da solicitação ao usuário a demonstração de como ele utiliza a medicação. A avaliação da técnica inalatória foi realizada através de um *check-list* onde cada etapa da utilização era marcada como correta ou errada. Ao final, somou-se a quantidade de acertos e erros durante o uso do medicamento. Após a demonstração pelo usuário, caso fosse identificado algum erro, era demonstrada a forma correta de uso. Todos os usuários que aceitaram participar da entrevista leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ficaram com uma cópia do documento (**Anexo 2**).

Todos os dados coletados nos processos e na entrevista foram tabulados em Excel. Os dados qualitativos foram expressos em porcentagem e os dados quantitativos expressos em média \pm desvio padrão.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Vila Velha sob nº CAAE 45621815.8.0000.5064 na

PLATBR. A coleta de dados dos processos no sistema *Onbase* e a execução das entrevistas nas farmácias foi autorizada pela Secretaria Estadual de Saúde mediante um ofício emitido pela GEAF nº 481/2017.

Análise Processual nas Farmácias Cidadãs

O total de usuários com processos ativos nas Farmácias Cidadãs Estaduais para recebimento de medicamentos para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em abril de 2017 é de 2.619 processos em todo o estado do Espírito Santo. A distribuição desses processos nas unidades das Farmácias Cidadãs consta na **Figura 1**. A farmácia que possui maior número de processos ativos é a Metropolitana, localizada no município de Cariacica, seguida pela farmácia cidadã de Vila Velha. As duas juntas representam 36,39% do total de processos ativos no estado, e por isso foram as farmácias selecionadas para o estudo. Esses dados corroboram com os indicadores da Gerência da Assistência Farmacêutica, que apontou, em um relatório emitido no início do ano, as duas farmácias como as que tiveram maior número de processos ativos no ano de 2016.³⁵

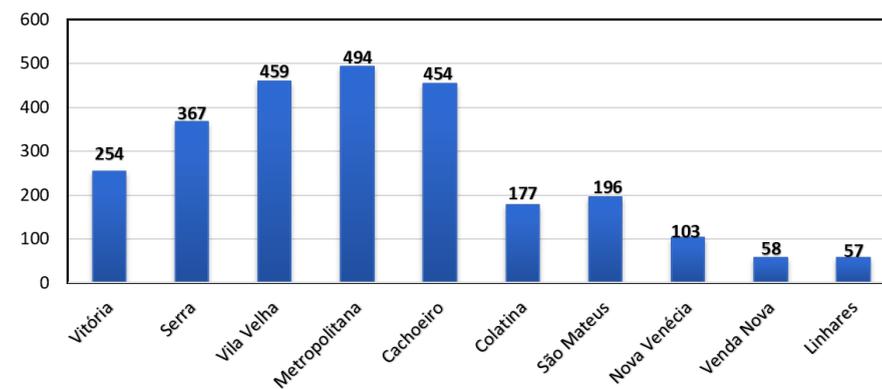
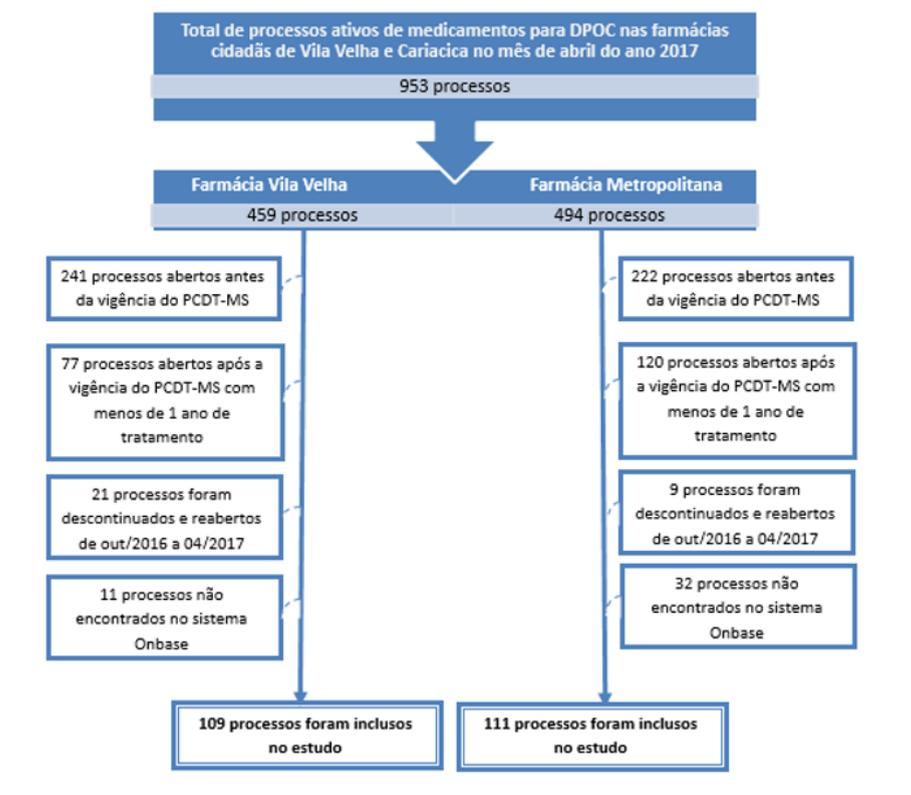


Figura 1: Total de processos ativos nas Farmácias Cidadãs Estaduais para fornecimento de medicamentos para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em abril do ano de 2017.

Do total de 953 processos ativos para o fornecimento de medicamentos para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica nas farmácias cidadãs Metropolitana e Vila Velha, foram analisados 220 processos, o que representa 23,08% desse total.

35 ESPIRITO SANTO. Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica – GEAF... *Op. cit.*



Fluxograma 1: Número de processos ativos incluídos na pesquisa.

Foram selecionados somente os processos que foram abertos nas farmácias após a vigência do PCDT-MS em 06/06/2013 e que possuía um período mínimo de um ano de continuidade do tratamento.

A análise de todos os processos ativos de medicamentos para DPOC nas Farmácias Cidadãs Metropolitana e Vila Velha e os critérios de inclusão para o estudo estão demonstrados no **Fluxograma 1**.

A atuação na análise processual foi dificultada nas farmácias selecionadas sobrepujando o prazo inicial estipulado para coleta por diversos fatores, dentre eles, a constante mudança de pessoal neste setor, mudança da gerência responsável que delongava o início da pesquisa, falta de um local apropriado para análise dos documentos nas farmácias e a transição do arquivo físico para digital na farmácia Metropolitana, que foi concluída no final do primeiro semestre de 2017.

Perfil do usuário

As informações coletadas nos 220 processos, mostraram que a maioria dos usuários de medicamentos para DPOC nas Farmácias Cidadãs estudadas são do sexo masculino, com idade entre 60-80 anos, ex-tabagistas, representados legalmente e usuários do Sistema Único de Saúde. As variáveis demográficas estão descritas na **tabela 2**. Os dados referentes à exposição aos fatores de risco para a doença estão descritos na **tabela 3**.

Tabela 2: Variáveis demográficas dos usuários de medicamentos para DPOC atendidos nas farmácias Cidadãs de Vila Velha e Metropolitana

Variáveis	Farmácia Cidadã Vila Velha (n=109)	Farmácia Cidadã Metropolitana (n=111)	Total (n=220)
Sexo			
Feminino	53,21% (n=58)	44,14% (n=49)	48,64% (n=107)
Masculino	46,79% (n=51)	55,86% (n=62)	51,36% (n=113)
Faixa etária			
40 – 60 anos	11,92% (n=13)	19,8% (n=22)	15,90% (n=35)
60 – 80 anos	77,98% (n=85)	67,56% (n=75)	72,7% (n=160)
> 80 anos	10,09% (n=11)	12,60% (n=14)	11,36% (n=25)
Representante legal			
Sim	51,38% (n=56)	58,56% (n=65)	55% (n=121)
Não	48,62% (n=53)	41,44% (n=46)	45% (n=99)
Origem do processo			
SUS	55,97% (n=61)	73,88% (n=82)	65% (n=143)
Particular	41,28% (n=45)	25,22% (n=28)	33,18% (n=73)
Judicial	2,75% (n=3)	0,9% (n=1)	1,82% (n=4)

Tabela 3: Frequência da exposição aos fatores de risco pelos usuários de medicamentos para DPOC atendidos nas Farmácias Cidadãs de Vila Velha e Metropolitana

Variáveis (expressas em %)	Farmácia Cidadã Vila Velha (n=109)	Farmácia Cidadã Metropolitana (n=111)	Total (n=220)
Tabagista	7,34% (n=8)	5,4% (n=6)	6,36% (n=14)
Ex-tabagista	57,78% (n=63)	69,36% (n=77)	63,63% (n=140)
Tabagista passivo	2,75% (n=3)	3,60% (n=4)	3,18% (n=7)
Não tabagista	3,67% (n=4)	3,60% (n=4)	3,63% (n=8)

Condição tabágica não informada	28,4% (n=31)	18% (n=20)	23,18% (n=51)
Fumaça fogão de lenha	12,84% (n=14)	15,31% (n=17)	14,09% (n=31)
Exposição ocupacional	1,83% (n=2)	0,90% (n=1)	1,36% (n=3)

Os usuários tabagistas e ex-tabagistas representam 70% do total de processos analisados e nesses foi verificado também os dados de tempo de tabagismo (em anos) e carga tabágica (nº de cigarros/dia). Não foi observado nenhum usuário com tempo de tabagismo inferior a 10 anos. Esses dados estão apresentados na **tabela 4**. Aos usuários ex-tabagistas também foi verificado o tempo de cessação do tabagismo. A mediana do tempo de cessação dos usuários foi de 12 anos (0,1 – 40 anos) e 5 anos (0,6-40 anos), na farmácia Metropolitana e Vila Velha, respectivamente. Porém essa informação não foi encontrada em 53,57% dos processos de usuários ex-tabagistas.

Tabela 4: Perfil tabágico dos usuários de medicamentos para DPOC nas Farmácias Cidadãs Metropolitana e Vila Velha			
Variáveis (Expressas em média ± DP e %)	Farmácia Cidadã Vila Velha (n=71)	Farmácia Cidadã Metropolitana (n=83)	Total (n=154)
Tempo de tabagismo (em anos)			
10 - 20 anos	15,49% (n=11)	8,43% (n=7)	11,69% (n=18)
21 – 40 anos	49,29% (n=35)	38,55% (n=32)	43,50% (n=67)
> 40 anos	16,90% (n=12)	27,71% (n=23)	22,72% (n=35)
Não informado	18,30% (n=13)	25,3% (n=21)	22,07% (n=34)
Carga tabágica (cigarro/dia)			
< 10 cig/dia	5,63% (n=4)	7,22% (n=6)	6,49% (n=10)
10 – 20 cig/dia	42,25% (n=30)	36,14% (n=30)	38,96% (n=60)
> 20cig/dia	7,041% (n=5)	15,66% (n=13)	11,69% (n=18)
Não informado	45,07% (n=32)	40,96% (n=34)	48,86% (n=66)

É reconhecido que o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da DPOC é a fumaça de cigarro, o que justifica a alta prevalência do tabagismo nos usuários dos medicamentos para DPOC, incluindo tabagistas ativos e ex-tabagistas (70%). A prevalência da doença no sexo masculino corrobora com estudos prévios e pode ser justificada pelo fato do hábito de fumar ser mais frequente nos homens, apesar de o sexo feminino ser mais prevalente na farmácia de Vila Velha.³⁶ Um estudo apontou que não há mais diferença significativa entre a ocorrência da doença entre sexo masculino e feminino devido a mudança no perfil tabágico das mulheres, e alguns mostram uma maior prevalência da doença em mulheres.³⁷

Esses dados nos levam a perceber que o gênero não possui uma relação direta com o desenvolvimento da DPOC, mas sim a presença de outros fatores de risco ter sido maior nos usuários homens da pesquisa.

Além disso, a prevalência dos usuários com idade entre 60-80 anos segue em consonância com outros estudos que encontraram também maior número de casos da doença entre a sexta e a oitava década de vida.³⁸ Esses dados podem estar relacionados com um maior tempo de exposição ao cigarro por indivíduos com idade mais avançada do que indivíduos mais jovens, pois esses tiveram ou ainda tem um tempo maior de fumo. A análise do perfil tabágico dos usuários de medicamentos para DPOC nos permite inferir que tanto os fumantes ativos quanto os ex-fumantes têm uma considerável carga tabágica acumulada ao longo de sua vida, visto que a maioria fumou entre 21 e 40 anos em média 10 a 20 cigarros por dia.

36 FAGANELLO, M.M. **Fatores associados à ocorrência de exacerbação em pacientes com DPOC**. Dissertação (Doutorado). Programa de Pós-Graduação Fisiopatologia em Clínica Médica. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2007.; COCCO, R.R. **Avaliação qualitativa dos dispositivos de medicamentos inalatórios referidos por pacientes com asma e/ou DPOC**. Moreira Junior Editora, São Paulo, 2008.

37 QUEIROZ, M.C.C.A.M; Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em Aparecida de Goiânia, Goiás. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 38, n. 6, p. 692-699. 2012; SOUZA, C.A. **Doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados em São Paulo**. SP, 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*. v. 45, n. 4, p. 887-896, 2011; MENEZES, Ana Maria Baptista *et al*. *Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated factors: the PLATINO Study in São Paulo, Brazil*. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 5, p. 1565-1573. 2005; PISONI, T.M. **Prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e fatores de risco ambientais nos bairros mais populosos de Nova Hamburgo...** *Op. cit.*

38 QUEIROZ, M.C.C.A.M; Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em Aparecida de Goiânia, Goiás... *Op. cit.*; MENEZES, Ana Maria Baptista *et al*. *Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated factors...* *Op. cit.*

Vale ressaltar que as informações de tempo de tabagismo, carga tabágica e tempo de cessação do tabagismo não foram mencionadas pelos prescritores nos laudos e nem nos exames de muitos usuários na abertura do processo e continuidade do tratamento. Resta saber se de fato os prescritores apenas não colocaram no laudo ou se os mesmos não coletaram essas informações de seus pacientes. A coleta dessas informações pelo médico é de grande importância pois são considerados preditivos de mortalidade da DPOC.³⁹

O ato de parar de fumar deve ser encarado como a intervenção mais importante para todos os doentes com DPOC que fumam, independentemente do nível de gravidade da doença.⁴⁰ Cabe saber se os usuários que foram relatados como ex-tabagistas realmente interromperam o hábito seguindo as recomendações médicas ou relataram que pararam, mas ainda continuam fumando.

A participação no Programa ao combate do Tabagismo ofertados pelas redes municipais de saúde é uma ferramenta de grande ajuda aos portadores de DPOC tabagistas e ex-tabagistas, sendo a inclusão de uma comprovação da participação desses usuários a esses grupos na abertura do processo seria uma forma de cobrar mais e incentivar essa cessação.

Nos municípios de Cariacica e Vila Velha esses programas são ativos e ofertados em unidades de saúde de referência.⁴¹

O programa é desenvolvido por meio de grupos que são conduzidos pela equipe multiprofissional das unidades de saúde (composta por médico, enfermeiro, assistente social e psicólogos) que

receberam treinamento para efetivar esta atividade.⁴² No Programa de Combate ao Tabagismo oferecido pela Prefeitura de Vila Velha, depois do prazo de um mês, os participantes que conseguem abandonar o cigarro são acompanhados por mais dois anos. De acordo com as estatísticas do Programa, o índice de reincidência ao vício é de 30%, mostrando a importância da participação dos ex-tabagistas nesses grupos.⁴³ Já no município de Cariacica, o acompanhamento é feito por até um ano.⁴⁴ Dados parciais compilados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo revelam que 1.984 fumantes ingressaram nos programas municipais de combate ao tabagismo em 2016. Desses, 45,9% conseguiram deixar o cigarro.⁴⁵

Deve-se levar em consideração que a doença também pode se desenvolver em não fumantes, como em indivíduos, principalmente mulheres, que vieram do interior e tiveram uma exposição prolongada a fumaça do fogão de lenha, que no nosso estudo representou o segundo fator de risco mais observado nos usuários, com uma prevalência bem menor que o tabagismo, mas que não pode ser esquecida, assim como a exposição ocupacional.

O fato da maioria dos usuários de medicamentos para DPOC estudados serem idosos, justifica uma grande parcela desses usuários possuir representantes legais na farmácia para buscar a medicação. Dependendo da gravidade, a DPOC tem caráter incapacitante prejudicando diretamente a qualidade de vida e estado de saúde do indivíduo.⁴⁶ O impacto da DPOC sobre o indivíduo portador proporciona uma limitação física para a execução das atividades da vida diária.⁴⁷ Esse fato associado com a idade avançada dos usuários,

39 Cf. ESPANHOL, R. L. P. DPOC. **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2011.

40 Cf. GOLD - GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD. A Guide for Health Care Professionals*. 2017... *Op. cit.*

41 Cf. CARIACICA. **Programa de Combate ao tabagismo auxilia moradores na luta contra o cigarro**. Secretaria Estadual de Saúde. Prefeitura Municipal de Cariacica, 2017. Disponível em: <<http://www.cariacica.es.gov.br/programa-de-combate-ao-tabagismo-auxilia-moradores-na-luta-contra-o-cigarro>> Último acesso em: 02 Set. 2017; VILA VELHA. **Ações contra o tabagismo no Dia Nacional de Combate ao Fumo em Vila Velha**. Secretaria Estadual de Saúde, Prefeitura Municipal de Vila Velha, 2017. Disponível em: <<http://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2017/08/acoes-contra-o-tabagismo-no-dia-nacional-de-combate-ao-fumo-em-vila-velha-17503>>. Último acesso em: 02 set. 2017.

42 Cf. ESPIRITO SANTO. **Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica – GEAF**... *Op. cit.*

43 Cf. VILA VELHA. **Combate ao tabagismo**. Secretaria Estadual de Saúde. Prefeitura Municipal de Vila Velha, 2013. Disponível em: <<http://www.vilavelha.es.gov.br/paginas/saude-combate-ao-tabagismo>> Último acesso em: 02 Set. 2017.

44 Cf. CARIACICA. **Programa de Combate ao tabagismo auxilia moradores na luta contra o cigarro**... *Op. cit.*

45 Cf. ESPIRITO SANTO. **Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica – GEAF**... *Op. cit.*

46 Cf. GOLD - GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD*. 2011... *Op. cit.*

47 Cf. SANTOS, M. L.; ROSA, R. J.; BATTAGIN, A. M. Avaliação da capacidade funcional, humor e cognição em pacientes portadores de DPOC. *ConScientiae Saúde*, v. 8, n. 2, p. 267-273, 2009

contribuiu diretamente para o alto índice de procuradores nas farmácias para buscar as medicações para a doença.

Dentre os processos analisados a maior parcela apresentou o receituário proveniente do SUS. Estudos prévios realizados nas Farmácias Cidadãs Estaduais também apontaram prevalência dos receituários originários no Sistema Único de Saúde.⁴⁸ No nosso estudo, a Farmácia Cidadã Metropolitana apresentou um maior número de processos para DPOC originários no SUS em detrimento da Farmácia Cidadã de Vila Velha.

Esse resultado está em consonância com indicador publicado pela GEAF referente a origem das prescrições recebidas nas Farmácias Cidadãs no ano 2016, mostrando que a Farmácia Metropolitana apresentou um maior número de processos ativos originários no SUS que a de Vila Velha, inclusive, a farmácia de Vila Velha foi a que apresentou de todas as dez farmácias do estado, o menor índice de prescrições originárias do SUS.⁴⁹

Abertura do processo na Farmácia Cidadã

O tempo entre a solicitação de abertura do processo pelo usuário na farmácia e a autorização pela Comissão Local de teve uma mediana de 14 dias (1-90 dias). Sendo que 81,82% dos processos tiveram a análise e deferimento pela comissão local em até 30 dias corridos, que é o prazo determinado pela Secretaria Estadual de Saúde para deferir ou não o processo.

Todos os usuários apresentaram Termo de Responsabilidade e Esclarecimento preenchido pelo usuário e prescritor, receita médica prescrita por médico pneumologista e LME na abertura do processo e 98,63% apresentaram Espirometria com prova broncodilatadora. Apenas três usuários não apresentaram o exame, mas continha laudo médico relatando que o paciente não tinha condições de realizar o mesmo.

48 CASSARO, K.O.S. Nível de satisfação dos usuários de farmácias públicas de dispensação de medicamentos de alto custo... *Op. cit.*; CAMPELO, K.U.A. **Avaliação dos processos de dispensação de medicamentos de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da dislipidemia para prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite nas farmácias cidadãs do Espírito Santo**, 2017. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Vila Velha, 2017.

49 Cf. ESPIRITO SANTO. **Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica – GEAF...** *Op. cit.*

Receita médica

Em relação a receita médica entregue para abertura do processo, apenas 7,27% dos usuários (n=16) apresentou receita médica com algum tipo de erro. O erro mais frequente foi a descrição do medicamento pelo nome comercial.

LME ou Laudo médico a parte

Em relação a descrição dos sintomas, ao todo 64,54% dos processos (n=142) apresentaram descrição dos sintomas relatados pelo prescritor no LME ou laudo à parte. Em 24,45% dos processos (n=28), o prescritor especialista apenas utilizou o termo “sintomas respiratórios persistentes” sem especificar os mesmos. Na **Figura 1** consta os sintomas específicos relatados pelos prescritores no laudo.

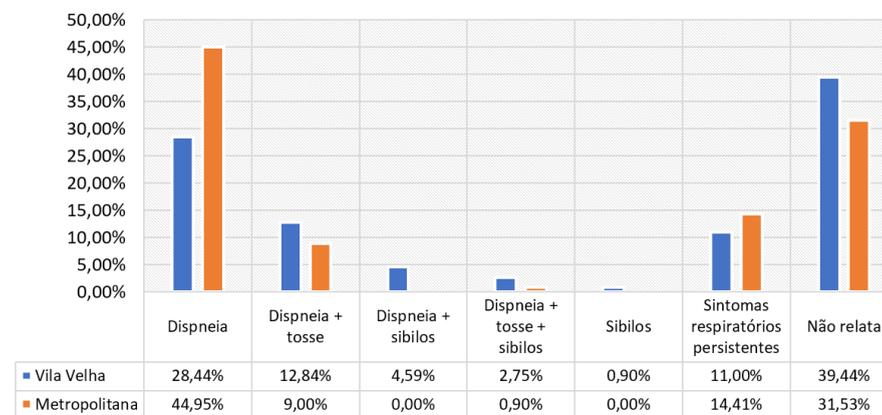


Figura 1: Relato de sintomas pelos prescritores nos laudos médicos na abertura processual de medicamentos para DPOC.

Esses dados estão de acordo com a literatura, que apontam a dispneia e a tosse como os sintomas mais frequentes na DPOC. A dispneia é considerada um sintoma de destaque da doença e a razão pela qual a maioria dos doentes procura atendimento médico.⁵⁰

Quanto a descrição do CID no LME apresentado na abertura do processo, a maioria apresentou (55%) CID J44.8 e apenas 7,27% (n=16) estavam com CID incorreto, ou seja, não contemplado no PCDT-MS da DPOC. Esses dados mostram o conhecimento dos CID contemplados

50 Cf. ESPANHOL, R.L.P. **DPOC. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica...** *Op. cit.*

pelos profissionais prescritores. Isso pode ser explicado pelo fato da prescrição inicial ser realizada pelo Pneumologista.

Espirometria

Ao analisar os parâmetros da espirometria apresentada na abertura do processo, 87,55% (n=190) dos usuários apresentaram espirometria com razão VEF1/CVF < 0,7 após broncodilatador, que é o critério de inclusão definido pelo PCDT-MS.

Do total de usuários analisados (n=220), apenas 56,36% apresentaram diagnóstico clínico e funcional para DPOC na abertura do processo. Sendo que, os critérios para inclusão do paciente no PCDT-MS é apresentar o diagnóstico clínico e funcional para DPOC. Para que o usuário tenha um diagnóstico clínico deve apresentar no mínimo um dos sintomas respiratórios relatados (tosse, dispneia, sibilância e expectoração) e diagnóstico funcional é apresentar razão VEF1/CVF < 0,7 pós broncodilatador.

Esses dados mostram que as normas para a abertura do processo nas farmácias cidadãs estão sendo cumpridas, com mínimos erros na recepção dos documentos para encaminhamento a comissão local. Entretanto, no momento do deferimento do processo, não está havendo uma cobrança rígida do diagnóstico clínico nos laudos e uma análise mais precisa dos parâmetros na espirometria deve ser reforçada.

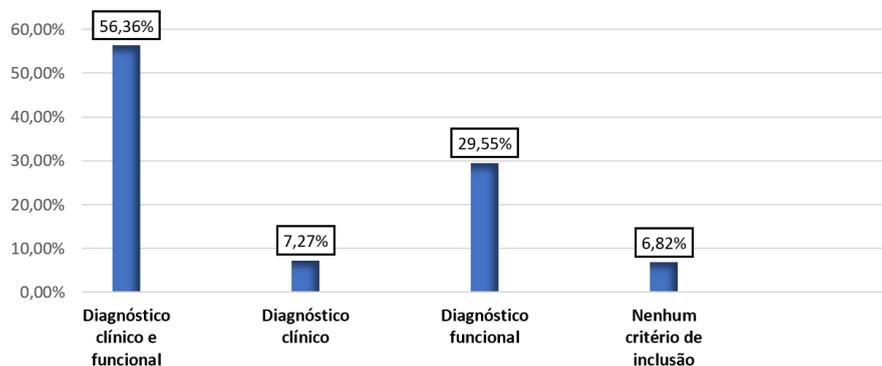


Figura 2: Presença dos critérios para inclusão no PCDT da DPOC na abertura dos processos analisados das Farmácias Cidadãs Metropolitana e Vila Velha.

Medicamentos utilizados pelos usuários

Verificou-se que a maioria dos usuários de medicamentos para DPOC nas farmácias utiliza o medicamento Formoterol 12mcg, seguido do Tiotrópio 2,5mcg e o menos utilizado é o Formoterol + Budesonida 12/400mcg, em ambas farmácias. A frequência de utilização dos medicamentos para DPOC nas farmácias está apresentada no **Figura 3**.

Em relação aos medicamentos não padronizados para tratamento da DPOC na Farmácia Cidadã, foram identificados três usuários na farmácia de Vila Velha de medicamentos não padronizados para DPOC. Os três utilizam o medicamento Salmeterol+Fluticasona 250mcg. Esse medicamento já foi padronizado para utilização na DPOC pelo Protocolo Estadual antes da vigência do PCDT-MS, e atualmente é padronizado apenas para os CID's de asma. Na farmácia Metropolitana foi identificado apenas um usuário de medicamento não padronizado para DPOC, que mediante mandado judicial, recebe o medicamento

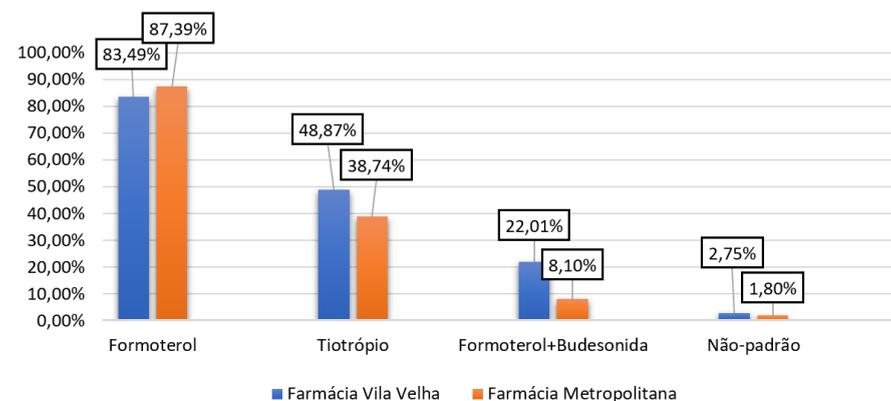


Figura 3: Frequência da utilização de medicamentos fornecidos para DPOC nas farmácias cidadãs de Vila Velha e Metropolitana em abril de 2017.

Dentre os esquemas terapêuticos dos usuários, o mais comum é a monoterapia com Formoterol 12mcg, seguido pela associação do Formoterol 12mcg com o Tiotrópio 2,5mcg. Do total de 220 usuários, 20,90% (n=46) dos usuários tiveram mudança no tratamento desde a abertura do processo. Em 35 usuários o prescritor incluiu o Brometo do Tiotrópio 2,5mcg a terapia com Formoterol 12mcg e em 4 usuários

incluiu à terapia com Formoterol + Budesonida. Em 6 pacientes ocorreu a alteração do Formoterol para Formoterol + Budesonida. Em apenas um paciente, se observou a alteração de Formoterol + Budesonida para Formoterol. Desses 46 usuários que tiveram seu tratamento inicial alterado, 67,39% apresentaram laudo justificando a mudança do tratamento.

No caso da inclusão do Brometo de Tiotrópio, 60% dos usuários iniciaram o tratamento após três meses do uso do Formoterol. Um dos critérios no Protocolo Estadual para utilização do Tiotrópio é o tratamento mínimo de três meses com Agonista β -2 adrenérgico de longa duração sem melhora. Na maioria dos casos houve o cumprimento, porém ainda há falha nesse quesito.

Tabela 5. Frequência do tratamento para DPOC nas farmácias cidadãs de Vila Velha e Metropolitana

	Farmácia Vila Velha	Farmácia Metropolitana	Total
Formoterol	41,28% (n=45)	46,75% (n=63)	49,09%
Formoterol + Tiotrópio	29,35% (n=32)	30,63% (n=34)	30%
Formoterol +Budesonida	12,84% (n=14)	4,50%(n=5)	8,64%
Formoterol +Budesonida + Tiotrópio	9,17% (n= 10)	3,60% (n=4)	6,36%
Tiotrópio	4,58% (n=5)	3,60%(n=4)	4,09%
Não Padrão	2,75% (n=3)	0,90% (n=1)	1,82%

De acordo com o PCDT, o broncodilatador inalatório de longa duração constitui a base do tratamento medicamentoso da DPOC.⁵¹ Os broncodilatadores de primeira escolha padronizados e dispensados na Farmácia Cidadã são: Formoterol 12mcg e Salmeterol 50mcg. Ambos são agonistas β -2-adrenérgicos de longa duração com efeito broncodilatador de doze horas e são utilizados para tratamento de manutenção, a fim de melhorar o controle dos sintomas.⁵² Entretanto, o Salmeterol tem um início de ação mais lento após utilização, e por isso não é recomendado para tratar sintomas agudos, com a dispneia, justificando o Formoterol ser o medicamento mais prescrito pelos

especialistas para DPOC a partir do estágio II ou moderado.⁵³

O Brometo de Tiotrópio exerce efeito broncodilatador através da sua ação anticolinérgica. É um broncodilatador de longa ação sendo necessária sua administração em geral, apenas uma vez ao dia.⁵⁴ De acordo com a GOLD, a terapia dupla broncodilatadora, ou seja, a associação do Tiotrópio é considerada no caso de pacientes com sintomas persistentes mesmo em uso de β -2-Agonista, por exemplo dispneia intensa, a partir do estágio moderado, e isso justifica o segundo esquema terapêutico mais frequente entre os usuários.⁵⁵ Já a utilização do Formoterol associado a Budesonida é recomendado em casos de portadores da doença a partir do estágio grave que apresentem duas ou mais exacerbações no ano anterior, o que justifica a menor frequência entre os usuários.

O tratamento para DPOC definido atualmente pela Secretaria de Saúde do Espírito Santo através dos protocolos do Ministério da Saúde e Estadual está em consonância com a recomendação atual da GOLD. Quando observamos essa consonância a nível federal, vemos que o cenário é diferente, visto que Brometo de Tiotrópio não é incorporado no PCDT-DPOC, ou seja, não há recomendações pelo ministério da saúde para utilização desse medicamento, sendo assim, a União não disponibiliza esse medicamento.

Além do Espírito Santo, alguns estados incluíram também o medicamento em seus protocolos estaduais após inúmeras demandas judiciais, como Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Ceará e Distrito Federal, onde o medicamento é adquirido com recursos estaduais. Os estados que não tem esse medicamento inserido no protocolo estadual, não disponibilizam o Tiotrópio para a população. Portanto, há uma grande cobrança ao Ministério de Saúde para a incorporação do Brometo de Tiotrópio no SUS em nível federal.⁵⁶

53 Cf. BRASIL. Portaria nº609 de 06 de junho de 2013... Op. cit.

54 *Ibidem*.

55 GOLD - GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD. A Guide for Health Care Professionals. 2017... Op. cit.

56 SALOMON, F.C.R. Revisão sistemática de estudos de avaliação econômica sobre o uso do brometo de tiotrópio para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica. Dissertação (Mestrado). Mestrado Profissional em Política e Gestão em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2013.

51 Cf. BRASIL. Portaria nº609 de 06 de junho de 2013... Op. cit.

52 Cf. CAMPOS, L.E.M. β 2-agonista de longa duração na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). *Jornal de Pneumologia*. v. 26, n. 3, p. 129-136, 2000.

Monitorização do tratamento na dispensação

A média do número de dispensações de medicamentos aos usuários da farmácia de Vila Velha analisados é de $8,93 \pm 3,49$ e na Metropolitana, $8,7 \pm 2,71$, pois a maioria dos usuários teve seu primeiro fornecimento do medicamento no ano de 2015. O fornecimento dessas medicações aos usuários nas farmácias cidadãs é trimestral, ou seja, em uma dispensação, o paciente leva a medicação para três meses, exceto na primeira dispensação, que normalmente o farmacêutico fornece somente para o primeiro mês de tratamento, mas a partir do segundo mês, a dispensação passa a ser trimestral. Em um período de 12 meses, o usuário ou procurador vai até a farmácia buscar o medicamento quatro vezes, caso não haja falta da medicação no estoque da farmácia e o paciente tenha que retornar em outra data para buscar.

O protocolo estabelece que após a abertura do processo administrativo para aquisição dos medicamentos para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica na Farmácia Cidadã, em cada dispensação trimestral, o usuário deve disponibilizar documentos e laudos médicos para a renovação da concessão do benefício. Os documentos solicitados são: LME devidamente preenchido carimbados pelo médico e com CID preconizado e a receita do medicamento assinada e carimbada pelo prescritor.

Em relação a apresentação dos documentos na dispensação trimestral, 100% dos usuários apresentaram a Receita e LME em todas as dispensações do (s) medicamento (s) para DPOC na farmácia de Vila Velha e 98,2% dos usuários da Farmácia Metropolitana apresentaram os documentos necessários em todas as dispensações. Em relação ao preenchimento da receita, 5,5% das receitas recebidas pelos farmacêuticos da farmácia de Vila Velha apresentaram algum tipo de erro e na farmácia Metropolitana, apenas 0,9% das receitas recebidas. Os erros encontrados foram: descrição do medicamento pelo nome comercial e dosagem errada do medicamento.

Quanto ao preenchimento correto do LME, 50,45% dos usuários (n=56) da Farmácia Metropolitana e 60,55% dos usuários da Farmácia de Vila Velha (n=66) apresentaram algum tipo de erro em ao menos um LME apresentado na dispensação. Desses, a maioria apresentou de 2 a 4 laudos com erros no processo de dispensação.

Tabela 6. Frequência do número de erros encontrados no LME dos usuários de medicamentos para DPOC das farmácias Metropolitana e Vila Velha

Nº erros encontrados	Farmácia Vila Velha (n=66)	Farmácia Metropolitana (n=56)	Total (n=122)
1 LME incorreto	15,15% (n=10)	23,21% (n=13)	18,85% (n=23)
2 a 4 LME incorreto	46,97% (n=31)	41,07% (n=23)	44,26% (n=54)
5 ou mais LME incorreto	37,88% (n=25)	35,72% (n=20)	36,89% (n=45)

Dentre os erros encontrados nos laudos classificados como incorretos, o erro mais comum foi o não preenchimento do campo “anamnese” no LME, que é considerado campo de preenchimento obrigatório. 47,74% dos usuários da farmácia Metropolitana (n=53) e 50,45% dos usuários da farmácia de Vila Velha (n=55) apresentaram ao menos um LME com esse tipo de erro, sendo que desse total, 8,33% (n=9) apresentou todos os LME, desde a primeira até a última dispensação, com esse campo não preenchido.

O segundo erro mais frequente nos laudos dos usuários foi a descrição do CID incorreto, ou seja, o médico preencheu o laudo com um código de CID que não está contemplado no PCDT-MS da DPOC. 15,31% (n=17) dos usuários da farmácia Metropolitana e 15,60% (n=17) da farmácia de Vila Velha apresentaram ao menos um laudo com CID incorreto, totalizando 15,45% dos usuários. Outros erros identificados, mas em menor frequência, foram: não preenchimento da quantidade solicitada do medicamento em pelo menos um LME apresentado (1,82% dos usuários somando as duas farmácias) e diagnóstico incorreto em pelo menos um LME apresentado (1,36% somando as duas farmácias). Esses erros podem estar relacionados a prescrição realizada por médicos não especialistas, visto que não é exigido pelo PCDT a prescrição por pneumologista na continuidade do tratamento, apenas na abertura do processo.

Em relação à apresentação da espirometria anual, 45,90% do total dos usuários das farmácias (n = 101) não apresentaram espirometria anual no processo, representando um quantitativo de 54,05% e 37,61% dos usuários da farmácia Metropolitana e Vila Velha, respectivamente.

Ao todo, apenas 1,37% apresentou laudo médico relatando a dificuldade técnica do paciente em realizar o exame e 0,9% apresentou

laudo médico relatando que o paciente não conseguiu agendar o exame antes da data do fornecimento do medicamento devido à grande demanda na saúde pública para a realização do mesmo. Um ponto a ser considerado é a dificuldade da realização do exame na saúde pública, devido à grande demanda e escassez de profissionais. Esse fator associado a falta de cobrança do exame durante a dispensação pelo farmacêutico, justifica a grande porcentagem de usuários sem espirometria anual.

Esses resultados mostram que a entrega das documentações necessárias está sendo cumprida tanto na abertura quanto no monitoramento do tratamento, ou seja, no geral, essas etapas do serviço da Farmácia Cidadã estão funcionando de forma satisfatória, entretanto, para tornar o serviço totalmente eficaz é preciso sanar algumas lacunas na análise documental tanto na abertura quanto no monitoramento dos processos.

Entrevista com os usuários

A realização das entrevistas ocorreu antes da análise processual nas farmácias, respaldada pela aprovação no comitê de ética e posterior validação do questionário. Com a intenção de localizar o paciente usuário de medicamentos para DPOC, ou foi aguardado no balcão de recebimento de senhas, aquele que fosse usuário do objeto em pesquisa. Por não haver data e horário específico para este público, o pesquisador reservou 14 dias, no turno matutino, para entrevistar os usuários de medicamentos para DPOC que fossem buscar o medicamento na farmácia nesse período.

A entrevista estruturada foi realizada com 35 usuários dos medicamentos para DPOC das Farmácias Cidadãs, sendo que desse total, 27 são usuários da farmácia Metropolitana e 8 da farmácia de Vila Velha. Do total de entrevistados, a maioria é do sexo masculino 57,14% (n=20), tem baixo grau de escolaridade e não possuem ocupação.

Na **tabela 7** consta o grau de escolaridade e ocupação dos usuários entrevistados. Os medicamentos utilizados pelos entrevistados estão apresentados no **quadro 1**.

Tabela 7. Nível de escolaridade dos usuários entrevistados

Escolaridade	% usuários entrevistados (n=35)
Analfabeto	25,71% (n=9)
Fundamental incompleto	57,14% (n=20)
Fundamental completo	2,86% (n=1)
Médio incompleto	8,57% (n=3)
Médio completo	2,86% (n=1)
Superior incompleto	0,0% (n=0)
Superior completo	0,0% (n=0)
Condição Ocupacional	
Aposentado	74,29% (n=26)
Desempregado	17,15% (n=6)
Empregado	8,57% (n=3)

Em relação à utilização dos medicamentos, 100% dos usuários relataram utilizar a medicação todos os dias independente da intensidade dos sintomas e relataram saber utilizar corretamente o dispositivo inalatório.

Quando questionados se receberam demonstração de como utilizar a medicação inalatória, a maioria respondeu que havia sido demonstrado pelo médico apenas na primeira consulta. Apenas 14,29% recebeu orientação de ambos profissionais, e ainda assim apenas no primeiro atendimento. Ao serem questionados se o farmacêutico já solicitou durante o atendimento para ver como eles utilizam o medicamento, apenas 2,86% dos usuários (n=1) respondeu que sim.

Tabela 8. Orientação recebida pelos usuários sobre a utilização do dispositivo inalatório

Informação recebida sobre a demonstração de como utilizar a medicação inalatória	% dos usuários entrevistados
Médico na primeira consulta	48,57% (n=17)
Médico em todos atendimentos	11,42% (n=4)
Farmacêutico no primeiro atendimento	22,86% (n=8)
Farmacêutico em todos atendimentos	0% (n=0)
Não recebeu nenhuma orientação	25,71% (n=9)

Quadro 3. Esquemas terapêuticos utilizados para tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica dos usuários entrevistados	
Esquema terapêutico	% usuários entrevistados
Formoterol	45,71% (n=16)
Formoterol + Budesonida	14,28% (n=5)
Tiotrópio	20,00% (n=7)
Formoterol + Tiotrópio	20,00% (n=7)

Verificou-se na avaliação da técnica inalatória, que do total dos entrevistados, 91,43% (n=32) cometeram pelo menos um erro na utilização do dispositivo inalatório.

Portanto, somente três usuários realizaram corretamente todos os passos ao utilizar a medicação inalatória. Desses três, dois utilizavam o Formoterol e um utilizava a associação de Formoterol+Tiotrópio. Dos usuários que fazem uso do Formoterol (n=23), verificou-se que 2 usuários não apresentaram nenhum erro na utilização, 16 usuários apresentaram 1 erro e 4 apresentaram 2 erros ou mais. Em relação a utilização do Formoterol + Budesonida (n=5), todos usuários apresentaram pelo menos um erro, sendo 3 um único erro e os outros dois, mais de dois erros na utilização. Já com os usuários de Tiotrópio (n=14), a maioria apresentou um erro (n=9), 4 usuários apresentaram 2 erros ou mais durante o uso e 1 paciente não teve erro.

Dentre os erros cometidos pelos usuários nos diferentes medicamentos, foi observado que 87,5% dos usuários não realizavam a expiração adequada antes da inalação do medicamento, portanto compreende o erro mais frequente nos usuários desses medicamentos. O segundo erro mais cometido foi a não realização de uma pausa respiratória após a inspiração, segurando a respiração em média por 10 segundos. O inalador com maior número de erros apresentados pelos usuários foi o medicamento Formoterol+Budesonida, onde 100% dos usuários apresentou pelo menos um erro e obteve maior número de usuários com dois ou mais erros.

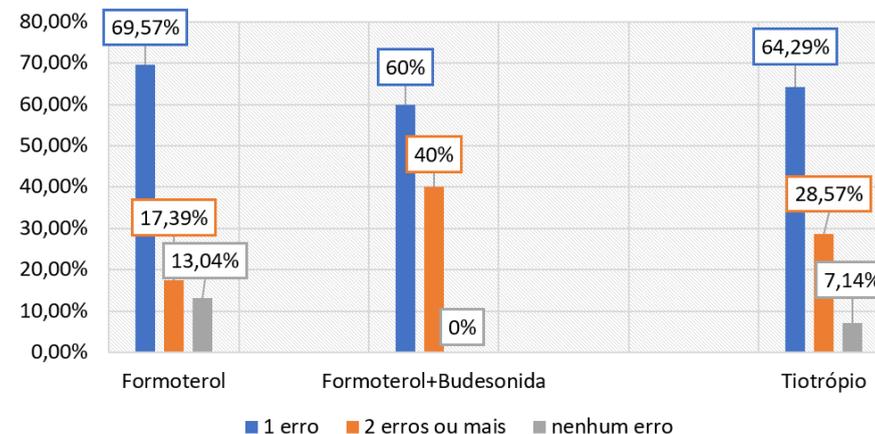


Figura 4: Porcentagem de erros na técnica inalatória dos dispositivos pelos entrevistados.

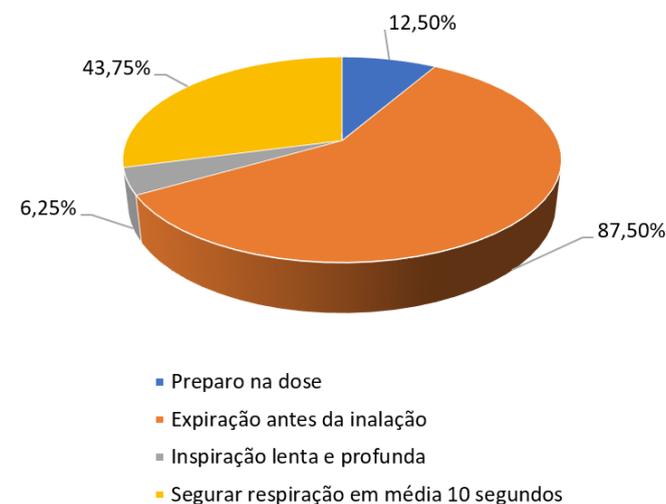


Figura 5: Frequência dos tipos de erros observados na utilização do dispositivo inalatório pelos entrevistados.

Uma limitação presente nessa etapa do estudo foi o tamanho amostral reduzido. Essa etapa foi dificultada pelo fato de a amostragem ter sido por conveniência e no período determinado para execução da entrevista nas farmácias foram encontrados poucos usuários, visto que a maioria encontrada eram representantes legais dos mesmos. Além disso, a falta de um local apropriado em ambas farmácias prejudicou o estudo.

O alto índice de erros na utilização da medicação inalatória está em consonância com outros estudos prévios de utilização de medicamentos inalatórios por portadores de DPOC.⁵⁷ Esse dado é preocupante visto que o uso incorreto dos dispositivos inalatórios diminui a quantidade de fármaco disponível para exercer sua função, reduzindo assim o efeito capaz de controlar os sintomas, promovendo ao aumento das exacerbações, agravamento do estado de saúde do doente e aumento dos custos econômicos relativos à doença.⁵⁸

A não expiração antes da inalação do medicamento também foi o erro mais encontrado em vários estudos de avaliação da técnica inalatória em pacientes com DPOC e asma.⁵⁹ O segundo erro mais cometido pelos usuários que foi a não realização da pausa inspiratória após a inalação também tiveram grande prevalência em outros estudos.⁶⁰

O medicamento com maior quantidade de erro por usuário (dois ou mais) foi o Formoterol + Budesonida, que atualmente é dispensado pelo nome comercial Symbicort® na Farmácia Cidadã. Dentre os erros cometidos por usuários desse medicamento, o erro no preparo da dose foi o mais comum. Esse medicamento tem o inalador do tipo Turbuhaler, que é um inalador de pó seco (IPS) multidose, em que a droga é ministrada quando se gira o dispositivo pré-carregado com um grande número de doses. As recomendações do fabricante desse inalador encontradas na bula do medicamento é girar a base três vezes até ouvir um clique no primeiro uso e nos demais, apenas um giro

57 Cf. SOUZA, M. L.; MENEGHINI, A.C.; FERRAZ, E.; VIANNA, E. O., BORGES, M.C. Técnica e compreensão do uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com Asma ou DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 35, n. 9, p. 824-831, 2009.

58 Cf. ROOTMENSEN, G. et al. *Reliability in the Assessment of Videotaped Inhalation Technique*. *Journal of Aerosol Medicine*, v. 20, n. 4, p. 429-433, 2007.

59 Cf. SOUZA, M. L.; MENEGHINI, A.C.; FERRAZ, E.; VIANNA, E. O., BORGES, M.C. Técnica e compreensão do uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com Asma ou DPOC... *Op. cit.*; OLIVEIRA, P.D. et al. Avaliação da Técnica de Utilização de dispositivos inalatórios no tratamento de doenças respiratórias no sul do Brasil: estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 40, n. 5, p. 513-520, 2014; DINIZ, N. O. *Avaliação da adesão, índice de complexidade de medicamentos e técnica de uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica*. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2014; VASCONCELOS, I.M.M. Prevalência do uso inadequado de dispositivos inalatórios por pacientes com asma e/ou DPOC atendidos em ambulatório especializado... *Op. cit.*

60 Cf. DINIZ, N. O. *Avaliação da adesão, índice de complexidade de medicamentos e técnica de uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica*... *Op. cit.*; SOUZA, M. L.; MENEGHINI, A.C.; FERRAZ, E.; VIANNA, E. O., BORGES, M.C. Técnica e compreensão do uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com Asma ou DPOC... *Op. cit.*

até ouvir o clique. A maioria dos usuários desse medicamento não realizaram essa etapa no primeiro uso.

Além disso, todos os usuários desse medicamento entrevistados relataram que não se adaptaram bem ao dispositivo, pois não sentem a medicação e que preferiam o inalador do medicamento Alenia®, que antes era fornecido pela Farmácia Cidadã. A transição para o Symbicort® foi no início de 2017. Isso pode ser explicado pelo fato do inalador Turbuhaler conter partículas micronizadas do medicamento e não ter sabor, dificultando o paciente perceber se inalou ou não o medicamento.⁶¹ O medicamento Alenia® possui o inalador do tipo Aerolizer, que é um IPS unidose, onde o paciente necessita retirar a tampa, abri-lo, colocar a cápsula contendo o pó dentro do dispositivo, perfurar e inalar.⁶² O inconveniente de transportar e preparar as cápsulas do dispositivo é equilibrado pela certeza de inalação da dose e a chance de nova inalação caso todo o pó não tenha sido inalado.⁶³ Isso pode justificar o fato que não houve nenhuma reclamação em relação ao inalador dos usuários do Formoterol, dispensado com nome comercial Formocaps®, que também tem o inalador do tipo Aerolizer.

Também não houve reclamação dos usuários do Tiotrópio dispensado com nome comercial Spiriva®, possuindo inalador do tipo Respimat, que também é inalador multidose e necessita de um preparo no primeiro uso assim como o Symbicort®, mas libera o medicamento na forma de uma névoa suave. Apenas um usuário do Spiriva® cometeu erro no preparo da dose, o que se justifica pelo fato de alguns usuários terem relatado que o farmacêutico prepara a dose para eles durante a dispensação.

A falta de orientação de como utilizar o medicamento inalatório de forma periódica, principalmente pelo farmacêutico, se associa a esse grande número de erros encontrados no estudo, visto que poucos

61 Cf. CANÇADO, J. E. D. et al. Preferência dos pacientes entre dispositivos inalatórios de pó seco para tratamento da asma. *Pulmão RJ*, v. 13, n. 2, p. 86-89, 2004; COCCO, R.R. Avaliação qualitativa dos dispositivos de medicamentos inalatórios referidos por pacientes com asma e/ou DPOC... *Op. cit.*

62 Cf. CANÇADO, J. E. D. et al. Preferência dos pacientes entre dispositivos inalatórios de pó seco para tratamento da asma... *Op. cit.*; COCCO, R. R. Avaliação qualitativa dos dispositivos de medicamentos inalatórios referidos por pacientes com asma e/ou DPOC... *Op. cit.*

63 Cf. COCCO, R. R. Avaliação qualitativa dos dispositivos de medicamentos inalatórios referidos por pacientes com asma e/ou DPOC... *Op. cit.*

usuários relataram ter recebido orientação do farmacêutico no primeiro atendimento e nenhum relatou receber nos demais atendimentos.

Além disso, os usuários de medicamentos para DPOC são em sua maioria idosos, de baixo nível de escolaridade e não estão exercendo nenhum tipo de ocupação, sendo fatores que tornam ainda mais difícil a compreensão, necessitando ainda mais a dedicação do profissional farmacêutico na orientação do uso desses medicamentos.

O fato dos pacientes tenderem a sempre responder que sabem utilizar os dispositivos pode ser responsável por um círculo vicioso, no qual o paciente afirma sabê-lo, e o profissional, por acreditar nele, não orienta.

Uma estratégia importante na orientação ao usuário de medicamento inalatório que foi realizada pelos farmacêuticos na Farmácia Cidadã apenas em um usuário entrevistado, é utilizar dispositivos de teste para mostrar ao paciente como utilizar o seu dispositivo, demonstrando primeiro a técnica correta e pedindo depois ao doente para a repetir, de forma a assegurar que o doente compreendeu e vai utilizar o dispositivo de forma correta.⁶⁴ Uma pesquisa realizada por inquérito telefônico, 77 dos 87 entrevistados afirmaram que sua técnica nunca havia sido verificada por um profissional da saúde e dos 26 eleitos para uma demonstração, nenhum obteve desempenho satisfatório.⁶⁵

Em uma intervenção realizada por farmacêuticos na Alemanha, 757 pacientes com diagnóstico de DPOC tiveram sua técnica observada e registrada no primeiro encontro sendo feitas orientações e correções das falhas e aproximadamente 80% apresentaram algum erro ao início do estudo.

Após um mês da avaliação inicial, uma nova demonstração foi solicitada e a proporção de erros caiu para 28,3%.⁶⁶

Um estudo semelhante foi realizado no Ambulatório de Pneumologia do Hospital das Clínicas da USP em 2010, em que se verificou o aumento significativo na mediana da pontuação obtida

64 CALÉ, A. C. S. **O papel do farmacêutico na asma**. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2016.

65 Cf. BASHETI, I. A. *et al.* **Counseling about turbuhaler technique: needs assessment and effective strategies for community pharmacists**. *Respiratory Care*, v. 50, n. 5, p. 617-623, 2005.

66 HAMMERLEIN, A.; MULLER, U.; SCHULZ, M. **Pharmacist-led intervention study to improve inhalation technique in asthma and COPD patients**. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 17. Berlin, 2011.

na avaliação da técnica de utilização dos dispositivos inalatórios por pacientes asmáticos e com DPOC e uma melhora clínica significativa nos pacientes, após orientação farmacêutica. Esses estudos reforçam a importância da educação em saúde ao paciente com DPOC e nesse contexto, o farmacêutico deve ser inserido.

A atuação do farmacêutico junto aos pacientes, deve ser baseada em uma prática dirigida, sem pretensões de diagnóstico e/ou prescrição, com ênfase, principalmente, na educação do paciente, de modo que se possa assegurar a adesão a uma farmacoterapia apropriada, segura e efetiva. É reconhecido que a comunicação adequada entre o farmacêutico e o paciente faz com que esta passa a conhecer melhor sua patologia e como controlá-la, melhorando o cumprimento da terapia, os resultados terapêuticos obtidos e o aprimoramento da qualidade de vida.⁶⁷

A realidade observada nas Farmácias Cidadãs durante o estudo, mostrou que a atuação do farmacêutico não está sendo realizada de forma eficaz na dispensação dos medicamentos. Os fatores que contribuem para isso é o extenso volume de usuários atendidos pelo farmacêutico por dia, devido à escassez de profissionais associado com a grande demanda diária de usuários atendidos na farmácia, visto que essas duas farmácias são as que tem maior volume de atendimento do estado, a falta de um local adequado para a orientação farmacêutica e uma grande demanda do tempo de atendimento pelo farmacêutico voltado para realização de procedimentos no sistema para dispensação do medicamento.

Vale ressaltar que essa observação se refere apenas às duas farmácias onde realizou-se o estudo. Não se pode afirmar que esse cenário ocorra também nas outras Farmácias Cidadãs não estudadas. Esse cenário vem de contraposto com o propósito da criação do Projeto Farmácia Cidadã, que tinha como principal meta estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em trazer um conceito moderno em farmácia pública com atendimento farmacêutico especializado visando a orientação prestada por esse profissional na dispensação do medicamento ao paciente.

67 Cf. CELEDÓN, C.; DÖLZ, V.; VALÊNCIA, G.; ARAYA. A importância da atenção farmacêutica a pacientes asmáticos. *Revista Racine*. v. 13, n. 67, p. 30-37. 2003.

Quando compararmos com o atendimento aos usuários dos medicamentos excepcionais antes da criação da Farmácia Cidadã, onde a dispensação dos mesmos não era realizada por farmacêutico, com uma estrutura física do local totalmente inadequada e desumanizada, vimos que houve uma grande evolução no atendimento desses usuários com a implantação da Farmácia Cidadã Estadual. Na farmácia Cidadã podemos observar uma estrutura física mais adequada, atendimento feito exclusivamente por farmacêuticos, sistema informatizado, uma maior disponibilidade de medicamentos padronizados, aumentando os índices de cobertura nos últimos anos e disponibilização de serviços pela internet ao usuário. Esses aspectos de fato melhoraram a questão da humanização no atendimento, entretanto, ainda há desafios a serem sanados nesse serviço, principalmente no que tange à dispensação farmacêutica que devem se tornar uma prioridade pela Secretaria Estadual de Saúde.

Perspectivas

O novo conceito de farmácia cidadã proposto pela Secretaria Estadual de Saúde cujo pilar refere-se ao atendimento humanizado pode ser mais bem explorado proporcionando uma mudança no perfil da atuação do farmacêutico vista hoje nas farmácias através de medidas como: implantação de uma estrutura física mais apropriada para o atendimento farmacêutico, treinamento e capacitação contínua dos farmacêuticos atuantes na dispensação visando uma orientação adequada para uso correto dos medicamentos e cumprimento dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Uma estratégia poderia ser analisada pela GEAF a fim de tornar possível uma verificação da aplicação desse conhecimento na prática através de pesquisas e indicadores pela GEAF.

Considerações finais

O presente estudo aponta que a hipótese inicial está adequada aos dados obtidos, uma vez que foi verificado presença de lacunas no processo de fornecimento de medicamentos para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Diversas falhas foram constatadas na abertura do processo nas farmácias e na continuidade do tratamento devido ao não cumprimento do PCDT-MS, mas apesar das falhas, a maioria dos processos analisados cumpriram de forma satisfatória o

protocolo. A maior problemática observada no estudo foi a falta de orientação dos profissionais de saúde, em especial, do farmacêutico atuante na dispensação, refletindo diretamente no alto índice de erros na utilização das medicações inalatórias cometidos pelos usuários. Portanto, a realização de outros estudos com pacientes portadores de DPOC atendidos nas farmácias abrangendo um maior tamanho amostral seria importante para confirmar o diagnóstico identificado nessa pesquisa e incentivar uma tomada de decisão por parte da Secretaria Estadual da Saúde com intuito de melhorar esse desafio assistencial.

Referências

- BASHETI, I. A. *et al.* *Counseling about turbuhaler technique: needs assessment and effective strategies for community pharmacists.* **Respiratory Care.** v. 50, n. 5, p. 617-623, 2005.
- BRASIL. Constituição Federal. Diário Oficial da União. Seção II. Art. 196-200. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998.
- BRASIL. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004.
- BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006.
- BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007.
- BRASIL. Portaria nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009.
- BRASIL. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado:** O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica, Brasília, 2010.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria nº 609 de 06 de junho de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Ministério de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

BRASIL. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/838-sctie-raiz/daf-raiz/cgceafraiz/cgceaf/11-cgceaf/>>. Último acesso em: 20 ago. 2017.

BUIST, A. S. *et al.* *International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study*. **The Lancet**, v. 370, p. 741–750, 2007.

CALÉ, A. C. S. **O papel do farmacêutico na asma**. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2016.

CAMPELO, K. U. A. **Avaliação dos processos de dispensação de medicamentos de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da dislipidemia para prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite nas farmácias cidadãos do Espírito Santo**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Universidade Vila Velha, Vila Velha, 2017.

CAMPOS, H. S. DPOC - sigla pequena para um problema enorme. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 3, 2013.

CAMPOS, L. E. M. β 2-agonista de longa duração na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). **Jornal de Pneumologia**, v. 26, n. 3, p. 129-136, 2000.

CANÇADO, J. E. D. *et al.* Preferência dos pacientes entre dispositivos inalatórios de pó seco para tratamento da asma. **Revista Pulmão RJ**, v. 13, n. 2, p. 86-89, 2004.

CARDOSO, A. P. DPOC: Um desafio a ser enfrentado. Rio de Janeiro: **Revista Pulmão RJ**, v. 22, 2013.

CARIACICA. **Programa de Combate ao tabagismo auxilia moradores na luta contra o cigarro**. Secretaria Estadual de Saúde. Prefeitura Municipal de Cariacica, 2017. Disponível em: <<http://www.cariacica.es.gov.br/programa-de-combate-ao-tabagismo-auxilia-moradores-na-luta-contr-o-cigarro>> Último acesso em: 02 set. 2017.

CASSARO, K. O. S. **Nível de satisfação dos usuários de farmácias públicas de dispensação de medicamentos de alto custo: resultado de estudo no estado do Espírito Santo**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Universidade Vila Velha, Vila Velha, 2013.

CECHIN, I. C. C. F. **Acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica em população assistida por diferentes modelos de atenção básica nas regiões sul e**

nordeste do Brasil. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Vale dos Sinos, São Leopoldo, 2013.

CELEDÓN, C.; DÖLZ, V.; VALÊNCIA, G.; ARAYA. A importância da atenção farmacêutica a pacientes asmáticos. **Revista Racine**, v. 13, n. 67, p. 30-37, 2003

COCCO, R. R. **Avaliação qualitativa dos dispositivos de medicamentos inalatórios referidos por pacientes com asma e/ou DPOC**. Moreira Junior Editora, São Paulo, 2008.

COSTA, C. H; RUFINO, R. Tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 12, 2013.

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS por local de internação**. Ministério da Saúde, Brasília, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Último acesso em: 05 set. 2017.

DINIZ, N. O. **Avaliação da adesão, índice de complexidade de medicamentos e técnica de uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

EMMERICK I. C. M. *et al.* *Access to medicine in Latin America and the Caribbean (LAC): a scoping study*. **BMJ Open**. 2013.

ESPANHOL, R. L. P. **DPOC**. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2011.

ESPÍRITO SANTO. **Decreto nº 1956-R de 07 de novembro de 2007**. Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências. Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

ESPÍRITO SANTO. **Portaria 053-R, de 12 de maio de 2009**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da DPOC. Secretaria Estadual de Saúde, Gerência de Assistência Farmacêutica, 2009.

ESPÍRITO SANTO. **Farmácia Cidadã Estadual: mais eficiência no serviço à população**. Secretaria Estadual de Saúde, Gerência da Assistência Farmacêutica, 2013. Disponível em: <<http://saude.es.gov.br/farmacia-cidada-estadual-mais-eficiencia-no-s>>. Último acesso em: 06 ago. 2017.

ESPIRITO SANTO. **Indicadores de medicamentos do componente especializado**. Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica. Sistema de Informações Gerenciais da Assistência Farmacêutica, 2016. Disponível em: <<https://farmaciacidada.es.gov.br/Media/farmaciacidada/Indicadores>>. Último acesso em: 04 Abr. 2017.

ESPIRITO SANTO. **Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica – GEAF**. 2017. Disponível em: <<https://farmaciacidada.es.gov.br/geaf>>. Último acesso em: 06 ago. 2017.

ESPIRITO SANTO. **Ação educativa contra o tabagismo**. Secretaria Estadual de Saúde, 2017. Disponível em: <<http://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/sesa-realiza-acao-educativa-contra-o-tabagismo>>. Último acesso em: 02 set. 2017.

FAGANELLO, M.M. **Fatores associados à ocorrência de exacerbação em pacientes com DPOC**. Dissertação (Doutorado). Programa de Pós-Graduação Fisiopatologia em Clínica Médica. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2007.

FERNANDES, F. L. A. *et al.* Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC: perguntas e respostas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, 2017.

GOLD - GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD*, 2011.

GOLD - GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. *Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD. A Guide for Health Care Professionals*, 2017.

HAMMERLEIN, A.; MULLER, U.; SCHULZ, M. *Pharmacist-led intervention study to improve inhalation technique in asthma and COPD patients*. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Berlin, v. 17, 2011.

LAAN, H. S. V. D. **Adesão ao Tratamento de Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. 2014. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

LISBOA, C. R. A. **Educação farmacêutica e a doença pulmonar obstrutiva crônica**. Dissertação (Mestrado). Universidade de Santa Cruz do Sul [UNISC], 2008.

MARIN, N. *et al.* **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde, Brasília, 2003.

MENEZES, Ana Maria Baptista *et al.* Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated factors: the PLATINO Study in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1565-1573, 2005.

OLIVEIRA, P. D. *et al.* Avaliação da Técnica de Utilização de dispositivos inalatórios no tratamento de doenças respiratórias no sul do Brasil: estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 40, n. 5, p. 513-520, 2014.

PISONI, T. M. **Prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e fatores de risco ambientais nos bairros mais populosos de Nova Hamburgo**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Gestão Tecnológica, Centro Universitário Feevale, Novo Hamburgo, 2007.

PORTELA, A. D. S. *et al.* Políticas públicas de medicamentos: Trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 1, p. 09-14. 2010.

QUEIROZ, M. C. C. A. M.; Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em Aparecida de Goiânia, Goiás. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n. 6, p. 692-699, 2012.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo, Editora Áurea, 2009.

ROY, A. *et al.* **Inhaler device, administration technique, and adherence to inhaled corticosteroids in patients with asthma**. **Primary Care Respiratory Journal**, v. 20, n. 2, p. 148-154. 2011.

ROOTMENSEN, G. *et al.* **Reliability in the Assessment of Videotaped Inhalation Technique**. **Journal of Aerosol Medicine**, v. 20, n. 4, p. 429-433, 2007

SALOMON, F. C. R. **Revisão sistemática de estudos de avaliação econômica sobre o uso do brometo de tiotrópio para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica**. Dissertação (Mestrado). Mestrado Profissional em Política e Gestão em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, M. L.; ROSA, R. J.; BATTAGIN, A. M. Avaliação da capacidade funcional, humor e cognição em pacientes portadores de DPOC. **ConScientiae Saúde**, v. 8, n. 2, p.267-273, 2009.

SANTOS, S. C. M. dos; BARCELOS, P.C.; MOREIRA, G.L. **Política de Assistência Farmacêutica do Estado do Espírito Santo**. Vitória: CONSAD, Gestão Pública, Vitória, 2017.

SBPT - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, 2004.

SOUZA, M. L.; MENEGHINI, A. C.; FERRAZ, E.; VIANNA, E. O., BORGES, M. C. Técnica e compreensão do uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com Asma ou DPOC. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 9, p. 824-831. 2009.

SOUZA, C. A. Doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados em São Paulo, SP, 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**. v.45, nº4, p. 887-896, 2011.

VASCONCELOS, I. M. M. Prevalência do uso inadequado de dispositivos inalatórios por pacientes com asma e/ou DPOC atendidos em ambulatório especializado. **Revista Saúde e Ciência**, v. 4, n. 2, p. 06-18, 2015.

VILA VELHA. **Combate ao tabagismo**. Secretaria Estadual de Saúde. Prefeitura Municipal de Vila Velha, 2013. Disponível em: <<http://www.vilavelha.es.gov.br/paginas/saude-combate-ao-tabagismo>>. Último acesso em: 02 set. 2017.

VILA VELHA. **Ações contra o tabagismo no Dia Nacional de Combate ao Fumo em Vila Velha**. Secretaria Estadual de Saúde. Prefeitura Municipal de Vila Velha, 2017. Disponível em: <<http://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2017/08/acoes-contra-o-tabagismo-no-dia-nacional-de-combate-ao-fumo-em-vila-velha-17503>>. Último acesso em: 02 de Set. 2017.

ANÁLISE SITUACIONAL DE PROGRAMA DE FITOTERAPIA OFERTADO EM MUNICÍPIOS DO ESPÍRITO SANTO

Giorgia Gomes Pereira
Denise Coutinho Endringer

A utilização das plantas é um conhecimento remoto e que faz parte do desenvolvimento progressivo da humanidade visto que foram os primeiros artificios medicinais utilizados para o cuidado da saúde dos seres humanos, cuja utilização se baseava nas experiências empíricas de erro e acerto assim como na observação do uso de plantas por parte dos animais.¹

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 26/2014, planta medicinal é a “espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos” e fitoterápico é obtido, exclusivamente, a partir de matéria-prima vegetal, cujos riscos e mecanismos são conhecidos, sendo proveniente de uma ou mais espécies vegetais, devendo ter sua ação comprovada através de estudos farmacológicos e toxicológicos.²

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as plantas medicinais correspondem a principal opção terapêutica de cerca de 80% da população mundial.³ Sua utilização passou a ter um maior crescimento na década de 90 e, em 1997, atingiu um faturamento de US\$ 12,4 bilhões. No ano de 2008 esse valor chegou a US\$ 21,7 bilhões, representando uma parcela significativa no mercado mundial de medicamentos.⁴ Sabe-se que o mercado de produtos naturais, fitoterápicos e plantas medicinais movimentam bilhões de dólares, tanto

1 OLIVEIRA, M. J. R.; SIMÕES, M. J. S. SASSI, D. R. R. Fitoterapia no Sistema de Saúde Pública (SUS) no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 8, n. 2, p. 39-41, 2006.

2 BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 26, de 13 de maio de 2014**. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos, 2014a.

3 CAMARGO, E. E. S. **Avaliação dos programas de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, visando subsidiar a sua reorientação no Sistema Único de Saúde**. (Tese de doutorado). Araraquara: Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Área de Pesquisa e Desenvolvimento de Fármacos e Medicamentos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, UNESP, São Paulo, 2010.

4 Cf. LIMA-SARAIVA, S. R. G. *et al.* A implantação do programa de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Público de Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar de Pesquisa e Inovação**, v. 1, n. 1, 2015.

em países industrializados, como em países em desenvolvimento.⁵ O Governo Federal Brasileiro, em seu Plano Plurianual (2012-2015) destinou recurso específico para apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com um total de investimento superior a R\$ 26 milhões.⁶

Segundo a legislação nacional, a fitoterapia caracteriza-se pelo uso de plantas medicinais em suas distintas preparações farmacêuticas.⁷ Segundo dados do Ministério da Saúde são encontradas aproximadamente 55.000 espécies vegetais catalogadas no Brasil, o que faz com que o país seja detentor da maior parcela de biodiversidade mundial - cerca de 15 a 20% de toda a flora – entretanto, em apenas 8% dessas foram efetivadas pesquisas de ativos e em 1.100 foram avaliadas as propriedades medicinais.⁸ Em 2004, segundo o Ministério da Saúde (MS), a Fitoterapia estava vigente em 116 municípios brasileiros, abrangendo 22 estados, por meio da incorporação de Programas Estaduais e Municipais de Fitoterapia.⁹

Em 2006 foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), através da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 tendo como desafio construí-las e consolidá-las em todos os níveis de complexidade do SUS, com ênfase na atenção básica e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), criada pelo Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006.¹⁰ Com as PNPICs foi aberta a possibilidade para o SUS de adotar a Fitoterapia como uma terapia alternativa e complementar, trazendo como impactos positivos a democratização da população à Fitoterapia e a abertura do mercado

5 Cf. LIMA-SARAIVA, S. R. G. *et al.* A implantação do programa de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Público de Saúde no Brasil... *Op. cit.*

6 UNA-SUS em números. **Ministério da Saúde seleciona projetos de plantas medicinais e fitoterápicos.** 2015. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-seleciona-projetos-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos>>. Acesso em: 18 set. 2018.

7 Cf. BRASIL. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, Seção 1, p. 20-25, 2006a.

8 Cf. BRASIL. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

9 Cf. BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

10 Cf. ALCANTARA, R. G. L.; Joaquim R. H.V. T.; Sampaio, S. F. Plantas medicinais: o conhecimento e uso popular. **Revista de APS**, v. 18, n. 4, p. 270-482, 2015; PINTO, J. D. M., NASCIMENTO, W. M. C., OLIVEIRA, M. A. S. Perfil das prescrições de fitoterápicos atendidas no Centro de Saúde da Família “Cleide Cavalcante”. **Infarma Ciências Farmacêuticas**, Sobral, v. 27, n. 3, p. 176-182, 2015.

para os fitoterápicos, devido ao SUS ser o principal comprador de medicamentos no Brasil. A PNPMF objetivou garantir à população o acesso seguro e o uso racional aos mesmos, além da promoção do uso sustentável da biodiversidade nacional e o desenvolvimento de toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos.¹¹

Alguns estados e municípios criaram suas políticas e regulamentação para o serviço de fitoterapia na rede pública de saúde antes da iniciativa do governo federal, entretanto, a demanda por normatização e a definição de recursos para adequação/ampliação de serviços de práticas integrativas no Sistema Único de Saúde (SUS) foi incrementada com a formulação e aprovação das políticas nacionais, cujo documento da PNPIC é referência para as políticas estaduais e municipais. Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo são estados que já implementaram políticas estaduais/municipais para plantas medicinais e fitoterapia no SUS. Como exemplo de municípios/Estados que possuem programas/serviços bem estruturados pode-se citar: Ceará, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Vitória.¹²

No Brasil, até o ano de 2010, o comércio de plantas medicinais era regulamentado pela Lei nº 5.991/72 a qual não descrevia os requisitos mínimos de qualidade, segurança e eficácia. Entretanto, com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 10, em 10 de março de 2010, houve a regulamentação da produção e comercialização de Drogas Vegetais. A Resolução lista 66 drogas vegetais, com usos, contraindicações, reações adversas e alegações terapêuticas com base no uso tradicional e atende à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos ao promover a produção e comércio das drogas vegetais eficazes, seguras e de qualidade.¹³

Desde 2012, o MS investiu mais de R\$ 30 milhões em 78 projetos com plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do SUS com o objetivo de fortalecer a cadeia produtiva dos insumos, especialmente a oferta

11 **Elabora Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS**, 2009. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/sus/pdf/marco/ms_relacao_plantas_medicinais_sus_0603.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017; BRASIL. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006... *Op. cit.*

12 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 31, 2012.

13 Cf. MARANHÃO, D. G. **Análise situacional de seis programas de fitoterapia brasileiros.** 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos). Fundação Oswaldo Cruz, FARMANGUINHOS, Rio de Janeiro, 2011.

de fitoterápicos aos usuários do sistema. São 31 iniciativas de arranjo produtivo local, 44 de assistência farmacêutica e três de desenvolvimento e registro sanitário de medicamentos fitoterápicos da RENAME por laboratórios oficiais públicos. Por ano, a média de pessoas beneficiadas pela política chega a 12 mil, as quais utilizam medicamentos fitoterápicos industrializados, fitoterápicos manipulados, drogas vegetais e planta medicinal fresca. Entre 2013 e 2015, a busca por tratamentos à base de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos pelo SUS teve um crescimento de 161%. Atualmente, são ofertados doze medicamentos fitoterápicos, indicados para uso ginecológico, tratamento de queimaduras, auxiliares terapêuticos de gastrite e úlcera, além de medicamentos com indicação para artrite e osteoartrite. Os fitoterápicos mais utilizados na rede pública são o Guaco, a Espinheira-santa e a Isoflavona de soja, indicados, respectivamente, como coadjuvantes no tratamento de problemas respiratórios, gastrite e úlcera e sintomas do climatério, de acordo com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Os produtos fitoterápicos e plantas medicinais, assim como todos os medicamentos convencionais, são testados para o conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, e para garantir a qualidade do insumo, cujo controle deve ser realizado pela ANVISA e pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais e Estaduais.¹⁴

Oliveira e Ropke citam em seu estudo que, dez anos após a publicação do decreto que introduziu a Política Nacional de Plantas Mediciniais foi possível perceber que poucas diretrizes foram cumpridas destacando, entre estas, os entraves causados pela Medida Provisória nº 2.186-16/01 (falta de mecanismos de regularização e multas desproporcionais à lucratividade do produto; atrasos e aumento de custo nos processos de desenvolvimento; insegurança jurídica em acesso a conhecimento tradicional associado, por exemplo, escolha da comunidade a ser beneficiada; incerteza no modelo de negócio a ser estabelecido; e incerteza da indústria sobre futuras modificações na legislação.¹⁵ O forte desestímulo para o desenvolvimento de fitoterápicos

14 BRASIL. **Uso de plantas medicinais e fitoterápicos sobe 161%**. 2016a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/06/uso-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos-sobe-161>>. Acesso em: 22 Set. 2017.

15 Cf. OLIVEIRA, A. C. D.; ROPKE, C. Os dez anos da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF) e os principais entraves da cadeia produtiva de extratos vegetais e medicamentos fitoterápicos no Brasil. *Revista Fitos*, s.l., v. 10, n. 2, p. 185-198, Dez. 2016. ISSN 2446-4775. Disponível em: <<http://revistafitos.far.fiocruz.br/index.php/revista-fitos/article/view/333>>. Acesso em: 20 set. 2018.

a partir da Biodiversidade Brasileira, causados pelas altas multas e insegurança jurídica, refletiu sobre toda a cadeia produtiva, haja vista a redução drástica da demanda de matérias-primas nacionais.

A prática da Fitoterapia no SUS veio a incorporar mais uma terapêutica à disposição dos profissionais da saúde e o resgate de uma prática milenar onde se interligam o conhecimento científico e o popular e suas diferentes formas de compreender o adoecimento e de tratá-lo.¹⁶ No Espírito Santo, cerca de 13 municípios possuem o Programa de Fitoterapia ativo e o município que teve o primeiro programa implementado e que mantém o maior número de fitoterápicos sendo dispensados foi selecionado para o estudo, haja vista ter sido citado na Revista de Saúde da Família e no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde e reconhecido como referência nacional para o MS. Esse programa encontra-se ligado à Coordenação de Atenção Básica do SUS e foi institucionalizado, em 1996, pela Lei Municipal nº 4.352.¹⁷

Análise de um Programa de Fitoterapia

Tratou-se de uma pesquisa de caráter retrospectivo, transversal, exploratório e descritivo, realizada por meio de análise quali-quantitativa de dados. Para atender às normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas com seres humanos todos os aspectos éticos foram atendidos (nº 2.501.962).

O Espírito Santo (ES) contempla 78 municípios. Cada município do estado do Espírito Santo foi contatado, por telefone ou pessoalmente, para se levantar se possuíam Programa de Fitoterapia e, em caso positivo, foi realizado o apontamento dos fitoterápicos ou produtos naturais dispensados. Após análise do quantitativo de fitoterápicos dispensados por estes, foi selecionado o município com a maior diversidade.

Os dados referentes à quantidade de fitoterápicos adquiridos e dispensados e os respectivos valores deles foram compilados, analisados, selecionados e os resultados apresentados sob a forma de gráficos e

16 Cf. FIGUEIREDO, C. A.; GURGEL, I. G.D., GURGEL JUNIOR, G. D. A Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. *Physis*, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014.

17 Cf. VITÓRIA. Câmara Municipal de Vitória. **Lei nº 4.352, de 19 de abril de 1996**. Autoriza o poder executivo a instituir o Programa Farmácias Vivas, dispõe sobre as diretrizes para a sua implantação na Rede Municipal de Saúde e dá outras providências. Vitória 1996.

tabelas, de modo a fornecer a melhor apresentação e entendimento das questões relacionadas aos objetivos propostos. O preço dos medicamentos sintéticos com similaridade de indicação foi obtido da Revista ABCFarma, nos meses de março a julho de 2018.

A análise dos dados incluiu a distribuição de frequências relativas e o cruzamento de variáveis para a análise de aspectos de interesse. Utilizou-se Teste de Qui-quadrado e Teste de Correlação de Pearson para comparar as proporções obtidas em relação à distribuição e aquisição dos fitoterápicos e quando se julgou necessário o emprego de algum teste. Utilizou-se o pacote estatístico do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 17) para compilação e análise dos dados.

Dos 78 municípios, 75,64% (n= 59) atenderam ao contato. Dentre os 59 municípios que atenderam ao contato, 22,03% (n=13) possuem o Programa (TABELA 1).

MUNICÍPIO	MEDICAMENTO DISPENSADO
Anchieta	<i>Cynara scolymus</i> , <i>Glycine max</i> , <i>Rhamnus purshiana</i> , e <i>Uncaria tomentosa</i>
Colatina	<i>Cynara scolymus</i> , <i>Glycine max</i> , <i>Harpagophytum procumbens</i> , <i>Maytenus ilicifolia</i> e <i>Rhamnus purshiana</i> .
Divino de São Lourenço	<i>Glycine max</i> , <i>Maytenus ilicifolia</i> , <i>Mikania glomerata</i> e <i>Rhamnus purshiana</i> ,
Guarapari	<i>Glycine max</i> , <i>Mikania glomerata</i> e <i>Plantago ovata</i>
Ibiraçu, Santa Teresa e São Roque do Canaã	<i>Mikania glomerata</i>
Irupi	<i>Mikania glomerata</i> e <i>Rhamnus purshiana</i>
Laranja da Terra	<i>Cynara scolymus</i> e <i>Mikania glomerata</i>
Marataízes	<i>Ginkgo biloba</i>
Presidente Kennedy	<i>Ginkgo biloba</i> , <i>Glycine max</i> e <i>Passiflora</i>
Vila Velha	<i>Mikania glomerata</i> e <i>Plantago ovata</i>
Vitória	<i>Aesculus hippocastanum</i> , <i>Arnica montana</i> , <i>Cynara scolymus</i> , <i>Ginkgo biloba</i> , <i>Glycine max</i> , <i>Harpagophytum procumbens</i> , <i>Maytenus ilicifolia</i> , <i>Mikania glomerata</i> e <i>Rhamnus purshiana</i>

Em relação aos fitoterápicos dispensados nos municípios, pode-se perceber que a *Mikania glomerata* está presente em 53,84% (n=7) deles; *Glycine max*, em 46,15% (n=6); *Rhamnus purshiana*, 38,46% (n=5); *Cynara scolymus*, 30,76% (n=4); *Maytenus ilicifolia* e *Ginkgo biloba*, 23,07% (n=3); *Harpagophytum procumbens* e *Plantago ovata*,

15,38% (n=2) e *Uncaria tomentosa*, *Passiflora*, *Aesculus hippocastanum* e *Arnica montana*, 7,69% (n=1). Pela análise da tabela, o município com maior número de fitoterápicos dispensados foi Vitória.

Durante o período pesquisado (2013 a 2017) foram dispensados pelo Programa de Fitoterapia selecionado um total de 11 medicamentos fitoterápicos (TABELA 2).

FITOTERÁPICO	INDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO
<i>Aesculus hippocastanum</i> (Castanha da Índia)	Fragilidade capilar, insuficiência venosa ¹	250 a 300 mg cápsula extrato seco blister
<i>Arnica montana</i>	Equimoses, hematomas e contusões ¹	20% - gel bisnaga 30 g
<i>Cynara scolymus</i> (Alcachofra)	Insuficiência venosa e fragilidade capilar ²	300 mg - cápsula extrato seco
<i>Ginkgo biloba</i>	Vertigem e zumbidos (tinitus) resultantes de distúrbios circulatórios, distúrbios circulatórios periféricos, como câimbras ²	80 mg - comprimido revestido blister
<i>Glycine max</i> (Isoflavona de Soja)	Coadjuvante no alívio dos sintomas do climatério: sintomas vasomotores, tais como: ondas de calor e sudorese. Considerado modulador seletivo de receptores estrogênico ²	150 mg - comprimido revestido/cápsula blister
<i>Harpagophytum procumbens</i> (Garra do Diabo)	Alívio de dores articulares moderadas e lombalgia aguda ²	350 ou 400 mg - cápsula/comprimido extrato seco blister
<i>Hypericum perforatum</i> (Hipérico)	Tratamento dos estados depressivos leves a moderados ²	300 mg - cápsula/comprimido extrato seco blister
<i>Maytenus ilicifolia</i> (Espinheira Santa)	Antidispéptico, antiácido e protetor da mucosa gástrica ²	380 mg - cápsula extrato seco blister
<i>Mikania glomerata</i> (Guaco)	Expectorante e broncodilatador ¹	0,0833 ou 0,1 mL/mL - xarope 120 mL
<i>Rhamnus purshiana</i> (Cáscara Sagrada)	Tratamento de curto prazo da constipação intestinal ocasional ²	75 mg - cápsula extrato seco blister
<i>Uncaria tomentosa</i> (Unha de Gato)	Anti-inflamatório ²	100 mg - cápsula extrato seco blister.

Fonte: Brasil (2014a);¹ Brasil (2016b).²

Os resultados apresentados pela pesquisa esboçam o atual panorama do Programa de Fitoterapia do município de análise.

Evidenciou-se que dos onze fitoterápicos relacionados durante o período estudado, atualmente, somente nove permanecem sendo dispensados pelo Programa, sob a forma farmacêutica de cápsulas, gel, comprimidos e xarope. Hipérico e Unha de Gato deixaram de ser dispensados devido dificuldades no processo de licitação. Estudo realizado por Gribner *et al.*, também aponta nove medicamentos fitoterápicos dispensados nas unidades básicas de saúde dos municípios da região metropolitana de Curitiba, que foram: Guaco, Isoflavona de Soja, *Ginkgo biloba*, Espinheira Santa, Garra do Diabo, Castanha da Índia, Passiflora xarope, Passiflora comprimido e Composto de *Valeriana officinalis* L., *Crataegus oxyacantha* L., *Passiflora incarnata* L.¹⁸

No que se refere ao quantitativo anual de dispensação de fitoterápicos pela Rede Municipal de Saúde (FIGURA 1), *Ginkgo biloba* (4.038.588), Hipérico (919.215) e Castanha da Índia (211.143) foram os mais dispensados no período estudado.

Embora não se encontrem padronizados na lista da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), estes fazem parte da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) para atender a demanda da população.

Nos estudos de Camargo *et al.*, e Heckler *et al.*, foram encontrados dados semelhantes em relação aos fitoterápicos mais dispensados.¹⁹ No primeiro, desenvolvido no Programa Farmácia Verde no município de Ipatinga/MG, o autor afirma ser o *Ginkgo biloba* o medicamento mais prescrito e, no segundo, os dois fitoterápicos mais solicitados em farmácias e drogarias de Porto Alegre foram os mesmos encontrados nesta pesquisa. Em contrapartida, Heckler *et al.*, afirmam que a Castanha da Índia não obteve solicitação significativa.²⁰

Em parte, o resultado por ser explicado pelo fato de que o extrato de folhas de *Ginkgo biloba* tem sido cada vez mais usado como um fitoterápico para o tratamento de doenças neurodegenerativas,

18 GRIBNER, C. **Inserção de fitoterápicos industrializados na Atenção Básica à Saúde no município de Pinhais- PR.** (Dissertação). Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Pinhais, 2016.

19 CAMARGO, E. E. S. **Avaliação dos programas de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos...** *Op. cit.*; HECKLER, A. P. M. *et al.* Estudo Exploratório sobre a Dispensação de Fitoterápicos e Plantas Medicinais em Porto Alegre/RS. **Acta Farmacêutica Bonaerense**, v. 24, n. 2, p. 277-283, 2005.

20 HECKLER, A. P. M. *et al.* Estudo Exploratório sobre a Dispensação de Fitoterápicos e Plantas Medicinais em Porto Alegre/RS... *Op. cit.*

cardiovasculares e cerebrovasculares;²¹ o Hipérico é amplamente utilizado para tratamento da depressão e da angústia em qualquer idade, assim como a Castanha da Índia como agente anti-inflamatório para o tratamento de inflamação e edema.²²

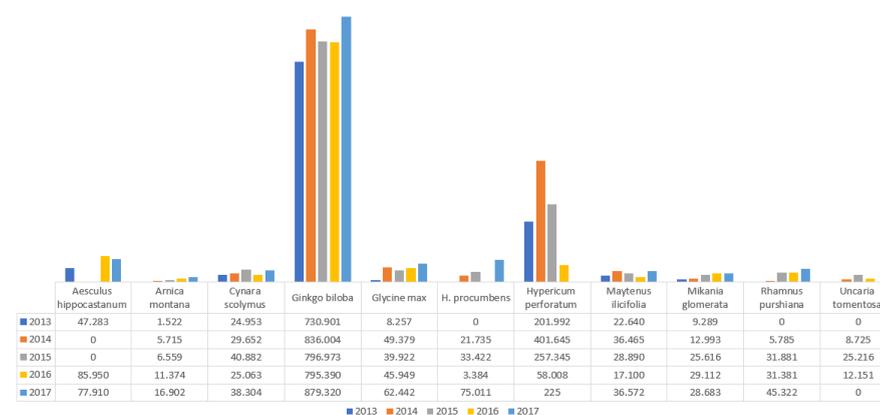


Figura 1: Quantitativo anual de dispensação de fitoterápicos. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2018).

Observou-se ainda que os fitoterápicos menos dispensados no município de análise foram: Arnica (42.072), Unha de Gato (46.092) e Guaco (105.693). Lopes *et al.*, afirmam que, das plantas medicinais utilizadas pelos pacientes atendidos no programa “Estratégia Saúde da Família” em Maringá/PR, a Arnica e a Unha de Gato também estão entre as menos empregadas pela população.²³ Em contrapartida, Caccia-Bava e colaboradores apontaram o Guaco como o fitoterápico mais disponibilizado nas unidades de atenção básica do estado de São Paulo.²⁴ Segundo os autores, isto se deve, ao menos em parte, ao fato de não haver restrições de matéria prima desse fitoterápico no

21 Cf. MOHANTA, T. K.; TAMBOLI, Y.; ZUBAIDHA, P. K. *Phytochemical and medicinal importance of Ginkgo biloba L.* **Natural Product Research**, v. 28, n. 10, p. 746-752, 2014.

22 Cf. DEMIRCI, B. *et al.* *Detrimental effect of Hypericum perforatum on ovarian functions.* **Journal of the Turkish-German Gynecological Association**, 2018; ZHAO, S. Q. *et al.* *Anti-inflammatory effect of external use of escin on cutaneous inflammation: possible involvement of glucocorticoids receptor.* **Chinese Journal of Natural Medicines**, v. 16, n. 2, p. 105-112, 2018.

23 Cf. LOPES, M. A. *et al.* Estudo das plantas medicinais, utilizadas pelos pacientes atendidos no programa “Estratégia saúde da família” em Maringá/PR/Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 702-706, 2015.

24 Cf. CACCIA-BAVA, M. C. G. G. *et al.* *Availability of herbal medicines and medicinal plants in the primary health facilities of the state of São Paulo, Southeast Brazil: results from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care.* **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1651-1659, 2017.

mercado brasileiro, sendo produzido por vários laboratórios. Resultado semelhante foi encontrado por Gribner *et al.*, nas unidades básicas de saúde da Região Metropolitana de Curitiba, onde o Guaco correspondeu a 39% do total de dispensações.²⁵

No período estudado, os medicamentos fitoterápicos mais adquiridos pelo programa de fitoterapia do município do ES foram: *Ginkgo biloba* (4.209.290), seguido do Hipérico (821.995) e da Isoflavona de soja (229.940) e os menos adquiridos foram: *Arnica montana* (48.350), Unha de Gato (90.000) e Guaco (111.000) (TABELA III).

Neste ponto, vale ressaltar a ampla utilização do *Ginkgo biloba* e do Hipérico, pela população e, não menos utilizada, pode-se citar a Isoflavona de soja cujos compostos difenólicos, com estrutura semelhante à do estradiol, possuem tanto propriedades hormonais como não-hormonais, e são consideradas moduladores seletivos do receptor de estrogênio.²⁶

Observou-se ainda nessa relação dispensação-aquisição, que a Castanha da Índia, embora seja um dos fitoterápicos mais dispensados, não está entre os mais adquiridos. Isso pode ser explicado, ao menos em parte, pela não aquisição do medicamento nos anos de 2013, 2014 e 2015 (TABELA 3).

25 Cf. GRIBNER, C. *Inserção de fitoterápicos industrializados na Atenção Básica à Saúde no município de Pinhais- PR...* Op. cit.

26 Cf. MOHANTA, T. K.; TAMBOLI, Y.; ZUBAIDHA, P. K. *Phytochemical and medicinal importance of Ginkgo biloba L...* Op. cit.; DEMIRCI, B. *et al. Detrimental effect of Hypericum perforatum on ovarian functions...* Op. cit.; LIU, Z. M. *et al. Randomized controlled trial of whole soy and isoflavone daidzein on menopausal symptoms in equol-producing Chinese post menopausal women. Menopause*, v. 21, n. 6, p. 653-660, 2014.

Tabela 3. Dispensação versus aquisição de fitoterápicos

Medicamento	Ano											
	2013*		2014*		2015*		2016*		2017*		Total	
	Aquis.	Disp.	Aquis.	Disp.	Aquis.	Disp.	Aquis.	Disp.	Aquis.	Disp.	Aquis.	Disp.
Castanha-da-Índia	0	47.283	0	0	0	0	109.980	85.950	54.990	77.910	164.970	211.143
Arnica montana	2.000	1.522	4.000	5.715	12.000	6.559	14.850	11.374	15.500	16.902	48.350	42.072
Alcachofra	29.970	24.953	15.000	29.652	45.000	40.882	33.750	25.063	45.975	38.304	169.695	158.854
Ginkgo biloba	350.000	730.901	1.260.000	836.004	399.900	796.973	1.239.600	795.390	779.790	879.320	4.029.290	4.038.588
Isoflavona de Soja	6.060	8.257	46.920	49.379	47.000	39.922	72.000	45.949	57.960	62.442	229.940	205.949
Garra do Diabo	25.200	0	30.000	21.735	0	33.422	22.980	3.384	56.970	75.011	135.150	133.552
Hipérico	332.000	201.992	230.000	401.645	259.995	257.345	0	58.008	0	225	821.995	919.215
Espinheira Santa	23.985	22.640	33.500	36.465	28.000	28.890	43.470	17.100	30.985	36.572	159.940	141.667
Guaco	0	9.289	44.000	12.993	8.000	25.616	35.000	29.112	24.000	28.683	111.000	105.693
Cáscara Sagrada	25.200	0	30.000	5.785	24.975	31.881	19.980	31.381	37.980	45.322	138.135	114.369
Unha de Gato	0	0	90.000	8.7215	0	25.216	0	12.151	0	0	90.000	46.092
Total	794.415	1.046.837	1.783.420	1.408.098	824.870	1.286.706	1.591.610	1.114.862	1.104.150	1.260.691	6.098.465	6.117.194

* Teste qui-quadrado com nível de significância menor do que 0,05 (p < 0,05). ** Coeficiente de correlação positivo com nível de significância menor do que 0,05 (p < 0,05 and r ≈ 1). Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2018).

Quanto ao custo dos fitoterápicos adquiridos para dispensação, os que apresentaram maiores valores de custo unitário por ano e preço médio foram: Arnica (R\$ 12,45), Guaco (R\$ 1,74) e Garra do Diabo (R\$ 0,59), apresentados, na Figura 2.

A *Arnica montana* é chamada de arnica oficial e diferencia-se das arnicas populares por ser importada e por seu preço elevado.²⁷ Valor semelhante ao encontrado no presente estudo para o Guaco (R\$ 1,74) foi encontrado na pesquisa desenvolvida por Gribner *et al.*, cujo preço médio foi de R\$ 2,20/frasco.²⁸ Caccia-Bava *et al.*, identificaram que devido ao fato, de a espécie não ocorrer no Brasil e por seu alto custo de importação o fitoterápico Garra-do-Diabo estava entre os menos prescritos nas unidades de atenção básica do estado de São Paulo.²⁹

Observa-se que *Arnica montana*, embora sendo o medicamento menos dispensado foi o que recebeu o maior investimento para a compra (TABELA 4).

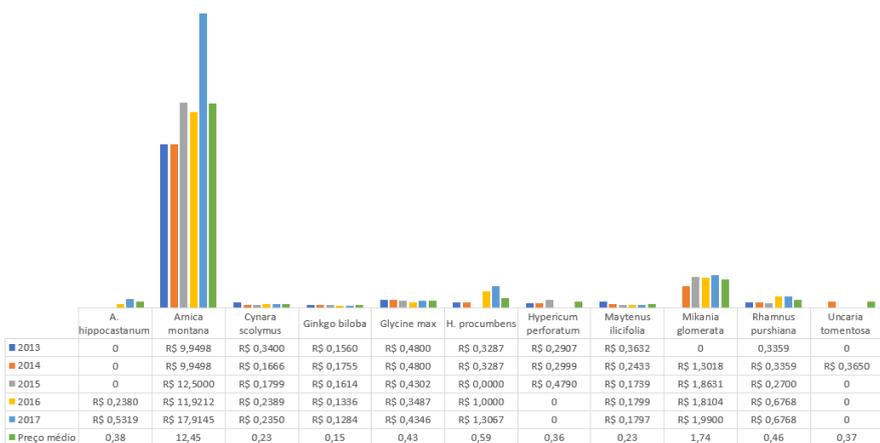


Figura 2: Custo unitário/preço médio dos fitoterápicos por ano. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2018).

27 Cf. MARQUES, L. C. Vigilância de Fitoterápicos I: Caso da arnica. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 5, n. 1, 1996.

28 Cf. GRIBNER, C. *Inserção de fitoterápicos industrializados na Atenção Básica à Saúde no município de Pinhais- PR...* Op. cit.

29 Cf. CACCIA-BAVA, M. C. G. G. *et al.* Availability of herbal medicines and medicinal plants in the primary health facilities of the state of São Paulo, Southeast Brazil...

Tabela 4. Quantidade versus custo anual para aquisição de fitoterápicos							
Aquisição de Fitoterápico - Quantidade/Custo Anual (R\$)							
Medicamento	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	
Castanha-da-Índia	Qtidade	0	0	0	109.980	54.990	164.970
	Custo (R\$)	0,00	0,00	0,00	26.175,24	29.249,18	55.424,42
Arnica montana	Qtidade	2.000	4.000	12.000	14.850	15.500	48.350
	Custo (R\$)	19.899,60	39.799,20	150.000,00	177.030,00	277.675,00	664.403,80
Alcachofra	Qtidade	29.970	15.000	45.000	33.750	45.975	169.695
	Custo (R\$)	10.189,80	2.499,00	8.097,00	8.062,87	10.804,12	39.652,79
Ginkgo biloba	Qtidade	350.000	1.260.000	399.900	1.239.600	779.790	4.029.290
	Custo (R\$)	54.600,00	221.156,00	64.543,86	165.597,00	100.157,07	606.053,93
Isoflavona de Soja	Qtidade	6.060	46.920	47.000	72.000	57.960	229.940
	Custo (R\$)	2.908,80	22.521,60	20.219,40	25.108,80	25.189,42	95.948,02
Garra do Diabo	Qtidade	25.200	30.000	0	22.980	56.970	135.150
	Custo (R\$)	8.283,24	9.861,00	0,00	22.980,00	74.440,80	115.565,04
Hipérico	Qtidade	332.000	230.000	259.995	0	0	821.995
	Custo (R\$)	96.506,80	68.976,98	124.537,60	0,00	0,00	290.021,38
Espinheira Santa	Qtidade	23.985	33.500	28.000	43.470	30.985	159.940
	Custo (R\$)	8.711,35	8.149,19	4.869,20	7.820,25	5.567,99	35.117,98
Guaco	Qtidade	0	44.000	8.000	35.000	24.000	111.000
	Custo (R\$)	0,00	57.280,00	14.904,80	63.365,00	47.760,00	183.309,80
Cáscara Sagrada	Qtidade	25.200	30.000	24.975	19.980	37.980	138.135
	Custo (R\$)	8.464,68	10.077,00	6.743,25	13.522,46	25.704,86	64.512,25
Unha de Gato	Qtidade	0	90.000	0	0	0	90.000
	Custo (R\$)	0,00	32.850,00	0,00	0,00	0,00	32.850,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2018).

A quantidade de medicamentos fitoterápicos dispensados durante o período estudado é significativamente menor em relação à dispensação dos demais medicamentos (Tabela 5). Além disso, houve ainda uma queda na dispensação dos fitoterápicos a partir do ano 2015; uma possível explicação para esse fato foi (a) a não aquisição de Castanha da Índia nos anos de 2013, 2014 e 2015; Garra do Diabo em 2015, Guaco e Unha de Gato em 2013; (b) a não dispensação de Castanha da Índia nos anos de 2014 e 2015, a não dispensação de Garra do Diabo, Cáscara Sagrada e Unha de Gato em 2013 e, como já

mencionado anteriormente, (c) o Hipérico e a Unha de Gato que não estão mais em oferta à população.

A falta de uma formação técnico-prática relativa à fitoterapia no percurso acadêmico/profissional foi considerada a principal dificuldade para prescrição da fitoterapia nos serviços de atenção primária, deficiência que poderia ser solucionada por meio da estimulação a partir do processo de educação continuada e permanente dos profissionais das equipes de saúde.³⁰

Tabela 5. Comparativo percentual de dispensação			
Ano	Quantidade de fitoterápicos dispensados	Quantidade dos demais medicamentos dispensados	Comparativo % Fitoterápicos vs Demais Medicamentos
2013*	13.171	1.688.668	0,78%
2014*	15.876	1.722.709	0,92%
2015*	13.433	1.706.425	0,79%
2016*	11.033	1.813.596	0,61%
2017*	9.035	2.110.119	0,43%

* Teste qui-quadrado com nível de significância menor do que 0,05 ($p < 0,05$).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2018).³¹

A indústria de fitoterápicos evolui para uma estrutura produtiva de forma a competir com a indústria farmacêutica de síntese química. Os fitoterápicos, assim como os produtos farmoquímicos visam atender necessidades específicas de tratamento e suas respectivas classes terapêuticas, sendo que existem várias possibilidades de substituição dentro de cada uma dessas classes.³² Ainda, de acordo com os autores, aos medicamentos fitoterápicos é atribuída a vantagem de que estes teriam seus custos reduzidos em função dos menores custos de pesquisa, entretanto esta redução está associada à diminuição do tempo de seleção para obtenção de novas espécies biotecnológicas em função do uso dos conhecimentos tradicionais e biotecnológicos.

30 Cf. ANTONIO, G. D.; TESSER, C. D.; MORETTI-PIRES, R. O. *Phytotherapy in primary health care*. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 3, p. 541-553, 2014.

31 Cf. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. SEMUS/GAF/RBE - Farmácia. Relatórios. Mapas. *Diário Mensal de Indicadores*, 2018.

32 Cf. ANTUNES, A. *Diagnóstico dos desafios e oportunidades no mercado de Plantas Medicinais e Fitoterápicos brasileiro*. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, Ciência, Tecnologia e Inovação, 2009. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/images/inovacao/trabalhos_tecnicos/Publicacao_Fitoterpicos.pdf>. Acesso em: 22 Set. 2018.

Quanto a comparação dos custos dos fitoterápicos com os custos dos medicamentos sintéticos, fornecidos pelo município, com similaridade de indicação, presentes no Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), é possível afirmar que os fitoterápicos não possuem um valor mais acessível (TABELA VI). Dado encontrado também por Gribner *et al.*, que identificou em seu estudo que o tratamento com a Espinheira santa quando comparado com o tratamento utilizando o omeprazol acabaria saindo mais caro.³³ Muitos fitoterápicos não possuem similar industrializado padronizado no SUS por isso torna-se difícil estabelecer uma comparação de preços entre eles.³⁴ Camargo cita ainda que o custo do medicamento fitoterápico quando produzido nas oficinas farmacêuticas é mais econômico para o setor público quando este distribui o medicamento à população, não embutindo ao custo os valores aplicados no mercado.

Tabela 6. Preço do medicamento fitoterápico versus preço do medicamento sintético com similaridade de indicação			
Medicamento fitoterápico	Preço médio do fitoterápico (unidade)	Medicamento sintético	Preço do sintético (unidade)
Alcachofra 300mg	R\$ 0,23	Sinvastatina 20mg/30comp.	R\$ 0,09
		Sinvastatina 40mg/30comp.	R\$ 0,15
Garra do Diabo 350 ou 400 mg	R\$ 0,59	Ibuprofeno 300mg/20 comp	R\$ 0,14
		Ibuprofeno 600mg/20 comp	R\$ 0,17
Unha de Gato 100mg	R\$ 0,59	Prednisona 5 mg/20 comp	R\$ 0,17
		Prednisona 20mg/20 comp	R\$ 0,17
Hipérico 300mg	R\$ 0,36	Cloridrato de Fluoxetina 20mg/30 caps	R\$ 0,08
Espinheira Santa 380mg	R\$ 0,23	Omeprazol 20mg/56 caps	R\$ 0,06

33 Cf. GRIBNER, C. *Inserção de fitoterápicos industrializados na Atenção Básica à Saúde no município de Pinhais- PR... Op. cit.*

34 Cf. CAMARGO, E. E. S. *Avaliação dos programas de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, visando subsidiar a sua reorientação no Sistema Único de Saúde... Op. cit.*;

Um ensaio clínico sobre a Alcachofra demonstrou uma ação representativa sobre os lipídios plasmáticos e hipercolesterolemia.³⁵ O consumo de 320mg do extrato quatro vezes ao dia durante três meses, favoreceu o aumento de *High Density Lipoproteins* (HDL), além de reduzir o colesterol total e *Low Density Lipoproteins* (LDL), provavelmente por inibição da biossíntese de colesterol e da oxidação de LDL.³⁶ Com relação à ação digestiva, em um estudo controlado com placebo realizado em voluntários com dispepsia, os pacientes que utilizaram 320mg do fitoterápico duas vezes ao dia durante seis meses obtiveram resultados de melhora global dos sintomas.³⁷

Anauate avaliou o extrato de *H. procumbens* (Garra do Diabo) e suas frações na atividade da Cicloxigenase-1 e Cicloxigenase-2 e produção de óxido nítrico em ensaio de sangue total de voluntários sadios e pacientes com osteoartrite (OA) e encontrou como resultado que o fitoterápico se mostrou eficaz no tratamento de pacientes com OA lombar.³⁸ Alguns ensaios clínicos comprovaram a ação anti-inflamatória da planta *Harpagophytum procumbens*.³⁹ A melhora da dor por OA de punho, cotovelo, ombro, quadril e joelho foi significativa, sendo que 60% das pessoas que utilizaram o extrato da planta reduziram ou pararam a medicação utilizada para dor.⁴⁰ Outros dois estudos demonstraram a eficácia do fitoterápico no tratamento de osteoartrite de joelho e

35 Cf. RONDANELLI, M. *et al.* Beneficial effects of artichoke leaf extract supplementation on increasing HDL-cholesterol in subjects with primary mild hypercholesterolaemia: a double-blind, randomized, placebo-41 controlled trial. **International Journal of Food Sciences and Nutrition**, v. 64, n. 1, p. 7-15, 2013.

36 Cf. BUNDY, R. *et al.* Artichoke leaf extract (*Cynara scolymus*) reduces plasma cholesterol in otherwise healthy hypercholesterolemic adults: A randomized, double blind placebo controlled trial. **Phytomedicine**, v. 15, n. 9, p. 668-675, 2008.

37 Cf. HOLTSMANN, G. *et al.* Efficacy of artichoke leaf extract in the treatment of patients with functional dyspepsia: A six-week placebo-controlled, double-blind, multicentre trial. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 18, n. 11-12, p. 1099-1105, 2003.

38 Cf. ANAUATE, M. C. C. **Efeito dos extratos de *Harpagophytum procumbens* (garra-do-diabo) e suas frações na atividade da COX-1 e COX-2 na produção de NO em sangue total**, 2007, 98f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

39 Cf. LEBLAN, D.; CHANTRE, P.; FOURNIE, B. *Harpagophytum procumbens* in the treatment of knee and hip osteoarthritis. Four-month results of a prospective, multicenter, double-blind trial versus diacerhein. **Joint, bone, spine: Revue du Rhumatisme**, v. 67, n. 5, p. 462-467, 2000; CHANTRE, P. *et al.* Efficacy and tolerance of *Harpagophytum procumbens* versus diacerhein in treatment of osteoarthritis. **Phytomedicine**, v. 7, n. 3, p. 177-183, 2000; WARNOCK, M. *et al.* Effectiveness and safety of Devil's Claw tablets in patients with general rheumatic disorders. **Phytotherapy Research**, v. 21, n. 12, p. 1228-1233, 2007.

40 Cf. WARNOCK, M. *et al.* Effectiveness and safety of Devil's Claw tablets in patients with general rheumatic disorders... *Op. cit.*

quadril, resultando em eficácia equivalente a Diacereína, reduzindo a necessidade de terapia analgésica e anti-inflamatória.⁴¹ O fitoterápico apresenta ação anti-inflamatória devido ao provável mecanismo de inibição da síntese de prostaglandinas.

Em uma revisão realizada por Chiovatto *et al.*, foi relatado que em todos os estudos houve uma maior aceitação do Hipérico em relação a fluoxetina.⁴² Esses mesmos estudos concordaram quanto à segurança do Hipérico, demonstrando efeitos colaterais compatíveis com os do placebo e inferiores aos da Fluoxetina - sonolência, boca seca, sudorese e náuseas. O maior risco associado ao uso do fitoterápico é a possibilidade de interação medicamentosa.

Em ensaio clínico sobre as propriedades farmacológicas da *Maytenus ilicifolia* em pacientes com dispepsias e úlcera péptica, quando da utilização de liofilizados de Espinheira Santa, os mesmos apresentaram melhora significativa da sintomatologia dispéptica global e dos sintomas de azia e gastralgia, comparado ao grupo placebo.⁴³

Rojas-Duran *et al.*, demonstraram a atividade anti-inflamatória da mitrafilina.⁴⁴ Para isso, estudaram o efeito da mitrafilina em ratos em relação a 16 citocinas diferentes envolvidas no processo inflamatório. A partir do extrato clorofórmico de *Uncaria tomentosa* (Unha de Gato) concluíram que a mitrafilina era, de fato, o constituinte mais abundante e, perante isso, concluíram, também, que inibia as citocinas de forma aproximadamente semelhante à dexametasona.

O *Ginkgo biloba* e a Castanha da Índia que foram fitoterápicos muito dispensados pelo Programa de Fitoterapia, infelizmente, não possuem similares sintéticos dispensados pelo SUS. Entretanto, estudo como o de Sanchez *et al.*, cita que o extrato de *Ginkgo biloba*

41 Cf. LEBLAN, D.; CHANTRE, P.; FOURNIE, B. *Harpagophytum procumbens* in the treatment of knee and hip osteoarthritis. Four-month results of a prospective, multicenter, double-blind trial versus diacerhein... *Op. cit.*; CHANTRE, P. *et al.* Efficacy and tolerance of *Harpagophytum procumbens* versus diacerhein in treatment of osteoarthritis... *Op. cit.*

42 Cf. CHIOVATTO, R. D. *et al.* Fluoxetina ou Hypericum perforatum no tratamento de pacientes portadores de transtorno depressivo maior leve a moderado? Uma revisão. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 168-175, 2011.

43 Cf. SANTOS-OLIVEIRA, R.; COULAUD-CUNHA, S.; COLAÇO, W. Revisão da *Maytenus ilicifolia* Mart. ex Reissek, Celastraceae. Contribuição ao estudo das propriedades farmacológicas. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 19, n. 2b, p. 650-659, 2009.

44 Cf. ROJAS-DURAN, R. *et al.* Anti-inflammatory activity of Mitrephylline isolated from *Uncaria tomentosa* bark. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 143, p. 801-904, 2012.

761 apresentou eficácia, segurança e tolerabilidade satisfatórias no controle do zumbido quando administrado na posologia de 120mg duas vezes ao dia por 60 dias e, em revisão realizada por Alexandre, Garcia e Simões, é relatado que há evidências de que medicamentos fitoterápicos elaborados com extratos secos das sementes da Castanha da Índia, padronizados em escina, para o tratamento sintomático da insuficiência venosa crônica são mais eficazes do que o placebo e, também, tão eficazes quanto a terapia de compressão dos membros inferiores com meias elásticas e os medicamentos à base de rutosídeo.⁴⁵ Portanto, pode ser uma opção para o tratamento sintomático de pacientes com insuficiência venosa crônica. Em relação à segurança, esses medicamentos são bem tolerados, apesar de terem sido relatados alguns efeitos adversos relacionados ao trato gastrointestinal.

Apesar do custo mais elevado dos fitoterápicos em relação aos similares sintéticos, esses podem apresentar efeitos terapêuticos, às vezes, superiores aos dos medicamentos alopáticos, podendo ter seus efeitos colaterais minimizados, quando administrados corretamente.⁴⁶ Vantagem corroborada pelo estudo de Bossem e Almeida que citam que na fitoterapia em relação à alopatia, há uma redução ou ausência de efeitos colaterais e, mesmo que os resultados desse tratamento sejam demorados, o benefício é considerado maior.⁴⁷

No Espírito Santo, a PNPIC da Secretaria de Saúde vem sendo estruturada de forma a incentivar o uso de fitoterápico como alternativa na prevenção e tratamento de pacientes do SUS, por meio da promoção regular de cursos direcionados a profissionais de saúde interessados em aprender mais sobre os poderes medicinais das plantas e como fazer a prescrição ao paciente, da orientação de gestores da saúde pública na implantação de programas de fitoterapia, além de consultas ao público.

45 ALEXANDRE, R. F.; GARCIA, F. N.; SIMÕES, C. M. O. Fitoterapia Baseada em Evidências. Parte 2. Medicamentos Fitoterápicos elaborados com Alcachofra, Castanha-da-Índia, Ginseng e Maracujá. *Acta Farmacêutica Bonaerense*, v. 24, n. 2, p. 310-314.

46 Cf. FUTURO, D. O.; FIORINI, F. S.; CASTILHO, S. R. Interações entre Plantas e Medicamentos. *Informativo CEATRIM*, n. 3, 2004. Disponível em <<https://www.docsity.com/pt/interacoes-entre-plantas-e-medicamentos-apostilas-biologia/276571>>. Acesso em: 20 Set. 2018.

47 Cf. BOSSEM, T. S. **Fitoterápicos no SUS**. Monografia (Especialização em Farmacologia) – Programa de pós graduação em Farmacologia - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2014; ALMEIDA, J. S. *et al.* A Fitoterapia no Centro de Saúde da Família: um olhar sobre práticas integrativas no VER-SUS. *Saúde em Redes*, v. 4, n. 1, p. 193-204, 2018.

As plantas medicinais, sempre foram de muita importância a diversos tipos de populações no mundo, entretanto vêm perdendo seu valor, devido à falta de repasse de informações sobre as mesmas. No SUS a sua utilização é considerada baixa, até mesmo pela falta de incentivos nas pesquisas para comprovação científica de novas drogas fitoterápicas. Embora os usos de medicamentos fitoterápicos possam dar uma melhor qualidade de vida ao paciente, a falta de profissionais na fitoterapia para indicação dessas práticas aos pacientes é outro aspecto muito discutido.

Plantas medicinais utilizadas tradicionalmente, e que possuam evidências clínicas contra problemas comuns e de grande relevância na Atenção Primária à Saúde auxiliam na prevenção de agravos, restauração e manutenção da saúde, contribuindo para a integralidade da atenção.

O tratamento fitoterápico pode ser uma boa opção, considerando seus efeitos terapêuticos efetivos e seus efeitos adversos pequenos, apesar de, neste estudo, ter sido observado que este tem um custo mais elevado quando comparado com medicamentos sintéticos com similaridade de indicação.

Ainda são escassos os estudos que abordem o uso de fitoterápicos ofertados no SUS, bem como sua relação com medicamentos que possuem similaridade de indicação, aquisição *versus* dispensação, preços, sendo assim necessário explorar mais esta área de pesquisa. De maneira geral, observa-se que as pesquisas relacionadas aos fitoterápicos apresentam como foco/objetivo principal a avaliação do uso de plantas medicinais na atenção básica.

Para pesquisas futuras sugere-se que estudos semelhantes a este sejam realizados em municípios que contam com Programa de Fitoterapia com intuito de verificar as diferentes realidades nas várias regiões do nosso país.

Referências:

ALCANTARA, R. G. L.; Joaquim R. H.V. T.; Sampaio, S. F. Plantas medicinais: o conhecimento e uso popular. *Revista de APS*, v. 18, n. 4, p. 270-482, 2015.

ALEXANDRE, R. F.; GARCIA, F. N.; SIMÕES, C. M. O. Fitoterapia Baseada em Evidências. Parte 2. Medicamentos Fitoterápicos elaborados com Alcachofra, Castanha-da-Índia, Ginseng e Maracujá. *Acta Farmacêutica Bonaerense*, v. 24, n. 2, p. 310-314.

ALMEIDA, J. S. *et al.* A Fitoterapia no Centro de Saúde da Família: um olhar sobre práticas integrativas no VER-SUS. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1, p. 193-204, 2018.

ANAUATE, M. C. C. **Efeito dos extratos de Harpagophytum procumbens (garra-do-diabo) e suas frações na atividade da COX-1 e COX-2 na produção de NO em sangue total**, 2007, 98f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ANTONIO, G. D.; TESSER, C. D.; MORETTI-PIRES, R. O. *Phytotherapy in primary health care*. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 541-553, 2014.

ANTUNES, A. **Diagnóstico dos desafios e oportunidades no mercado de Plantas Medicinais e Fitoterápicos brasileiro**. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, Ciência, Tecnologia e Inovação, 2009. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/images/inovacao/trabalhos_tecnicos/Publicacao_Fitoterpicos.pdf>. Acesso em: 22 set. 2018.

BOSSEM, T. S. **Fitoterápicos no SUS**. Monografia (Especialização em Farmacologia) – Programa de pós graduação em Farmacologia - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 31, 2012.

BRASIL. **Uso de plantas medicinais e fitoterápicos sobe 161%**. 2016a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/06/uso-de-plantas-medicinais-e-fitoterpicos-sobe-161>>. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Elabora Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS**, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/pdf/marco/ms_relacao_plantas_medicinais_sus_0603.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

BRASIL. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção 1, p. 20-25, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 26, de 13 de maio de 2014**. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos, 2014a.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. UNA-SUS em números. **Ministério da Saúde seleciona projetos de plantas medicinais e fitoterápicos**, 2015. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/>>

<[ministerio-da-saude-seleciona-projetos-de-plantas-medicinais-e-fitoterpicos](http://www.ministerio-da-saude-seleciona-projetos-de-plantas-medicinais-e-fitoterpicos)>. Acesso em: 18 set. 2018.

BUNDY, R. *et al.* **Artichoke leaf extract (Cynara scolymus) reduces plasma cholesterol in otherwise healthy hypercholesterolemic adults: A randomized, double blind placebo controlled trial**. **Phytomedicine**, v. 15, n. 9, p. 668-675, 2008.

CACCIA-BAVA, M. C. G. G. *et al.* **Availability of herbal medicines and medicinal plants in the primary health facilities of the state of São Paulo, Southeast Brazil: results from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1651-1659, 2017.

CAMARGO, E. E. S. **Avaliação dos programas de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, visando subsidiar a sua reorientação no Sistema Único de Saúde**. (Tese de doutorado). Araraquara: Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Área de Pesquisa e Desenvolvimento de Fármacos e Medicamentos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, UNESP, São Paulo, 2010.

CHANTRE, P. *et al.* **Efficacy and tolerance of Harpagophytum procumbens versus diacerhein in treatment of osteoarthritis**. **Phytomedicine**, v. 7, n. 3, p. 177-183, 2000.

CHIOVATTO, R. D. *et al.* **Fluoxetina ou Hypericum perforatum no tratamento de pacientes portadores de transtorno depressivo maior leve a moderado? Uma revisão**. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 168-175, 2011.

DEMIRCI, B. *et al.* **Detrimental effect of Hypericum perforatum on ovarian functions**. **Journal of the Turkish-German Gynecological Association**, 2018.

FIGUEIREDO, C. A.; GURGEL, I. G.D., GURGEL JUNIOR, G. D. **A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios**. **Physis**, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014.

FUTURO, D. O.; FIORINI, F. S.; CASTILHO, S. R. **Interações entre Plantas e Medicamentos**. **Informativo CEATRIM**, n. 3, 2004. Disponível em <<https://www.doccity.com/pt/interacoes-entre-plantas-e-medicamentos-apostilas-biologia/276571>>. Acesso em: 20 set. 2018.

GRIBNER, C. **Inserção de fitoterápicos industrializados na Atenção Básica à Saúde no município de Pinhais- PR**. (Dissertação). Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Pinhais, 2016.

HECKLER, A. P. M. *et al.* **Estudo Exploratório sobre a Dispensação de Fitoterápicos e Plantas Medicinais em Porto Alegre/RS**. **Acta Farmacêutica Bonaerense**, v. 24, n. 2, p. 277-283, 2005.

HOLTMANN, G. *et al.* **Efficacy of artichoke leaf extract in the treatment of patients with functional dyspepsia: A six-week placebo-controlled, double-blind, multicentre**

trial. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 18, n. 11-12, p. 1099-1105, 2003.

LEBLAN, D.; CHANTRE, P.; FOURNIE, B. *Harpagophytum procumbens in the treatment of knee and hip osteoarthritis. Four-month results of a prospective, multicenter, double-blind trial versus diacerhein. Joint, bone, spine.* **Joint, bone, spine: Revue du Rhumatisme**, v. 67, n. 5, p. 462-467, 2000.

LIMA-SARAIVA, S. R. G. *et al.* A implantação do programa de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Público de Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar de Pesquisa e Inovação**, v. 1, n. 1, 2015.

LIU, Z. M. *et al.* *Randomized controlled trial of whole soy and isoflavone daidzein on menopausal symptoms in equol-producing Chinese post menopausal women.* **Menopause**, v. 21, n. 6, p. 653-660, 2014.

LOPES, M. A. *et al.* Estudo das plantas medicinais, utilizadas pelos pacientes atendidos no programa “Estratégia saúde da família” em Maringá/PR/Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 702-706, 2015.

MARANHÃO, D. G. **Análise situacional de seis programas de fitoterapia brasileiros.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos). Fundação Oswaldo Cruz, FARMANGUINHOS, Rio de Janeiro, 2011.

MARQUES, L. C. Vigilância de Fitoterápicos I: Caso da arnica. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 5, n. 1, 1996.

MOHANTA, T. K.; TAMBOLI, Y.; ZUBAIDHA, P. K. *Phytochemical and medicinal importance of Ginkgo biloba L.* **Natural Product Research**, v. 28, n. 10, p. 746-752, 2014.

OLIVEIRA, M. J. R.; SIMÕES, M. J. S. SASSI, D. R. R. Fitoterapia no Sistema de Saúde Pública (SUS) no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v. 8, n. 2, p. 39-41, 2006.

OLIVEIRA, A. C. D.; ROPKE, C. Os dez anos da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF) e os principais entraves da cadeia produtiva de extratos vegetais e medicamentos fitoterápicos no Brasil. **Revista Fitos**, s.l., v. 10, n. 2, p. 185-198, Dez. 2016. ISSN 2446-4775. Disponível em: <<http://revistafitos.far.fiocruz.br/index.php/revista-fitos/article/view/333>>. Acesso em: 20 set. 2018.

PINTO, J. D. M., NASCIMENTO, W. M. C., OLIVEIRA, M. A. S. Perfil das prescrições de fitoterápicos atendidas no Centro de Saúde da Família “Cleide Cavalcante”. **Infarma Ciências Farmacêuticas**, Sobral, v. 27, n. 3, p. 176-182, 2015.

ROJAS-DURAN, R. *et al.* *Anti-inflammatory activity of Mitrephylline isolated from Uncaria tomentosa bark.* **Journal of Ethnopharmacology**, v. 143, p. 801-904, 2012.

RONDANELLI, M. *et al.* *Beneficial effects of artichoke leaf extract supplementation on increasing HDL-cholesterol in subjects with primary mild hypercholesterolaemia: a*

double-blind, randomized, placebo-41 controlled trial. **International Journal of Food Sciences and Nutrition**, v. 64, n. 1, p. 7-15, 2013.

SANTOS-OLIVEIRA, R; COULAUD-CUNHA, S.; COLAÇO, W. Revisão da *Maytenus ilicifolia* Mart. ex Reissek, Celastraceae. Contribuição ao estudo das propriedades farmacológicas. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 19, n. 2b, p. 650-659, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. SEMUS/GAF/RBE - Farmácia. Relatórios. Mapas. **Diário Mensal de Indicadores**, 2018.

VITÓRIA. Câmara Municipal de Vitória. **Lei nº 4.352, de 19 de abril de 1996.** Autoriza o poder executivo a instituir o Programa Farmácias Vivas, dispõe sobre as diretrizes para a sua implantação na Rede Municipal de Saúde e dá outras providências. Vitória 1996.

WARNOCK, M. *et al.* *Effectiveness and safety of Devil's Claw tablets in patients with general rheumatic disorders.* **Phytotherapy Research**, v. 21, n. 12, p. 1228-1233, 2007.

ZHAO, S. Q. *et al.* *Anti-inflammatory effect of external use of escin on cutaneous inflammation: possible involvement of glucocorticoids receptor.* **Chinese Journal of Natural Medicines**, v. 16, n. 2, p. 105-112, 2018.

PLANTAS MEDICINAIS: O SABER DOS USUÁRIOS DAS PASTORAIS DE SAÚDE SOBRE O RISCO DE USO

Nathalia Ursula Corteletti
Denise Coutinho Endringer

O uso de plantas medicinais e de fitoterápicos pode ocasionar reações adversas pelos seus próprios componentes, em decorrência de interações com alimentos e outros medicamentos, ou até por causa das características do paciente como, idade, sexo e condições fisiológicas.¹ Este uso indiscriminado está diretamente ligado aos conhecimentos passados entre membros da família.²

Além disso, há um conceito errôneo nas populações que utilizam plantas medicinais com fins preventivos e curativos, pois em sua grande maioria acredita que as plantas não causam mal algum a sua saúde.³ Segundo Bochner *et al.*, apesar de ter bons efeitos curativos, as plantas podem causar efeitos tóxicos ao organismo.⁴

Para tanto, existe uma necessidade crescente de conhecimento científico e técnico por parte dos profissionais de saúde envolvidos na utilização de plantas medicinais, uma vez que, o uso incorreto pode acarretar danos, muitas vezes irreversíveis, aos pacientes que utilizam sem prévio conhecimento. Ainda há a maior interação entre pacientes e profissionais quando o profissional de saúde se mostra entendedor e colaborador no uso correto de plantas medicinais e fitoterápicos.⁵

1 BALBINO, E. E.; DIAS, M. Farmacovigilância: um asso em direção ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 20, n. 6, p. 992-1000, 2010.

2 VIEIRA, M. L. S. *et al.* Uso popular de plantas medicinais no município de Rio Tinto, PB. In: CONGRESSO DE ECOLOGIA DO BRASIL, São Lourenço, MG. Anais... São Lourenço, **Sociedade de Ecologia do Brasil**, p. 1-2, 2011.

3 Cf. OLIVEIRA, L. A. R.; MACHADO, R. D.; RODRIGUES, A. J. L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 16, n. 1, p. 32-40, 2014.

4 Cf. BOCHNER, R.; FISZON, J. T.; ASSIS, M. A.; AVELAR, K.E.S. Problemas associados ao uso de plantas medicinais comercializadas no Mercado de Madureira, município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 14, n. 3, p. 537-547, 2012.

5 Cf. BADKE, M.R.; BUDÓ, M.L.D.; SILVA, F.M.; RESSEL, L.B. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 132-139, 2011.

No estudo realizado por Oliveira *et al.*, observou-se que pacientes oncológicos faziam uso de plantas medicinais, tanto para problemas simples quanto para graves. Além disso, no mesmo estudo, a maioria dos pacientes acreditam que as plantas medicinais não podem causar mal.⁶

Porém, esta forma de alternativa, que muitas vezes parece inócua aos pacientes, pode gerar danos ao indivíduo, se não houver o acompanhamento adequado do uso. Além disso, o uso concomitante de medicamentos e plantas medicinais pode gerar interações desagradáveis, que prejudicam a vida do paciente.⁷ Para tanto, há uma necessidade crescente de profissionais envolvidos com a saúde do paciente, que conheçam as características das plantas que são utilizadas, evitando os efeitos adversos e as principais interações entre plantas e medicamentos.⁸

A inserção destas práticas integrativas no âmbito do SUS foi de fundamental importância para fomentar o uso de meios naturais, buscando a prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, sempre em integração do homem com o meio ambiente e sustentabilidade.⁹ Além de incentivar as políticas públicas voltadas ao uso de recursos do meio ambiente, a OMS estimula os estudos científicos para uma melhor segurança, eficácia e qualidade dos produtos a base de plantas medicinais e fitoterápicos.¹⁰

Para a implantação das práticas integrativas e complementares, houve a necessidade do envolvimento do Ministério da Saúde (MS) para realização de um diagnóstico nacional a respeito do uso dessas práticas, onde foram englobados a homeopatia, acupuntura, fitoterapia e medicina antroposófica.¹¹

6 Cf. OLIVEIRA, L. A. R.; MACHADO, R. D.; RODRIGUES, A. J. L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis... *Op. cit.*

7 Cf. SIMÕES, C. M. O. *et al.* **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 4. ed. Porto Alegre: ed. UFRGS, 2002; FUKUMASU, H. *et al.* Fitoterápicos e potenciais interações medicamentosas na terapia do câncer. **Revista Brasileira de Toxicologia**, v. 21, n. 2, p. 49-59, 2008.

8 Cf. OLIVEIRA, L. A. R.; MACHADO, R. D.; RODRIGUES, A. J. L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis... *Op. cit.*

9 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

10 Cf. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional. 2002-2005**. Genebra, 2002.

11 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos

A política nacional, no que diz respeito à fitoterapia no âmbito do SUS, objetivou a elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos, além de proporcionar o acesso a estes produtos no SUS e o fator fundamental, o incentivo à formação profissional voltada a estas práticas e o incentivo à pesquisa.¹²

A pastoral da saúde, criada pela igreja católica, possui características importantes para a utilização de plantas medicinais, uma vez que, faz a dispensação de produtos a base de fitoterápicos para pacientes que necessitam de cura para determinadas doenças. Essa pastoral tem o principal intuito de auxiliar o atendimento de doentes que participam da comunidade cristã e que muitas vezes necessitam não somente do medicamento, mas também do apoio da sociedade em que vive.¹³

Considerando a importância do resgate de informações sobre o uso plantas medicinais utilizadas pelos os usuários das pastorais de saúde da grande vitória – ES, este trabalho foi desenvolvido com o objetivo de realizar o levantamento sobre a utilização de plantas medicinais e seu uso concomitante com medicamentos por pacientes da pastoral da Saúde da Grande Vitória – ES.

Utilização de plantas medicinais e seu uso concomitante com medicamentos por pacientes da pastoral da Saúde da Grande Vitória – ES

As farmácias da pastoral da saúde fazem dispensação de produtos a base de plantas medicinais e fitoterápicos, que são produzidos por profissionais voluntários, e dispensados por valores simbólicos.

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, transversal, de campo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2014 nas comunidades das pastorais de saúde onde o trabalho de distribuição de plantas *in natura* ou processados é bem difundido, adotando os critérios de conveniência, onde não houve

Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos.... *Op. cit.*

12 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos.... *Op. cit.*

13 Cf. MARTINS, A. A. A Pastoral da Saúde e a sua importância no mundo da saúde: da presença solidária ao transcender a dor e o sofrimento. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 547-552, 2010.

escolha de pacientes, e sim entrevistados os que aceitaram participar do estudo.

Para a seleção da amostra foram adotados procedimentos aleatórios por conveniência, para pacientes ou acompanhantes que buscaram o atendimento nas farmácias das pastoreais da saúde da Grande Vitória – ES.

Foram incluídos pacientes ou acompanhantes que já frequentavam a pastoral da saúde do estado ou ainda aqueles de primeira consulta, moradores do estado do Espírito Santo, com idade acima de 18 anos, e que tinham condição de responder o questionário proposto.

Foram excluídos pacientes que não se encontravam na faixa etária determinada e ainda, pacientes que, mesmo estando na faixa etária determinada, não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecidos; além daqueles que não possuem condições de responder o questionário.

Ao todo, foram avaliados nas comunidades da Glória e Santuário de Vila Velha no município de Vila Velha, Campo Grande em Cariacica e Santo Antônio, localizada em Vitória, ambos na Grande Vitória - ES. Os pacientes foram abordados nas respectivas farmácias e abordados sobre a possível participação na pesquisa. Após aceitar o convite, foi apresentado o questionário em que os pacientes e ou/responsáveis responderam no mesmo local. Apenas um pesquisador foi o responsável por aplicar os questionários em todas as farmácias.

Por meio do Questionário foram obtidas informações de dados sócio-econômicos, tais como idade, sexo, escolaridade e renda familiar, nível de leitura, área de atuação; além de informações de emprego e uso de plano de saúde.

Para avaliar o uso de plantas medicinais e fitoterápicos pelos usuários da pastoral da saúde foi aplicado um questionário estruturado, elaborado, implantado e publicado por Picking *et al.*¹⁴

14 Cf. PICKING, D.; YOUNGER, N.; MITCHELL, S.; DELGODA, R. *The prevalence of herbal medicine home use and concomitant use with pharmaceutical medicines in Jamaica.* *Journal of Ethnopharmacology*, v.137, n. 1, p. 305– 311, 2011.

Este instrumento avalia tanto os efeitos colaterais causados por plantas quanto à procura por informações pelo profissional de saúde. Além disso, avalia o entendimento do paciente quanto ao uso de plantas e de onde veio o conhecimento acerca de plantas. O entrevistado, então, escolhe a resposta que melhor representa a sua opinião.

Os profissionais das pastoras de saúde não tinham ciência do que se tratava o estudo, pois poderiam interferir no mesmo. Apenas um pesquisador foi designado a entregar o questionário e explicar sobre a pesquisa e o termo de consentimento.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Vila Velha (CEP-UVV), sob parecer número 684.865 de abril de 2014.

Todos os dados coletados nos instrumentos de avaliação foram compilados por meio do programa EpiInfo™. Trata-se de um software livre que possibilita desenvolver rapidamente vários tipos de instrumentos, com a possibilidade de se padronizar o processo de entrada e análise de dados, e favorecer a contínua e permanente alimentação de dados na base.¹⁵

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS 17.0. Os dados demográficos foram expressos como n absoluto e porcentagem total de respostas. O teste de *Shapiro-Wilk* foi utilizado para testar a normalidade das variáveis contínuas. Para avaliar a distribuição dos dados foi aplicada estatística descritiva simples e análise de variância (ANOVA) para verificar a diferença entre as médias das perguntas e dos questionários entre os grupos. O teste qui-quadrado foi utilizado para comparar as frequências das variáveis socioeconômicas com as demais variáveis. Quando a correlação das variáveis possuía menos que cinco pacientes foi aplicado o teste de *Fisher* para comparar as frequências. O nível de significância adotado para os testes foi de 5%.

Utilização de plantas medicinais nas pastoras

O levantamento nas pastoras de saúde da grande vitória contou com a participação de 300 entrevistados nesse estudo. Dos dados

15 DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; COULOMBIER, D. *et al.* *Epi Info, Version 7: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers.* Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control and Prevention, 1994.

analisados, pode-se observar, a partir da tabela 1, uma predominância de pacientes nas faixas etárias entre 35 a 54 anos.

TABELA 1: Dados sócio-demográficos dos pacientes que são atendidos nas pastorais da saúde da Grande Vitória - ES - Brasil		
Variáveis	N	%
Faixa Etária		
18-24 anos	14	4,7%
25-34 anos	37	12,3%
35-44 anos	45	15%
45-54 anos	68	22,7%
>65 anos	47	15,7%
Não respondeu	01	0,3%
Sexo		
Feminino	214	71,3%
Masculino	86	28,7%
Nível de escolaridade		
Médio	135	45%
Fundamental	55	18,3%
Técnico/superior	67	22,3%
Primário	43	14,3%
Nível de Leitura		
Bom	208	69,3%
Razoável	73	24,3%
Não respondeu	19	6,3%
Plano de Saúde		
Sim	143	48%
Não	157	52,3%

Para os resultados de sexo, avaliou-se que aproximadamente 71% dos entrevistados eram do sexo feminino. No que diz respeito ao nível de escolaridade, pode-se observar que a grande maioria dos entrevistados possuía o ensino médio, seguido do nível técnico/superior. Além disso, observa-se na tabela que o nível de leitura dos pacientes que responderam o questionário era bom (69,3%). Dentre todos os pacientes, 48% responderam possuir plano de saúde.

Na tabela 2 estão dispostos os dados relacionando os pacientes que acham que há problemas em utilizar plantas medicinais com medicamentos e: área de atuação, para quem conta os efeitos colaterais causados por

plantas, onde busca ajuda quando há um problema de saúde simples, o intervalo entre uso do medicamento alopático e a planta medicinal.

TABELA 2: Dados sobre o entendimento dos pacientes e a utilização de plantas medicinais dos pacientes atendidos nas pastorais da saúde da Grande Vitória				
Variável	Não	Sim	P-Valor	
“O médico está ciente de que você utiliza plantas medicinais”				
Nível de leitura	Razoável	42(57,5%)	31(42,5%)	0,014
	Bom	81(38,9%)	127(61,1%)	
Efeitos colaterais quando utilizar plantas vai comunicar a	Membro da Família	28(53,8%)	24(46,2%)	0,042
	Ninguém	57(45,6%)	68(54,4%)	
	Médico	40(35,4%)	73(64,6%)	
Com quem aprendeu informações sobre plantas medicinais	Farmacêutico	4(80,0%)	1(20,0%)	0,034
	Família	71(49,0%)	74(51,0%)	
	Vizinhos	25(55,6%)	20(44,4%)	
	Profissionais da saúde (médicos, farmacêuticos e etc)	7(25,0%)	21(75,0%)	
	Meios de comunicação (tv,radio,etc.)	7(28,0%)	18(72,0%)	
	Outros	16(43,2%)	21(56,8%)	
“Acha que tem problema usar plantas medicinais com outros tipos de medicamentos”				
Área de atuação/trabalho	Não	Sim	p-Valor	
	Negócios	33 (66,00%)	17 (34,00%)	0,010
	Domésticos	43(68,25%)	20 (31,75%)	
	Saúde	14(66,67%)	7 (33,33%)	
	Agricultura, transporte, etc	10 (76,92%)	3 (23,08%)	
Outros	73(89,02%)	9 (10,98%)		
Efeitos colaterais quando utilizar plantas vai comunicar a	Membro da Família	39(75,00%)	13 (25,00%)	0,027
	Ninguém	06(84,80%)	19 (15,20%)	
	Médico	78 (69,03%)	35 (30,97%)	
	Farmacêutico	3 (60,00%)	2 (40,00%)	

Quando possui um problema de saúde que considera simples (dor de cabeça, gripe) onde busca ajuda	Toma um remédio que se tem em casa (comprado em Farmácia)	83 (81,37%)	19 (18,63%)	0,029
	Farmácia	18 (56,25%)	14 (43,75%)	
	Toma um remédio que se tem em casa (Planta medicinal)	83 (77,57%)	24 (22,43%)	
	Médico	35 (71,43%)	14 (28,57%)	
Qual o intervalo entre o uso da planta e do medicamento	Não tomo no mesmo dia	17 (48,57%)	18 (51,43%)	0,000
	Tomo no mesmo dia mais em horários diferentes	148 (77,49%)	43 (22,51%)	
	Tomo no mesmo horário	60 (84,51%)	11 (15,49%)	

Os resultados da tabela 2 mostram, primeiramente que, os paciente que possuem um bom nível de leitura geralmente informam ao médico o uso de plantas medicinais (61,1%). Grande parte dos entrevistados, quanto questionados a respeito dos efeitos colaterais causados pelas plantas, alegou que procura o médico para informar sobre os mesmos.

A maioria dos pacientes que avisavam os médicos a respeito do uso de plantas obteve informações sobre plantas medicinais através de familiares, além de vizinhos. A problemática maior é observada quando faz-se a relação entre o uso de plantas e medicamentos, onde nos dados postos, observa-se que a grande maioria dos questionados não veem problema com a utilização de ambos concomitantemente.

Quando questionados a respeito do uso concomitante de plantas e medicamentos, houve também uma quantidade maior de respostas negativas em relação à comunicação dos efeitos adversos causados pelas plantas (84,8%).

Grande parte dos questionados responderam que fazem o uso de plantas medicinais ou fitoterápicos juntamente com o medicamento, no mesmo dia, e muitas vezes no mesmo horário (77,49% e 84,51, respectivamente).

O levantamento nas pastorais de saúde da grande vitória contou com a participação de 300 entrevistados nesse estudo.

Observa-se nos dados uma predominância de pacientes nas faixas etárias entre 35 a 54 anos. Estes resultados podem estar relacionados ao fato de pessoas acima dos 40 anos possuírem maior interesse em responder questionários ou até mesmo pela disponibilidade que a esta

faixa etária produz.¹⁶ Além disso, segundo alguns autores, esta faixa de idade também possui uma relação mais estreita com as plantas do que as gerações mais jovens.¹⁷

Para os resultados de sexo, avaliou-se que aproximadamente 71% dos entrevistados eram do sexo feminino, mostrando que, como em outras publicações, a mulher se responsabiliza mais pela saúde do lar.¹⁸ Segundo alguns autores, mulheres em uma faixa etária mais avançada possuem um conhecimento maior sobre plantas medicinais, uma vez que, os conhecimentos são passados por gerações.¹⁹

No que diz respeito ao nível de escolaridade, pode-se observar que a grande maioria dos entrevistados possuía o ensino médio, dados estes que são corroborados pelo estudo de Oliveira *et al.*²⁰ Este dado pode estar relacionado ao fato dos conhecimentos serem passados de pais para filhos.²¹ Estes dados também estão de acordo com o nível de leitura dos questionados, onde aproximadamente 70% relatou ter um nível bom de leitura.

16 Cf. PASA, M. C. *et al.* Estudo Etnobotânico na comunidade de Conceição Açu (alto da bacia do rio Aricá Açu, MT, Brasil). **Acta Botanica Brasílica**, v. 19, n. 2, p. 195-207, 2005; FUCK, S. B. *et al.* Plantas medicinais utilizadas na medicina popular por moradores da área urbana de Bandeirantes, PR, Brasil. **Semina: Ciências Agrárias**, v. 26, n. 3, p. 291-296, 2005; CARNIELLO, M. A. *et al.* Quintais urbanos de Mirassol D'Oeste-MT, Brasil: uma abordagem etnobotânica. **Acta Amazonica**, v. 40, n. 3, p. 451-470, 2010.

17 Cf. BOTELHO, J.M.; LAMANO-FERREIRA, A.P.N.; FERREIRA, M.L. Prática de cultivo e uso de plantas domésticas em diferentes cidades brasileiras. **Ciência Rural**, v. 44, n. 10, p. 1810-1815, 2014.

18 Cf. BALIANO, A.P. *et al.* Centennial Knowledge of Medicinal Plants Held in Communities of Espírito Santo, Brazil. **Ethnobotany Research & Applications**, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2015.

19 Cf. ALBERTASSE, P.D.; THOMAZ, L.D.; ANDRADE, M.A. Plantas medicinais e seus usos na comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha, ES. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 12, n. 3, p. 250-260, 2010; ROQUE, A.A.; ROCHA, R.M.; LOIOLA, M.I.B. Uso e diversidade de plantas medicinais da Caatinga na comunidade rural de Laginhas, município de Caicó, Rio Grande do Norte (nordeste do Brasil). **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 12, n. 1, p. 31-42, 2010.

20 Cf. OLIVEIRA, L.A.R.; MACHADO, R.D.; RODRIGUES, A.J.L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis... *Op. cit.*

21 Cf. BALDAUF, C. *et al.* "Ferveu, queimou o ser da erva": conhecimentos de especialistas locais sobre plantas medicinais na região Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 11, n. 3, p. 282-291, 2009; VIEIRA, M. L. S. *et al.* Uso popular de plantas medicinais no município de Rio Tinto, PB... *Op. cit.*; ETHUR, L.Z. *et al.* Comércio formal e perfil de consumidores de plantas medicinais e fitoterápicos no município de Itaquí - RS. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 13, n. 2, p. 121-128, 2011; OLIVEIRA, L.A.R.; MACHADO, R. D.; RODRIGUES, A. J. L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis... *Op. cit.*

Já para os dados relacionando os pacientes que acham que há problemas em utilizar plantas medicinais com medicamentos e: área de atuação, para quem conta os efeitos colaterais causados por plantas, onde busca ajuda quando há um problema de saúde simples, o intervalo entre uso do medicamento alopático e a planta medicinal, observou-se, primeiramente que, os paciente que possuem um bom nível de leitura geralmente informam ao médico o uso de plantas medicinais (61,1%). Grande parte dos entrevistados, quando questionados a respeito dos efeitos colaterais causados pelas plantas, alegou que procura o médico para informar sobre os mesmos, assim como no estudo de Oliveira *et al.*, onde os pacientes procuravam, na maioria das vezes o médico para sanar dúvidas referentes às plantas medicinais.²²

A grande maioria dos pacientes que avisavam os médicos a respeito do uso de plantas obteve informações sobre plantas medicinais através de familiares, além de vizinhos. Os dados são corroborados por outros autores, onde o conhecimento empírico é passado por várias gerações, de pais para filhos, sem nenhum acompanhamento profissional.²³

A problemática maior é observada quando faz-se a relação entre o uso de plantas e medicamentos, onde nos dados postos, observa-se que a grande maioria dos questionados não veem problema com a utilização de ambos concomitantemente. Nos dados, grande parte dos entrevistados eram domésticos, dados que são confirmados pelo estudo de Botelho *et al.*, fato este que pode estar relacionado a maioria das pacientes atendidas serem do sexo feminino e se dedicarem ao cuidado do lar.²⁴

Quando questionados a respeito do uso concomitante de plantas e medicamentos, houve também uma quantidade maior de

22 Cf. OLIVEIRA, L.A.R.; MACHADO, R.D.; RODRIGUES, A.J.L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis... *Op. cit.*

23 Cf. BALDAUF, C. *et al.* "Ferveu, queimou o ser da erva"... *Op. cit.*; VIEIRA, M.L.S. *et al.* Uso popular de plantas medicinais no município de Rio Tinto, PB... *Op. cit.*; ETHUR, L.Z. *et al.* Comércio formal e perfil de consumidores de plantas medicinais e fitoterápicos no município de Itaqui - RS... *Op. cit.*; OLIVEIRA, L.A.R.; MACHADO, R.D.; RODRIGUES, A.J.L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis... *Op. cit.*

24 Cf. BOTELHO, J. M.; LAMANO-FERREIRA, A. P. N.; FERREIRA, M. L. Prática de cultivo e uso de plantas domésticas em diferentes cidades brasileiras... *Op. cit.*

respostas negativas em relação à comunicação dos efeitos adversos causados pelas plantas (84,8%). Neste aspecto, observa-se que muitos entrevistados acham que não há problema em utilizar plantas com medicamentos alopáticos, porém eles não comunicam a ninguém quando ocorre um efeito adverso causado por plantas medicinais. Para Vickers *et al.*, é comum o uso de plantas juntamente com os tratamentos medicamentoso convencionais, sem que a haja o conhecimento do profissional prescritor.²⁵

Outro fator preocupante é o fato de, quando o paciente possui um problema de saúde que ele considera simples, como uma dor de cabeça ou gripe, a maioria toma medicamentos alopáticos e utiliza plantas medicinais, e o fazem porque não consideram ter relação o uso de ambos juntos. Assim como em outros estudos, a grande problemática no uso de plantas medicinais é a utilização indiscriminada, pois acreditam que a planta não pode fazer mal ao organismo.²⁶ Porém, muitos estudos mostram a gravidade de toxicidade que algumas plantas podem causar, se utilizadas de forma incorreta e sem conhecimento.²⁷

E por fim percebe-se a falta de conhecimento e a real necessidade da capacitação e da procura de profissionais qualificados, que consigam compreender e mostrar ao paciente os cuidados que deve ter na utilização de medicamentos e plantas. Grande parte dos questionados responderam que fazem o uso de plantas medicinais ou fitoterápicos juntamente com o medicamento, no mesmo dia, e muitas vezes no mesmo horário (77,49% e 84,51, respectivamente). Segundo Oliveira *et al.*, o paciente utiliza plantas medicinais pois acredita que a mesma não influencia no tratamento medicamentoso e não acredita que a mesma possa fazer mal.²⁸

A partir dos dados coletados, observa-se uma urgência no comprometimento do profissional para com o paciente quando se trata

25 Cf. VICKERS, K. A.; JOLLY, K. B.; GREENFIELD, S. M. Herbal medicine: women's views, knowledge and interaction with doctors: a qualitative study. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 6, n. 40, p. 1-8, 2007.

26 Cf. OLIVEIRA, F. Q.; GONÇALVES, L. A. Conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos e potencial de toxicidade por usuários de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 3, n. 2, p. 36-41, 2006.

27 *Ibidem.*

28 Cf. OLIVEIRA, L.A.R.; MACHADO, R.D.; RODRIGUES, A.J.L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis... *Op. cit.*

de plantas medicinais. Há uma necessidade de informação e cuidados, uma vez que, os pacientes não estão conscientes do perigo de uma utilização de plantas medicinais e fitoterápicos de forma errônea. Além disso, há uma precisão de cuidado em relação às dispensações de plantas pelas pastorais da saúde, para que o paciente que busca um cuidado com a saúde receba todas as informações necessárias, comprovadas cientificamente, do poder que a planta que ele está levando para casa tem e dos cuidados que devem ser tomados para a utilização correta, sem riscos para a vida do paciente.

Conclui-se que a grande maioria dos pacientes que procuram medicamentos nas pastorais da saúde da grande Vitória não possui o conhecimento adequado em relação ao uso de plantas e não sabem a importância de comunicar aos profissionais de saúde sobre o uso e os efeitos adversos causados pelas plantas. Para tanto, observa-se uma necessidade de conscientização dos profissionais para que se qualifiquem e que ajudem as pastorais nesse cuidado ao paciente.

Referências:

- ALBERTASSE, P.D.; THOMAZ, L.D.; ANDRADE, M.A. Plantas medicinais e seus usos na comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha, ES. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 12, n. 3, p. 250-260, 2010
- BADKE, M.R.; BUDÓ, M.L.D.; SILVA, F.M.; RESSEL, L.B. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 132-139, 2011.
- BALBINO, E. E.; DIAS, M. Farmacovigilância: um asso em direção ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 20, n. 6, p. 992-1000, 2010.
- BALDAUF, C. *et al.* “Ferveu, queimou o ser da erva”: conhecimentos de especialistas locais sobre plantas medicinais na região Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 11, n. 3, p. 282-291, 2009
- BALIANO, A.P. *et al.* *Centennial Knowledge of Medicinal Plants Held in Communities of Espírito Santo, Brazil*. **Ethnobotany Research & Applications**, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2015.
- BOCHNER, R.; FISZON, J. T.; ASSIS, M. A.; AVELAR, K.E.S. Problemas associados ao uso de plantas medicinais comercializadas no Mercado de Madureira, município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 14, n. 3, p. 537-547, 2012.
- BOTELHO, J.M.; LAMANO-FERREIRA, A.P.N.; FERREIRA, M.L. Prática de cultivo e uso de plantas domésticas em diferentes cidades brasileiras. **Ciência Rural**, v. 44, n. 10, p. 1810-1815, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; COULOMBIER, D. *et al.* **Epi Info, Version 7: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control and Prevention, 1994.
- ETHUR, L. Z. *et al.* Comércio formal e perfil de consumidores de plantas medicinais e fitoterápicos no município de Itaqui - RS. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 13, n. 2, p. 121-128, 2011
- FUCK, S. B. *et al.* Plantas medicinais utilizadas na medicina popular por moradores da área urbana de Bandeirantes, PR, Brasil. **Semina: Ciências Agrárias**, v. 26, n. 3, p. 291-296, 2005
- FUKUMASU, H. *et al.* Fitoterápicos e potenciais interações medicamentosas na terapia do câncer. **Revista Brasileira de Toxicologia**, v. 21, n. 2, p. 49-59, 2008.
- MARTINS, A. A. A Pastoral da Saúde e a sua importância no mundo da saúde: da presença solidária ao transcender a dor e o sofrimento. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 547-552, 2010.
- OLIVEIRA, F. Q.; GONÇALVES, L. A. Conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos e potencial de toxicidade por usuários de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 3, n. 2, p. 36-41, 2006
- OLIVEIRA, L. A. R.; MACHADO, R. D.; RODRIGUES, A. J. L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 16, n. 1, p. 32-40, 2014.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional. 2002-2005**. Ginebra, 2002.
- PASA, M. C. *et al.* Estudo Etnobotânico na comunidade de Conceição Açú (alto da bacia do rio Aricá Açú, MT, Brasil). **Acta Botanica Brasílica**, v. 19, n. 2, p. 195-207, 2005
- PICKING, D.; YOUNGER, N.; MITCHELL, S.; DELGODA, R. *The prevalence of herbal medicine home use and concomitant use with pharmaceutical medicines in Jamaica*. **Journal of Ethnopharmacology**, v.137, n. 1, p. 305- 311, 2011.
- ROQUE, A.A.; ROCHA, R.M; LOIOLA, M.I.B. Uso e diversidade de plantas medicinais da Caatinga na comunidade rural de Laginhas, município de Caicó, Rio Grande do Norte (nordeste do Brasil). **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v.

12, n. 1, p. 31–42, 2010.

SIMÕES, C. M. O. *et al.* **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 4. ed. Porto Alegre: ed. UFRGS, 2002

VICKERS, K. A.; JOLLY, K. B.; GREENFIELD, S. M. Herbal medicine: women's views, knowledge and interaction with doctors: a qualitative study. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 6, n. 40, p. 1–8, 2007

VIEIRA, M. L. S. *et al.* Uso popular de plantas medicinais no município de Rio Tinto, PB. *In: CONGRESSO DE ECOLOGIA DO BRASIL*, São Lourenço, MG. Anais... São Lourenço, **Sociedade de Ecologia do Brasil**, p. 1-2, 2011.

CONHECIMENTOS FARMACÊUTICOS SOBRE *HYPERICUM* *PERFURATUM*

Mariela Fernandes Vieira Matachon

Renata Alves Mazuco

Lindiara Luiza de Oliveira Campos

Dominik Lenz

Tadeu Uggere de Andrade

Denise Coutinho Endringer

O conhecimento sobre as plantas e suas propriedades medicinais, bem como sua utilização para fins de tratamento e cura de doenças, é uma das formas de prática medicinal mais antigas do mundo.¹ Desde a antiguidade, mitos, lendas e tradições perpetuam o uso de plantas medicinais e refletem seu vasto emprego na medicina ao longo do tempo.²

Embora o mercado global de fármacos tenha sido dominado predominantemente por produtos derivados sintéticos, nos últimos anos, tem havido um aumento do investimento na busca por medicamentos alternativos e no uso terapêutico de produtos de origem natural, principalmente derivados de plantas.³ O uso de medicamentos fitoterápicos em países desenvolvidos constitui uma terapia alternativa.⁴ No entanto, muitos usuários acreditam que, por serem de origem natural, as plantas medicinais não representam uma ameaça à saúde do usuário e, infelizmente, não sabem que os medicamentos fitoterápicos podem induzir efeitos adversos graves.⁵ Neste estudo, destacamos uma

1 GADELHA, S.; PINTO JUNIOR, M.; BEZERRA, S.; PEREIRA, M.; MARACAJÁ, B.; *Bibliographic study on the use of medicinal and herbal plants in Brazil*. **Rev Verde**, v. 8, n. 5, p. 208-212, dez. 2013.

2 Cf. IBIAPINA, V.; LEITÃO, P.; BATISTA, M.; PINTO, S.; Inserção da fitoterapia na atenção primária aos usuários do SUS. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 12, n. 1, p. 58-68, Jun. 2012.

3 Cf. NASCIMENTO, E.; LACERDA, U.; NASCIMENTO, T.; MELO, G.; ALVES, S.; SILVA, M. *et al.* Produtos à base de Plantas Medicinais comercializados em Pernambuco - Nordeste do Brasil. **Acta Farmacêutica Bonaerense**, v. 24, n. 1, p. 113-122, Dez. 2005; LALL, N.; KISHORE, J.; *Are plants used for skin care in South Africa fully explored?* **Journal of Ethnopharmacology**, v. 153, n. 1, p. 61-84, Abr. 2014.

4 Cf. IBIAPINA, V.; LEITÃO, P.; BATISTA, M.; PINTO, S.; Inserção da fitoterapia na atenção primária aos usuários do SUS... *Op. cit.*

5 Cf. FONTENELLE, P.; SOUSA, P. DE; CARVALHO, M.; OLIVEIRA, A.; Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina

planta com significativo potencial médico, *Hypericum perforatum* L., uma herbácea perene comumente encontrada na Europa, Ásia, Brasil e EUA, onde é comumente conhecida como erva de São João.⁶ Embora, *H. perforatum* seja composto por mais de 150 compostos com propriedades aditivas, sinérgicas e parcialmente antagônicas, com os constituintes mais característicos da planta sendo naftodiantrones (hipericina e pseudohipericina), floroglucínóis (hiperforina), flavonóides, bioflavonóides e xantonas.⁷ Essa diversidade de componentes medicinais ativos e potencial de utilização no tratamento de diversas patologias tem despertado um interesse significativo no potencial medicinal de *H. perforatum*.

Os mecanismos de ação do *H. perforatum* ainda não foram totalmente descritos devido à grande abundância e diversidade de compostos contidos na planta. As escolas tradicionais de pensamento sugeriram que a hipericina era o principal ingrediente ativo nos extratos de *H. perforatum*. No entanto estima-se que a hiperforina é encontrada em concentrações superiores à da hipericina na planta e que a hiperforina pode ser a principal responsável pelas propriedades antidepressivas atribuídas à planta.⁸

Portanto, o uso de extratos de *H. perforatum* se popularizou devido aos efeitos benéficos das plantas sobre o sistema nervoso.⁹ O *H. perforatum* é utilizado há décadas na prática clínica especificamente no tratamento de uma série de transtornos do humor, apresentando eficácia significativa no tratamento da depressão aguda, leve a moderada.¹⁰

(PI), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p. 2385-2394, Ago. 2013.

6 RASKOVIC, A.; CVEJIĆ, J.; STILINOVIĆ, N.; GOLOČORBIN-KON, S.; VUKMIROVIĆ, S.; MIMICA-DUKIĆ, N. et al. Interaction between different extracts of *Hypericum perforatum* L. from Serbia and pentobarbital, diazepam and paracetamol. *Molecules*, v. 19, n. 4, p. 3869-3882, Mar. 2014; ALVES, A. C. S.; MORAES, D. C.; DE FREITAS, G. B. L.; ALMEIDA, D. J. Aspectos botânicos, químicos, farmacológicos e terapêuticos do *Hypericum perforatum* L. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, v. 16, n. 3, p. 593-606, Set. 2014.

7 RUSSO, E.; SCICCHITANO, F.; WHALLEY, J.; MAZZITELLO, C.; CIRIACO, M.; ESPOSITO, S. et al. *Hypericum perforatum*: pharmacokinetic, mechanism of action, tolerability, and clinical drug-drug interactions. *Phytotherapy Research*, v. 28, n. 5, p. 643-655, Jul. 2013; SEIFRITZ, E.; HATZINGER, M.; HOLSBOER-TRACHSLER, E. Efficacy of *Hypericum extract WS(®) 5570 compared with paroxetine in patients with a moderate major depressive episode - a subgroup analysis*. *Phytotherapy Research*, v. 20, n.3, p. 126-132, Jul. 2016.

8 *Ibidem*.

9 ALVES, A. C. S.; MORAES, D. C.; DE FREITAS, G. B. L.; ALMEIDA, D. J. Aspectos botânicos, químicos, farmacológicos e terapêuticos do *Hypericum perforatum* L... *Op. cit.*

10 SEIFRITZ, E.; HATZINGER, M.; HOLSBOER-TRACHSLER, E. Efficacy of *Hypericum*

Porém, embora tenha um perfil de segurança superior quando comparado aos antidepressivos convencionais, o *H. perforatum* não está isento de reações adversas e interações medicamentosas.¹¹ Alguns efeitos colaterais adversos atribuídos ao *H. perforatum* são sintomas gastrointestinais, alergias, tontura, confusão mental, fadiga, boca seca e sedação, porém esses efeitos colaterais do uso do *H. perforatum* são considerados leves, moderados ou transitórios por natureza.¹² Além disso, são relatadas interações importantes com drogas sintéticas convencionais, como diazepam e paracetamol, anti-histamínicos (fexofenadina), drogas cardiovasculares (varfarina), hipolipidêmicos como sinvastatina, drogas gastrointestinais (omeprazol e loperamida), além de anticoncepcionais orais, corticosteroides, opioides, antineoplásicos e imunossupressores.¹³

Considerando esses aspectos, é importante que os profissionais de saúde tenham um conhecimento aprofundado dos fitoterápicos, especificamente suas interações e efeitos adversos, antes de administrar tal medicamento ou realizar estudo sobre a utilização desses tratamentos. Dentre o profissional de saúde, o farmacêutico tem papel fundamental no processo de uso do medicamento, pois é o último elo entre a prescrição e o uso do medicamento pelo paciente.

extract WS(®) 5570 compared with paroxetine in patients with a moderate major depressive episode... *Op. cit.*; BARBUI, C.; CIPRIANI, A.; PATEL, V.; AYUSO-MATEOS, J.L. OMMEREN, V. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, v. 198, n. 1, p. 11-16, Jan. 2011; BUKHARI, A.; DAR, A. Behavioral profile of *Hypericum perforatum* (St. John's Wort) extract. A comparison with standard antidepressants in animal models of depression. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, v. 17, n. 8, p. 1082-1089, Abr. 2013; MAO, J.J.; GUBILI, J. St. John's Wort. *The ASCO Post*, 1-9, Dez, 2017. Disponível em: <<https://ascopost.com/issues/december-25-2017/st-john-s-wort/>> Acesso em: 31 jan. 2019.

11 SEIFRITZ, E.; HATZINGER, M.; HOLSBOER-TRACHSLER, E. Efficacy of *Hypericum extract WS(®) 5570 compared with paroxetine in patients with a moderate major depressive episode... Op. cit.*; IZZO, A. Drug interactions with St. John's Wort (*Hypericum perforatum*): A review of clinical evidence. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, v. 42, n. 3, p. 139-148, Mar. 2004; BORRELLI, F.; IZZO, A. Herb-Drug Interactions with St. John's Wort (*Hypericum perforatum*): an Update on Clinical Observations. *AAPS Journal*, v. 11, n. 4, p. 710-727, Dez. 2009.

12 HENDERSON, L.; YUE, Y.; BERGQUIST, C.; GERDEN, B.; ARLETT, P. St. John's wort (*Hypericum perforatum*): drug interactions and clinical outcomes. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v. 54, n. 4, p. 349, 356, Out. 2002.

13 RASKOVIC, A.; CVEJIĆ, J.; STILINOVIĆ, N.; GOLOČORBIN-KON, S.; VUKMIROVIĆ, S.; MIMICA-DUKIĆ, N. et al. Interaction between different extracts of *Hypericum perforatum* L. from Serbia and pentobarbital, diazepam and paracetamol... *Op. cit.*; RUSSO, E.; SCICCHITANO, F.; WHALLEY, J.; MAZZITELLO, C.; CIRIACO, M.; ESPOSITO, S. et al. *Hypericum perforatum*: pharmacokinetic, mechanism of action, tolerability, and clinical drug-drug interactions... *Op. cit.*

De acordo com a Sociedade Americana de Farmacêuticos do Sistema de Saúde (ASHP), a missão de um farmacêutico é fornecer assistência farmacêutica, que é definida como a prestação direta e responsável de cuidados relacionados a medicamentos com o objetivo de alcançar resultados definitivos que melhorem o paciente qualidade de vida.¹⁴ Portanto, vale a pena desenvolver um estudo sobre a utilização de medicamentos com foco no conhecimento sobre *H. perforatum* de farmacêuticos de serviços de farmácia públicos e privados que dispensam este fitoterápico.

Análise de conhecimento dos profissionais sobre *H. perforatum*

Foi desenvolvido um estudo transversal, descritivo, com aplicação de instrumentos estruturados de coleta de dados e entrevistas com farmacêuticos. A pesquisa foi realizada no município de Vitória-ES. A coleta de dados foi realizada no período de três meses, de março de 2018 a maio de 2018. A amostra foi composta por 29 farmacêuticos de 29 farmácias da Unidade de Saúde Pública e 29 farmacêuticos de farmácias privadas selecionadas aleatoriamente.

Todos os farmacêuticos da Farmácia Pública (Unidade de Saúde Pública) de Vitória (n = 29) foram incluídos na amostra, e a mesma quantidade (n = 29) foi selecionada de farmacêuticos de Farmácias Privadas, que concordaram em participar do estudo e assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Vila Velha, sob o protocolo n. 2.020.910.

Questionários estruturados contendo questões discursivas e objetivas foram utilizados para a coleta de dados das entrevistas. Os questionários estruturados foram respondidos pelo farmacêutico na presença da pesquisadora. Os questionários estruturados não exigiam a identificação dos farmacêuticos, garantindo, portanto, o anonimato. O questionário foi utilizado para coletar os seguintes dados: a) dados socioeconômicos; b) tempo de treinamento; e c) conhecimento sobre medicamentos. As entrevistas foram realizadas com o objetivo de

avaliar o nível de instrução sobre o fitoterápico, bem como o nível de conhecimento sobre indicação, contra-indicação, tempo de tratamento, posologia, cuidados de uso e interações do *H. perforatum*.

A análise dos dados incluiu a distribuição de frequências relativas e o cruzamento de variáveis para a análise dos aspectos de interesse. O teste Qui-quadrado foi utilizado para comparar as proporções obtidas em relação ao conhecimento dos farmacêuticos de acordo com as variáveis selecionadas. O software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyzes Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) foi aplicado às questões discursivas para analisar os dados dos testes. IRAMUTEQ é um software de código aberto gratuito desenvolvido por Pierre Ratinaud *et al.*, e licenciado pela GNU GPL (v2), que permite a análise estatística em corpos textuais e em tabelas ou palavras individuais.¹⁵ O Statistical Package for the Social Sciences (versão 17) foi utilizado para compilar e analisar os dados.

Dados sobre o conhecimento

Cinquenta e oito questionários foram entregues a 29 farmacêuticos das Unidades Públicas de Saúde de Vitória e 29 farmacêuticos de Farmácias Privadas selecionadas aleatoriamente. Três farmacêuticos de Unidades Públicas de Saúde e dois de Farmácias Privadas não quiseram participar da pesquisa. Assim, com base no critério de inclusão inicialmente estabelecido no estudo, foram analisados 26 questionários de 26 farmacêuticos das Unidades Públicas de Saúde de Vitória e 27 questionários de 27 farmacêuticos das Farmácias Privadas.

Os principais resultados são apresentados na tabela 1. No grupo de farmácias privadas, a maioria dos farmacêuticos tinha entre 18 e 30 anos e no outro grupo tinha entre 31 e 42 anos. No grupo Farmácias Privadas, não houve farmacêuticos com mais de 42 anos, demonstrando que essas farmácias possuem profissionais mais jovens do que o grupo das Unidades Públicas de Saúde. Oliveira¹⁹ também encontrou perfil demográfico semelhante, ao analisar a faixa etária dos farmacêuticos no Brasil. Os

14 SARTORE, E.; EHMAN, M.; GOOD, B.; *The Significance of Pharmacy Interventions: An update review in the presence of electronic order entry. American Journal of Pharmacy Benefits*, v. 6, n. 2, p. 24-30, Abr. 2017.

15 Cf. RATINAUD, P.; MARCHAND, P.. *Application de laméthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilités "mondes lexicaux": analysedu "CableGate" avecIraMuTeQ*. Em: **Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**, p. 835-844. Presented at the 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles, Liège, JADT, 2012.

autores identificaram que a maioria dos profissionais participantes tinha 30 anos, constituindo um grupo jovem de farmacêuticos, formados por no máximo cinco anos em faculdade particular.

Em geral, nos serviços públicos houve um maior número de profissionais do sexo feminino em comparação aos homens, enquanto nas farmácias privadas o número de mulheres e homens foi semelhante. Oliveira¹⁹ também observou a prevalência de mulheres na profissão ao investigar o perfil sociodemográfico dos farmacêuticos em estabelecimentos públicos e privados. Em termos de tempo de exercício da profissão de farmacêutico, a maioria dos profissionais das Unidades de Saúde Pública tinha 11 a 15 anos de exercício profissional, enquanto os trabalhadores de farmácias privadas possuíam menos de um ano a 5 anos de exercício.

Em relação à prática profissional, quando os farmacêuticos da amostra foram questionados sobre o conhecimento das propriedades fitoterápicas do *H. perforatum* e sua indicação, a maioria dos profissionais das Unidades Públicas de Saúde respondeu positivamente a ambas as questões. Os farmacêuticos das Farmácias Privadas grupo apresentou os mesmos resultados do grupo Unidades de Saúde Pública. Considerando que o número de amostras para cada grupo foi praticamente o mesmo, observando-se apenas as frequências relativas de cada resposta ao questionário, observou-se que o número de participantes que possuíam conhecimento limitado das propriedades fitoterápicas de *H. perforatum* foi menor no Grupo Unidades de Saúde Pública versus Grupo Farmácias Privadas. ($\chi^2 = 22,7985$, $p = 0,000001$) (Tabela 1).

Os farmacêuticos das Unidades Públicas de Saúde relataram conhecimento do tamanho da dosagem e cuidados no uso do *H. perforatum*. No grupo Farmácias Particulares, menos da metade da amostra relatou conhecimento da dosagem adequada e uma porcentagem ainda menor relatou possuir conhecimento sobre os cuidados no uso do *H. perforatum*. Em relação ao padrão observado nas respostas anteriores, os profissionais do setor público demonstraram um conhecimento mais avançado sobre a utilização e dosagem adequada dos fitoterápicos.

Os participantes das Unidades de Saúde Pública mencionaram vários cuidados a serem considerados ao usar *H. perforatum* para fins

medicinais, com várias advertências semelhantes sendo mencionadas em mais de uma resposta ao questionário. Os cuidados que foram citados por pelo menos um entrevistado foram não usar álcool, informar o médico sobre qualquer reação adversa, não ultrapassar a dose indicada três vezes ao dia, não usar para depressão grave, não usar durante a lactação e gestação, e não misture com outro antidepressivo. Os cuidados que foram citados pelo menos duas vezes foram usar protetor solar, e não tomar de forma contínua. O cuidado mencionado pelo menos seis vezes foi evitar a exposição ao sol e o cuidado mencionado sete vezes foi o cuidado de interações com outros medicamentos. O grupo Farmácias Privadas mencionou pelo menos uma precaução de estar ciente de potenciais interações medicamentosas. Reduzir a exposição solar durante o uso de *H. perforatum* foi o cuidado mais citado pelo grupo de Farmácias Particulares. Por fim, o uso concomitante de outro antidepressivo, a restrição para diabéticos, gestantes e pessoas em uso de anticonvulsivante durante o uso de *H. perforatum* foram citados pelo menos uma vez nas respostas do grupo de farmácias privadas.

Em relação ao princípio de que todos os farmacêuticos devem estar continuamente atualizando seus conhecimentos sobre as práticas farmacêuticas¹⁸, a seguinte questão do questionário estava relacionada ao conhecimento do profissional sobre as interações de *H. perforatum* pré-formas com outros medicamentos. Para o grupo Unidade de Saúde Pública ($n = 25$), todos os participantes afirmaram ter conhecimento sobre o potencial de interação do *H. perforatum*. No grupo Farmácias Privadas ($n = 20$), apenas 25% relataram conhecimento do potencial de interação. (com um $\chi^2 = 111,2139$, valor de $p = 0,00000007$) (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados mais relevantes

Questões	Farmacêuticos em Unidades Públicas de Saúde (n=26)		Farmacêuticos em farmácias privadas (n=27)	
	Respostas ou menções	Porcentagem	Respostas ou menções	Porcentagem
1. Idade (em anos)				
18-30	1	3.85%	15	55.56%
31-42	14	53.85%	12	44.44%
43-55	9	34.62%	0	0.00%
>56	2	7.69%	0	0.00%
2. Gênero				
Mulheres	23	88.46%	13	48.15%

Homens	3	11.54%	14	51.85%
3. Período de Desempenho Profissional (em anos)				
0-5	0	0.00%	13	48.15%
6-10	2	7.69%	9	33.33%
11-15	13	50.00%	5	18.52%
>15	11	42.31%	0	0.00%
4. Conhece Hypericum perforatum?				
Yes	25	96.15%*	19	70.37%*
No	1	3.85%*	8	29.63%*
5. Conhece sua indicação?				
Yes	25	96.15%*	19	70.37%*
No	1	3.85%*	8	29.63%*
6. Você conhece as interações que este medicamento tem?				
Yes	25	100%*	5	25%*
No	-	-	15	75%*
7. Você sabe a dosagem deste medicamento?				
Yes	24	96%*	9	45%*
No	1	4%*	11	55%*
8. Você sabe como usar Hypericum perforatum?				
Yes	16	64%*	5	25%*
No	9	36%*	15	75%*
9. Como você aprendeu sobre o uso deste medicamento fitoterápico?				
Não respondeu	2	4%*	3	15%*
Conhecimento Acadêmico	2c	-	7c	-
Treinamento de educação continuada	19c	-	3c	-
Conhecimento popular	0	-	7c	-
Outras	4c	-	2c	-
10. Como você se mantém atualizado sobre as novidades das mudanças no campo dos fitoterápicos?				
Eu não tento me atualizar sobre este assunto	4*	16%*	0	-

Cursos	9c	-	4c	-
Educação permanente	9c	-	5c	-
Jornais / revistas populares	7c	-	11c	-
Jornal científico	13c	-	10c	-
11. Existe acompanhamento do tratamento do usuário do fitoterápico Hypericum perforatum?				
Sim	4	16%	-	-
Não	21	84%	20	100%
12. O usuário recebe algum conselho do farmacêutico sobre o modo de uso, interações medicamentosas e efeitos colaterais do Hypericum perforatum?				
Sim	15	60%	7	35%
Não	5	40%	13	65%
13. O que, em sua opinião, atrapalha a orientação do usuário?				
Não respondeu	2	8%	0	-
Falta de conhecimento do usuário	8c	-	10c	-
A falta de conhecimento deles	6 c	-	5c	-
A falta de estrutura de farmácia	12c	-	6c	-
Outras	3c	-	1c	-
14. Você acha que o Programa de Educação Permanente da Prefeitura o preparou para a correta dispensação desse medicamento?				
Sim	5	20%	Não aplicável	Não aplicável
Não	12	48%	Não aplicável	Não aplicável
NR/NS	8	32%	Não aplicável	Não aplicável

*Issues treated with chi-square test. Statistically significant differences pvalue<0.05.

#From this question, the pharmacists who answered no to questions 5 and 6 were excluded.

Em relação às pesquisas relacionadas aos riscos do uso de *H. perforatum* concomitante a outras drogas, é importante notar que vários autores descreveram os riscos do uso de *H. perforatum* concomitante a outros medicamentos, alimentos e outras substâncias.¹⁶ Em relação a quais medicamentos interagem com o fitoterápico, a maioria das Farmácias Privadas não respondeu à pergunta. Farmacêuticos das Unidades de Saúde Pública e Farmácias Privadas sugeriram mais de um medicamento com potencial de interagir com *H. perforatum*, sendo citados: imunossupressores, medicamentos para tratamento de insuficiência cardíaca, antirretrovirais, antibióticos, anti-hipertensivos, antidiabéticos, com cinco menções cada, anticoagulantes, anticonvulsivantes com seis menções cada e antidepressivos e contraceptivos com nove menções cada (Tabela 1).

Em relação à indicação terapêutica e posologia usual, o grupo da Unidade de Saúde Pública respondeu que o *H. perforatum* atua como antidepressivo e deve ser administrado três vezes ao dia e o grupo Farmácias Particulares relatou o desempenho da planta como sedativo, antidepressivo e para uso no tratamento dos sintomas relacionados à menopausa. Entre as propriedades medicinais relacionadas, o efeito antidepressivo deste medicamento fitoterápico tem sido de particular interesse para a comunidade científica.¹⁷ Por exemplo, estudos clínicos sugeriram que os extratos aquosos de *H. perforatum* são tão eficazes quanto os antidepressivos sintéticos e causar menos efeitos colaterais.¹⁸

16 MAO, J.J.; GUBILLI, J. *St. John's Wort...* Op. cit.; IZZO, A. *Drug interactions with St. John's Wort (Hypericum perforatum)...* Op. cit.; BORRELLI, F.; IZZO, A. *Herb-Drug Interactions with St. John's Wort (Hypericum perforatum)...* Op. cit.; FIP (FÉDÉRATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE). *Buenas Prácticas de Farmacia: Normas para la calidad de los servicios farmacéuticos*. PO Box 84200. 2508. Viena, 2000; European Medicines Agency. *Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC). Assessment Report on Hypericum perforatum L., Herba*. London, 2009; BONGIORNO, P.; LOGIUDICE, P. *Hypericum for depression*. *Natural Medicine Journal*, v. 2, n. 12, Dez. 2010.

17 Cf. SEIFRITZ, E.; HATZINGER, M.; HOLSBOER-TRACHSLER, E. *Efficacy of Hypericum extract WS(®) 5570 compared with paroxetine in patients with a moderate major depressive episode...* Op. cit.; BUKHARI, A.; DAR, A. *Behavioral profile of Hypericum perforatum (St. John's Wort) extract...* Op. cit.; BONGIORNO, P.; LOGIUDICE, P. *Hypericum for depression...* Op. cit.; RAHIMI, R.; NIKFAR, S.; ABDOLLAHI, M. *Efficacy and tolerability of Hypericum perforatum in major depressive disorder in comparison with selective serotonin reuptake inhibitors: A meta-analysis*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, v. 33, n. 1, p. 118-127, Fev. 2009; RAPAPORT, H.; NIERENBERG, A.; HOWLAND, R.; DORDING, C.; SCHETTLER, P.; MISCHOULON, D. *The treatment of minor depression with St. John's Wort or Citalopram: Failure to show benefit over placebo*. *Journal of Psychiatric Research*, v. 45, n. 7, p. 931-941, Jul. 2001.

18 ALVES, A. C. S.; MORAES, D. C.; DE FREITAS, G. B. L.; ALMEIDA, D. J. Aspectos botânicos, químicos, farmacológicos e terapêuticos do *Hypericum perforatum* L... Op. cit.;

Linde *et al.*, afirmaram ainda que tais extratos são comparáveis a outras formas de antidepressivos usados no tratamento da depressão leve a moderada.¹⁹ As indicações e dosagens relatadas pelo grupo de Unidades de Saúde Pública alinhadas com as referenciadas na literatura científica. As indicações descritas pelo grupo de Farmácias Particulares mostram que apesar da afirmação de que a indicação do fitoterápico é conhecida, os respondentes afirmaram que *H. perforatum* é utilizado na terapia da menopausa, o que não está de acordo com as indicações oficiais apresentadas para o medicamento.

Nas Unidades de Saúde públicas, pelo menos metade dos farmacêuticos entrevistados não sabia a dose indicada para esse fitoterápico. Resultados semelhantes foram observados no grupo Farmácias Particulares, quando os farmacêuticos foram questionados sobre a posologia e indicação do medicamento.

A eficácia e tolerância de *H. perforatum* foram comparadas com fluoxetina e placebo para o tratamento da depressão em um ensaio clínico duplo-cego com duração de 4 semanas. A taxa de remissão demonstrada foi significativa para *H. perforatum* e fluoxetina em comparação com o placebo (*H. perforatum* 24%, fluoxetina 28% e placebo 7%). A fitoterapia foi mais tolerada do que a fluoxetina e ambos os medicamentos foram igualmente eficazes no tratamento de curto prazo.²⁰ Outro estudo comparando a fluoxetina *H. perforatum* e um placebo buscou avaliar a eficácia do fitoterápico em pacientes com Transtorno Depressivo Maior, por meio de análises exploratórias de um estudo duplo-cego. Os pesquisadores concluíram que *H. perforatum* também mostrou uma tendência de maior eficácia em comparação à fluoxetina e ao placebo.²¹ No entanto, foi observado no estudo que o uso de *H. perforatum* pode causar efeitos colaterais adversos.

O Comitê de Medicamentos à Base de Plantas da Agência Europeia de Medicamentos relatou interações medicamentosas do *H. perforatum* com benzodiazepínicos, anticoncepcionais

19 LINDE, K.; BERNER, M.M.; KRISTON, L. *St. John's Wort for Depression: meta-analysis of randomised controlled trials*. *British Journal of Psychiatry*, v. 186, n. 2, p. 99-107, Mar. 2005.

20 RAHIMI, R.; NIKFAR, S.; ABDOLLAHI, M. *Efficacy and tolerability of Hypericum perforatum in major depressive disorder in comparison with selective serotonin reuptake inhibitors...* Op. cit.

21 Cf. RAPAPORT, H.; NIERENBERG, A.; HOWLAND, R.; DORDING, C.; SCHETTLER, P.; MISCHOULON, D. *The treatment of minor depression with St. John's Wort or Citalopram...* Op. cit.

orais, antidepressivos, voriconazol, metadona, digoxina, teofilina, ciclosporina e finasterida.²² Um estudo de Mao & Gubili 2017, alertaram sobre as interações entre *H. perforatum*, quimioterápicos e antidepressivos, o que resultou em sua eficácia reduzida. Existem estudos que relacionam a interação medicamentosa com a redução dos níveis plasmáticos e a interação com o citocromo P450.²³ As interações foram relatadas particularmente com drogas, que são um substrato do citocromo P450 (CYP), que são enzimas que são locais comuns de interações medicamentosas em humanos, e glicoproteína-P, que é um dos transportadores transmembranas clinicamente mais importantes em humanos. Estudos clínicos sugerem que *H. perforatum* pode modular a atividade do CYP e demonstrou reduzir a concentração plasmática de substratos da glicoproteína-P bem conhecidos, incluindo digoxina, fexofenadina e talinolol.²⁴

Em relação ao conhecimento dos efeitos colaterais adversos do *H. perforatum*, os profissionais da Unidade de Saúde Pública relataram não saber de quaisquer efeitos adversos, mas sugeriram pelo menos um dos seguintes: tontura, boca seca, aumento da pressão e manchas na pele, reações alérgicas, irritações gastrointestinais e fotossensibilidade. No grupo Farmácias Privadas, a maioria não respondeu e uma porcentagem sugeriu pelo menos um dos seguintes efeitos adversos: tontura, boca seca, náusea, fadiga, inchaço nas pernas, sonolência, intoxicação, reações alérgicas e irritações gastrointestinais. Comparando os efeitos adversos mencionados pelos dois grupos, nenhum efeito adverso do uso de *H. perforatum* foi encontrado na literatura. Conforme descrito por Henderson *et al.*, os efeitos adversos conhecidos são sintomas gastrointestinais, alergias, boca seca, confusão mental, fadiga, tontura e sedação, com cada efeito adverso existindo na faixa de leve a moderada, ou mesmo transitória.²⁵ Tais descrições científicas corroboram com as descritas

por ambos os grupos amostrais. A análise da resposta de ambos os grupos amostrais sugere que o conhecimento dos efeitos adversos do uso de *H. perforatum* ainda é baixo. De acordo com uma revisão da Agência Europeia de Medicamentos, os efeitos colaterais adversos do *H. perforatum* são náusea, dor de cabeça, tontura, dor, melancolia, palpitações cardíacas, dor abdominal, insônia, diarreia, deterioração aguda, boca seca, alérgica reação à luz solar, astenia, sudorese, distúrbio somático, hemorragia cerebral, distúrbio do sistema nervoso autônomo, distúrbios da pele e apêndices, distúrbios do sono, problemas sexuais, esquecimento, distúrbios do ouvido e do labirinto, micção frequente, visão turva, espasmos musculares tremores, rigidez muscular, falta de apetite, fadiga, bronquite, sintomas semelhantes aos da gripe, tosse, infecção, sonolência, constipação, prurido, inquietação, tremor e distúrbios gastrointestinais.²⁶ Dentre esses efeitos colaterais listados, pelo menos cinco foram mencionados por cinco dos entrevistados neste estudo.

Para que o farmacêutico possa orientar o uso e os cuidados com o *H. perforatum*, é necessário que o farmacêutico obtenha e mantenha conhecimento sobre o medicamento, incluindo o conhecimento dos efeitos colaterais adversos e das interações. Do grupo da Unidade de Saúde Pública, a maioria dos profissionais afirmou ter aprendido sobre *H. perforatum* em formação continuada e a maioria das Farmácias Particulares relatou ter aprendido sobre o medicamento *H. perforatum* por meio de tradição familiar, curso de formação educacional, conhecimento popular e conhecimento acadêmico.

No grupo Unidades Públicas de Saúde a maior fonte de informação foi na forma de um curso de formação educacional. No grupo Farmácias Privadas, a maioria afirmou ser o meio acadêmico e o conhecimento popular como fontes de informação sobre *H. perforatum*. A sabedoria popular é comumente utilizada para obter informações sobre as indicações de uso, eficácia e segurança de plantas medicinais e fitoterápicos.²⁷ No entanto, ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos e controlados realizados com fitoterápicos fornecem novos insights e são

wort (Hypericum perforatum)... Op. cit.

²⁶ Cf. European Medicines Agency. *Committee on Herbal Medicinal Products... Op. cit.*

²⁷ Cf. MELO, O.; CASTRO, C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Revista Ciência & Saúde*, v. 22, n. 1, p. 235-244, Jan. 2017.

²² European Medicines Agency. *Committee on Herbal Medicinal Products... Op. cit.*

²³ Cf. MAO, J.J.; GUBILI, J. *St. John's Wort... Op. cit.*; BORRELLI, F.; IZZO, A. *Herb-Drug Interactions with St John's Wort (Hypericum perforatum)... Op. cit.*; European Medicines Agency. *Committee on Herbal Medicinal Products... Op. cit.*; BONGIORNO, P.; LOGIUDICE, P. *Hypericum for depression... Op. cit.* AZEREDO, J.; UCHÔA, T.; DALLA COSTA, T. Papel da Glicoproteína-P na Farmacocinética e nas Interações Medicamentosas. *Revista Brasileira de Farmacologia*, v. 90, n. 4, p. 321-326, Nov. 2009.

²⁴ Cf. BORRELLI, F.; IZZO, A. *Herb-Drug Interactions with St John's Wort (Hypericum perforatum)... Op. cit.*

²⁵ Cf. HENDERSON, L.; YUE, Y.; BERGQUIST, C.; GERDEN, B.; ARLETT, P. *St John's*

fontes recentes de informações confiáveis com padrões metodológicos que podem reduzir riscos e incertezas.²⁸ O acesso a essas informações se dá por meio de cursos de capacitação, que infelizmente são cada vez mais escassos. Oliveira [et al.] e Ratinaud *et al.*, observaram que o percentual de farmacêuticos entrevistados que receberam treinamento era quase equivalente ao daqueles que raramente recebiam treinamento formal.²⁹ Percebe-se que os profissionais que atuam em farmácias públicas recebem educação continuada em serviço, enquanto os profissionais que atuam em farmácias privadas contam com conhecimentos familiares e populares, mas ainda buscam cursos de extensão para se atualizarem, sendo que um percentual relatou ter recebido o conhecimento durante o período de formação de sua ocupação.

Os farmacêuticos também foram solicitados a se manterem atualizados sobre as novidades e acontecimentos recentes no campo dos medicamentos fitoterápicos. Os farmacêuticos do grupo de Unidades Públicas de Saúde citaram pelo menos uma das seguintes fontes para se manterem atuais na área da fitoterapia: periódicos e revistas populares, cursos educacionais, educação continuada e periódicos acadêmicos. Os profissionais das Farmácias Privadas citaram pelo menos uma das seguintes fontes: cursos educacionais, educação permanente, jornais e revistas e periódicos populares (Tabela 1).

Heckler *et al.*, ao analisar o perfil de 20 farmacêuticos, sugeriram que eles utilizavam livros, informações de fornecedores e a internet como fontes de informação sobre medicamentos fitoterápicos.³⁰ No entanto, é importante observar que os livros mencionados são nacionais e, muitas vezes, bulas e manuais que contêm informações restritas sobre o medicamento e não podem ser apoiados pelo farmacêutico. Rates *et al.*, afirmaram que a prevalência deste tipo de leitura tem sido considerada um determinante para a má qualidade da informação prestada ao utilizador do medicamento fitoterápico.³¹

28 *Ibidem.*

29 Cf. OLIVEIRA, V.; SZABO, I.; BASTOS, L.; PAIVA, P. Atuação profissional dos farmacêuticos no Brasil: perfil sociodemográfico e dinâmica de trabalho em farmácias e drogarias privadas. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 4, n. 26, p. 1105-1121, Dez. 2017; RATINAUD, P.; MARCHAND, P.. *Application de laméthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilités "mondes lexicaux"...* Op. cit.

30 Cf. HECKLER, A.P.M.; DALL'AGNOL, R.S.A.; HEINECK, I.; RATES, S.M.K. Estudo Exploratório sobre a Dispensação de Fitoterápicos e Plantas Medicinais em Porto Alegre/RS. *Acta Farmacêutica Bonaerense*, v. 24, n. 2, p. 277-283, Dez. 2005.

31 Cf. RATES, S. M. K. Promoção do uso racional de fitoterápicos: uma abordagem no

Os elementos básicos da atenção primária e farmacêutica são semelhantes e ambos os campos incluem atenção centrada no paciente, conhecimento sobre o tratamento de doenças agudas e crônicas, prevenção de lesões, prestação de serviço de documentação eficaz, acesso universal, atenção contínua e sistematicamente integralidade da atenção, a responsabilidade pelo tratamento, incluindo orientações corretas com acompanhamento do tratamento do usuário e promoção da educação e saúde.³²

Os profissionais de ambos os grupos afirmaram não acompanhar os usuários durante o tratamento com o medicamento *H. perforatum*, mas os farmacêuticos de ambos os grupos orientaram os usuários sobre o modo de uso, interações e efeitos colaterais. Kirby *et al.*, afirmam que o conhecimento do paciente sobre sua condição e doença melhora a adesão ao tratamento e está entre as estratégias para promover o uso racional de medicamentos, sendo o aconselhamento farmacêutico uma dessas medidas.³³ Glaeser *et al.*, 2007, afirmaram que os farmacêuticos são os profissionais de saúde mais disponíveis para a população em geral e são tão relevantes para o atendimento ao paciente quanto os serviços prestados por outros profissionais de saúde menos disponíveis.³⁴ Quando questionados sobre o que dificulta a orientação dos usuários, a maioria dos farmacêuticos apontou a falta de estrutura da farmácia e o desconhecimento do usuário.

Em uma avaliação geral, respeitando o limite da pesquisa e o número da amostra obtida, evidenciou-se maior conhecimento sobre o fitoterápico *H. perforatum* pelos farmacêuticos em Unidades Públicas de Saúde com valor de $p < 0,05$. Silva *et al.*, enfatizam que pouca atenção é dada ao desenvolvimento das habilidades de comunicação, ponto fundamental para essa prática dentro das farmácias, porém, concluem que é possível desenvolvê-las continuamente, por meio da educação permanente ou de treinamento em serviço.³⁵ Com base em dados

ensino da Farmacognosia. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 2, n. 11, p. 57-69, 2001.

32 Cf. BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

33 KIRBY, B. J.; UNADKAT, J. D. *Grapefruit juice, a glass full of drug interactions?* *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, v. 81, n. 5, p. 631-633, 2007.

34 GLAESER, H.; BAILEY, D. G.; DRESSER, G. K.; GREGOR, J. C.; SCHWARZ, U. I.; MCGRATH, J. S. *et al. Intestinal drug transporter expression and the impact of grapefruit juice in humans.* *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, v. 81, n. 3, p. 362-370, Mar. 2007.

35 SILVA, E. V.; ALVES, J. O. S.; VIDAL, J. O. O papel do farmacêutico comunitário no

semelhantes aos de Silva *et al.*, as autoridades de Vitória implantaram um curso de educação continuada para farmacêuticos de Unidades Públicas de Saúde.³⁶ É possível que as políticas implementadas pelo município sejam responsáveis pelo atual nível de conhecimento sobre *H. perforatum* no grupo de Unidades Públicas de Saúde.

Os resultados sugerem que os farmacêuticos das Unidades Públicas de Saúde recebem mais informações e seguem obrigatoriamente os protocolos de dispensação, enquanto nas farmácias privadas o farmacêutico deve obter o conhecimento por meio de cursos de extensão ou pós-graduação, ao contrário dos farmacêuticos das Unidades Públicas de Saúde que recebem educação continuada em serviço.

Observou-se que, potencialmente, os profissionais farmacêuticos das Unidades Públicas de Saúde possuem um maior conhecimento sobre o fitoterápico *H. perforatum*, princípio ativo do medicamento, mecanismos de ação, posologia, efeitos adversos e interações medicamentosas, ao contrário dos profissionais das Farmácias Privadas. Possivelmente, essa discrepância se deva às ações e políticas públicas implementadas pela Secretaria de Saúde do Município de Vitória, que incluem, entre outras práticas, um programa de Educação Permanente para dispensação de fitoterápicos. Porém, mesmo com o programa, muitos profissionais ainda não se sentem preparados para esse tipo de dispensação e a comunicação deficiente entre farmacêutico e usuário requer atenção dos setores público e privado.

Referências:

- GADELHA, S.; PINTO JUNIOR, M.; BEZERRA, S.; PEREIRA, M.; MARACAJÁ, B.; *Bibliographic study on the use of medicinal and herbal plants in Brazil. Rev Verde*, v. 8, n. 5, p. 208-212, dez. 2013.
- IBIAPINA, V.; LEITÃO, P.; BATISTA, M.; PINTO, S.; Inserção da fitoterapia na atenção primária aos usuários do SUS. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, v. 12, n. 1, p. 58-68, jun. 2012.
- NASCIMENTO, E.; LACERDA, U.; NASCIMENTO, T.; MELO, G.; ALVES, S.; SILVA, M. *et al.* Produtos à base de Plantas Medicinais comercializados em Pernambuco - Nordeste do Brasil. *Acta Farmacêutica Bonaerense*, v. 24, n. 1, p. 113-122, dez. 2005
- LALL, N.; KISHORE, J.; *Are plants used for skin care in South Africa fully explored?*

aconselhamento ao paciente. *Boletim Farmacoterapêutica*, n. 4, 2008.

³⁶ *Ibidem*.

Journal of Ethnopharmacology, v. 153, n. 1, p. 61-84, abr. 2014.

FONTENELLE, P.; SOUSA, P. DE; CARVALHO, M.; OLIVEIRA, A.; Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p. 2385-2394, ago. 2013.

RASKOVIC, A.; CVEJIĆ, J.; STILINOVIĆ, N.; GOLOČORBIN-KON, S.; VUKMIROVIĆ, S.; MIMICA-DUKIĆ, N. *et al.* Interaction between different extracts of *Hypericum perforatum* L. from Serbia and pentobarbital, diazepam and paracetamol. *Molecules*, v. 19, n. 4, p. 3869-3882, mar. 2014.

ALVES, A. C. S.; MORAES, D. C.; DE FREITAS, G. B. L.; ALMEIDA, D. J. Aspectos botânicos, químicos, farmacológicos e terapêuticos do *Hypericum perforatum*L. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, v. 16, n. 3, p. 593-606, set. 2014.

RUSSO, E.; SCICCHITANO, F.; WHALLEY, J.; MAZZITELLO, C.; CIRIACO, M.; ESPOSITO, S. *et al.* *Hypericum perforatum*: pharmacokinetic, mechanism of action, tolerability, and clinical drug-drug interactions. *Phytotherapy Research*, v. 28, n. 5, p. 643-655, jul. 2013;

SEIFRITZ, E.; HATZINGER, M.; HOLSBOER-TRACHSLER, E. *Efficacy of Hypericum extract WS(*) 5570 compared with paroxetine in patients with a moderate major depressive episode - a subgroup analysis. Phytotherapy Research*, v. 20, n.3, p. 126-132, Jul. 2016.

BARBUI, C.; CIPRIANI, A.; PATEL, V.; AYUSO-MATEOS, J.L. OMMEREN, V. *Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry*, v. 198, n. 1, p. 11-16, Jan. 2011.

BUKHARI, A.; DAR, A. Behavioral profile of *Hypericum perforatum* (St. John's Wort) extract. A comparison with standard antidepressants in animal models of depression. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, v. 17, n. 8, p. 1082-1089, abr. 2013.

MAO, J.J.; GUBILI, J. St. John's Wort. *The ASCO Post*, 1-9, Dez, 2017. Disponível em: <<https://ascopost.com/issues/december-25-2017/st-john-s-wort/>> Acesso em: 31 jan. 2019.

IZZO, A. Drug interactions with St. John's Wort (*Hypericum perforatum*): A review of clinical evidence. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, v. 42, n. 3, p. 139-148, mar. 2004

BORRELLI, F.; IZZO, A. Herb-Drug Interactions with St John's Wort (*Hypericum perforatum*): an Update on Clinical Observations. *AAPS Journal*, v. 11, n. 4, p. 710-727, Dez. 2009.

HENDERSON, L.; YUE, Y.; BERGQUIST, C.; GERDEN, B.; ARLETT, P. St John's wort (*Hypericum perforatum*): drug interactions and clinical outcomes. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v. 54, n. 4, p. 349, 356, out. 2002.

SARTORE, E.; EHMAN, M.; GOOD, B.; *The Significance of Pharmacy Interventions:*

An update review in the presence of electronic order entry. **American Journal of Pharmacy Benefits**, v. 6, n. 2, p. 24-30, abr. 2017.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P.. *Application de laméthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilitésdes “mondes lexicaux”*: analysedu “CableGate” avecIraMuTeQ. Em: **Actes des 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles**, p. 835-844. Presented at the 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles, Liège, JADT, 2012.

CAMARGO, V.; JUSTO, M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2013.

OLIVEIRA, V.; SZABO, I.; BASTOS, L.; PAIVA, P. Atuação profissional dos farmacêuticos no Brasil: perfil sociodemográfico e dinâmica de trabalho em farmácias e drogarias privadas. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 4, n. 26, p. 1105-1121, Dez. 2017.

FIP (*FÉDÉRATIÓ N INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE*). *Buenas Prácticas de Farmacia: Normas para la calidad de los servicios farmacéuticos*. PO Box 84200. 2508. Viena, 2000.

European Medicines Agency Commitee on Herbal Medicinal Products. (HMPC). *Assessment Reporto n Hypericum perforatum L.*, **Herba**. London, 2009

BONGIORNO, P.; LOGIUDICE, P. *Hypericum for depression*. **Natural Medicine Journal**, v. 2, n. 12, Dez. 2010.

RAHIMI, R.; NIKFAR, S.; ABDOLLAHI, M. *Efficacy and tolerability of Hypericum perforatum in major depressive disorder in comparison with selective serotonin reuptake inhibitors: A meta-analysis*. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 33, n. 1, p. 118-127, Fev. 2009

RAPAPORT, H.; NIERENBERG, A.; HOWLAND, R.; DORDING, C.; SCHETTLER, P.; MISCHOULON, D. *The treatment of minor depression with St.John’s Wort os Citalopram: Failure to show bennefit over placebo*. **Journal of Psychiatric Research**, v. 45, n. 7, p. 931-941, Jul. 2001.

LINDE, K.; BERNER, M.M.; KRISTON, L. *St John’s Wort for Depression: meta-analysis of randomised controlled trials*. **British Journal of Psychiatry**, v. 186, n. 2, p. 99-107, Mar. 2005.

AZEREDO, J.; UCHÔA, T.; DALLA COSTA, T. Papel da Glicoproteína-P na Farmacocinética e nas Interações Medicamentosas. **Revista Brasileira de Farmacologia**, v. 90, n. 4, p. 321-326, Nov. 2009.

MELO, O.; CASTRO, C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Revista Ciência & Saúde**, v. 22, n. 1, p. 235-244, Jan. 2017.

GLAESER, H.; BAILEY, D. G.; DRESSER, G. K.; GREGOR, J. C.; SCHWARZ, U.

I.; MCGRATH, J. S. *et al. Intestinal drug transporter expression and the impact of grapefruit juice in humans*. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, v. 81, n. 3, p. 362-370, Mar. 2007.

SILVA, E. V.; ALVES, J. O. S.; VIDAL, J. O. O papel do farmacêutico comunitário no aconselhamento ao paciente. **Boletim Farmacoterapêutica**, n. 4, 2008.

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 78, 2009.

HECKLER, A.P.M.; DALL’AGNOL, R.S.A.; HEINECK, I.; RATES, S.M.K. Estudo Exploratório sobre a Dispensação de Fitoterápicos e Plantas Medicinais em Porto Alegre/RS. **Acta Farmacêutica Bonaerense**, v. 24, n. 2, p. 277-283, Dez. 2005.

RATES, S. M. K. Promoção do uso racional de fitoterápicos: uma abordagem no ensino da Farmacognosia. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 2, n. 11, p. 57-69, 2001.

KIRBY, B. J.; UNADKAT, J. D. *Grapefruit juice, a glass full of drug interactions?* **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, v. 81, n. 5, p. 631-633, 2007.

USO DE MEDICAMENTOS CONCOMITANTES COM PLANTAS MEDICINAIS EM PACIENTES DE GRUPO HIPERDIA

Brunélly Tschaen Ewald

Cristina Ribeiro

Christiane da Silva Almeida Rodrigues

Dominik Lenz

Karla Oliveira dos Santos Cassaro

Rafael Pezzin

Renata Pazzolini Santos

Kaline Pereira Aroeira

Denise Coutinho Endringer

Doenças como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) são os principais fatores de risco de doenças cardiovasculares.¹ Estas últimas acometem grande parte da população e são prevalentes causas de mortes no Brasil e no mundo.² Portanto, é importante que pacientes que possuem diabetes mellitus e/ou hipertensão sejam assistidas por profissionais de saúde em programas de atenção à mesma, evitando a evolução para óbito em decorrência de doenças cardiovasculares graves.³

Frente aos preocupantes dados apontados pelo Ministério da Saúde, foi criado um programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus (Hiperdia), com intuito de controlar essas doenças e evitar complicações.⁴

1 MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; NETO, O. L. M.; SILVA JUNIOR, J. B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006; PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCIDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

2 MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; NETO, O. L. M.; SILVA JUNIOR, J. B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde... *Op. cit.*

3 CUNHA, C. W. Dificuldades no Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde Através do Hiperdia – Plano de Reorganização da Atenção. Especialização em Saúde Pública. Faculdade de Medicina. Departamento de medicina social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009; VILLELA, W. V.; ARAÚJO, E. C.; CUGINOTTI, A. P.; HAYANA, E. T.; BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. Desafios da Atenção Básica de Saúde: a experiência de Vila Mariana. *Caderno de Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1316-1324, 2009.

4 CUNHA, C. W. Dificuldades no Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes

Antes da descoberta da insulina o diabetes era tratado com plantas medicinais. Inúmeras delas são ainda hoje utilizadas na medicina tradicional como adjuvantes no controle da glicemia.⁵ Estima-se que o uso de plantas medicinais se faz concomitante ao uso de medicamentos, tornando importante diagnosticar quais são essas espécies e alertar o usuário sobre as possíveis interações medicamentosas.⁶

A promoção para atenção farmacêutica e o uso racional de medicamentos devem ser o eixo central da prática farmacêutica.⁷ A morbimortalidade, nos dias atuais, relacionada a medicamentos é um importante problema de saúde pública e um fator causador de internações hospitalares.⁸

Tipo de Estudo e Seleção da Amostra

A pesquisa foi do tipo observacional de caráter descritivo e analítico.⁹ A seleção da amostra adotou procedimentos intencionais por conveniência, a partir do recrutamento de pacientes que frequentaram o grupo Hiperdia, que acontecem no Centro Comunitário do bairro Santo Dumont no período de julho à dezembro de 2010.¹⁰ A amostra

Mellitus na Atenção Básica de Saúde Através do Hiperdia... *Op. cit.*

5 BEVER, B. O. *Oral hypoglycemic plants in West Africa*. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 2, n. 2, p. 119-127, 1980; WANG, H. X.; NG, T. B. *Natural products with hypoglycemic, hypotensive, hypocholesterolemic, antiatherosclerotic and antithrombotic activities*. **Life Sciences**, v. 65, n. 25, p. 2663-2677, 1999; PENA, R. C.; LATORRE, C. *Plantas con actividad hipoglucemiante empleadas en el tratamiento de la diabetes*. **Revista de Farmacia**, v. 135, n. 3, p. 97-100, 1993.

6 CHANG, C.V. Redução do peso de placenta em ratas Wistar tratadas com suspensão de polvilho de lobeira durante o período de fetogênese. *In: XVI Simpósio de Plantas Mediciniais do Brasil*, Recife, 2000; NETO, M. M.; NETTO, J. C. *Intoxication by fruit (Avehroa carambola) in six dialysis patients? (Preliminary report)*. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 13, n. 3, p. 570-572, 2001.

7 MACHLINE, C. A assistência à Saúde no Brasil. *In: STORPIRTIS, S., MORI, A. L. P. M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. Farmácia clínica e Atenção Farmacêutica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 3-13, 2008.

8 JOHNSON, J. A.; BOOTMAN, J. L. *Drug related morbidity and mortality. A cost-of-illness model*. **Journal of Managed Care Pharmacy**, v. 2, n. 1, p. 39-47, 1996; ROUGHEAD, E. E.; GILBERT, A. L.; PRIMROSE, J. G.; SANSOM, L. N. *Drug related hospital admissions: a review of australian studies published 1988-1996*. **The Medical Journal of Australia**, v. 168, n. 8, p. 405-408, 1998; MALHOTRA, S.; JAIN, S.; PANDHI, P. *Drug-related visits to the medical emergency department: a prospective study from India*. **International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics**, v. 39, n. 1, p. 12-18, 2001.

9 LAKATOS, E.; MARCONI, M. **A Metodologia do Trabalho Científico**. 4. ed., São Paulo: Atlas, 1995; SANTOS, A.R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro, DPEA, 1999.

10 SANTOS, A. R. **Metodologia Científica... Op. cit.**

de pesquisa incluiu pessoas acima de 60 anos, independente do gênero, responsáveis ou não pela sua medicação, residente no bairro de cobertura do serviço de saúde prestado (grupo de HIPERDIA) e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido informado.¹¹ Foram incluídos pacientes que já frequentavam as reuniões de Hiperdia moradores do bairro Santos Dumont, que estavam na faixa etária acima de 60 anos, onde possivelmente foi encontrado um grande número de pacientes com as doenças em questão e que provavelmente tem maior dificuldade de colocar em prática o uso racional de medicamentos, e ainda aqueles que tinham condição de serem entrevistados. Foram excluídos pacientes que não se encontram na faixa etária determinadas e ainda, pacientes que, mesmo estando na faixa etária, não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido; além daqueles que não frequentam rotineiramente as reuniões do grupo Hiperdia.

Coleta de Dados

No ato do convite para participar do estudo, foram feitos os esclarecimentos necessários aos pacientes que participam regularmente das reuniões do grupo Hiperdia. O estudo foi realizado somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo 39/2010), e de todos os participantes, os quais foram orientados sobre o estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.¹²

A coleta de dados foi realizado por meio de entrevista, semi-estruturada durante as reuniões dos grupos de Hiperdia, com objetivo final de avaliar o uso racional dos medicamentos, administração, entendimento da forma de utilização dentre outros parâmetros, além de observar o uso de terapias alternativas como chás e outras associações de plantas e suas implicações no efeito do medicamento.¹³ Na entrevista, foram coletados dados como, nome dos pacientes, sexo, idade, micro área, medicamentos utilizados e administração

11 Cf. FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de Medicamentos por Idosos em Região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 924-929, 2005.

12 Cf. MIASSO, A.I.; SILVA, A.E.B.C.; CASSIANI, S.H.B.; GROU, C.R.; OLIVEIRA, R.C.; FAKIH, F. T. O Processo de preparo e administração de medicamentos: Identificação de Problemas para Propor Melhorias e Prevenir Erros de Medicação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 354-363, 2006.

13 Cf. LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

dos mesmos, uso concomitante com plantas medicinais dentre outras questões pertinentes como o valor da aferição da pressão arterial e da glicemia.

Todos os dados coletados foram compilados em questionário próprio, elaboradora dentro do programa Epi Info™. Trata-se de um software livre, que possibilita desenvolver rapidamente vários tipos de questionários, com a possibilidade de se padronizar o processo de entrada e análise de dados, e favorecer a contínua e permanente alimentação de dados no questionário.¹⁴

Coleta das Espécies Vegetais e Identificação

Aqueles indivíduos que foram identificados como usuários de plantas medicinais receberam visitas domiciliares, com a devida autorização, visando coletar as espécies vegetais citadas. Foram preparadas exsiccatas e estas foram encaminhadas para o Herbário do Centro Universitário Vila Velha (UVV) para identificação e tombamento pela professora Solange Zanotti Schneider, que se caracteriza pela catalogação da espécie dentro da coleção do herbário, recebendo um número de identificação.¹⁵

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada empregando-se o software livre Epi Info™. Foi aplicada a análise de variância ANOVA e a diferença foi considerada quando $p < 0,05$.

Foram entrevistados 59 pacientes idosos participantes do grupo Hipertensão assistidos pelo programa Saúde da Família na comunidade de Santos Dumont, Vila Velha, ES. Deste grupo 37 (62,7%) eram mulheres e 22 (37,3%) homens.

Quando questionado sobre o grau escolaridade, quatorze (57,6%) pacientes disseram ter o ensino fundamental, seis (10,17%) eram iletrados, seis (10,17%) tinham o ensino médio, dois (3,39%) possuíam curso técnico/ensino superior e nove (15,25%) responderam outros

14 DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; COULOMBIER, D. *et al.* **Epi Info, Version 7: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers.** Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control and Prevention, 1994.

15 Cf. DI STASI, L.C. (org.). **Plantas medicinais: arte e ciência.** Um guia para estudo interdisciplinar. São Paulo, Editora da Universidade Paulista, 1995.

níveis de escolaridade por não ter completado nenhum dos níveis citados.

Uso de Medicamentos

A maioria dos pacientes entrevistados ($n=55$, 93,2%) faziam uso de algum medicamento com prescrição médica, sendo 63% dos pacientes do sexo masculino.

Os medicamentos mais consumidos pela população pesquisada foram enalapril (49,20%, $n=29$), hidroclorotiazida (35,6%, $n=21$), metformina (30,5%, $n=8$), glibenclamida (22%, $n=13$), sinvastatina (15,3%, $n=9$), ácido acetil salicílico (AAS) (15,3%, $n=9$) e Captopril (10,2%, $n=6$). Outros medicamentos menos utilizados são: propranolol (6,8%, $n=4$), omeprazol (6,8%, $n=4$), metildopa (6,8%, $n=4$), losartam potássico (6,8%, $n=4$), nifedipina (5,1%, $n=3$), insulina humana nph (5,1%, $n=3$), insulina humana regular (3,4%, $n=2$), atenolol (3,4%, $n=2$), rivotril (3,4%, $n=2$), paracetamol (3,4%, $n=2$), ranitidina (1,7%, $n=1$), espironolactona (1,7%, $n=1$), furosemida (1,7%, $n=1$), digoxina (1,7%, $n=1$), calcitram (1,7%, $n=1$), anlodipina (1,7%, $n=1$) e monidrato de isossorbida (1,7%, $n=1$), levando em consideração que um paciente pode tomar mais de um medicamento.

Hipertensão e Diabetes

Os pacientes entrevistados apresentaram níveis de pressão sistólica e diastólica fora dos níveis recomendado pela associação brasileira de cardiologia. Cerca de 24% ($n=14$) estavam com a pressão sistólica e diastólica acima ou igual a 140 mmHg/90 mmHg, valores acima do permitido pela associação brasileira de cardiologia. Além disso, 44% dos pacientes estavam com a pressão arterial sistólica acima ou igual a 140 mmHg e 39% estavam com a pressão arterial diastólica igual ou acima de 90mmHg.

De acordo com a Sociedade Americana de Diabetes, são considerados valores acima do permitido aqueles maiores que 200mg/dL colhido de forma aleatória.¹⁶ Dos cinquenta e nove pacientes entrevistados, vinte e sete eram diabéticos (45,76%), destes 40,74% ($n=11$) apresentavam a glicemia capilar maior ou igual a 200 mg/

16 Cf. SOCIEDADE AMERICANA DE DIABETES. *Standards of Medical Care in Diabetes Diabetes Care*, v. 28, supl. 1, Rio de Janeiro, 2005.

dL, indicando quadros de hiperglicemia. Desse modo, sete pacientes possuíam a glicemia acima do considerado normal (11,8%), sendo que destes todos faziam uso de algum medicamento. De todos os entrevistados, cinquenta e oito disseram ter os medicamentos prescritos pelo médico, o que representa 98,3% dos pacientes. Todos os pacientes disseram entender as informações passadas pelos médicos no momento da consulta.

Efeitos indesejados com o uso de algum medicamento prescrito pelo médico foram relatados por 15 (25,4%). Os efeitos citados foram alergia (13,3%), diarreia (13,3%), dor de estômago (13,3%), além de tosse, sede excessiva, náusea, fome, hipoglicemia, tonturas e cólica, cada representado 6,7% dos efeitos adversos mais comuns dos pacientes.

A interrupção do tratamento em função de efeitos colaterais, por acreditarem na cura ou por desabastecimento na Unidade de Saúde foi relatada por 15 pacientes (25,4%). Entretanto, a maioria dos pacientes (n=54, 91,5%).

Automedicação

Dezoito pacientes (30,5%) já tomaram medicamento por conta própria, os dados referentes à automedicação estão relacionados na tabela 1. A maior parte dos indivíduos que faziam automedicação era do sexo feminino (17%, n=10).

TABELA 1: Dados sobre a automedicação dos pacientes do grupo HIPERDIA, Santos Dumont, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil, 2010

	N	%
Recorreu à automedicação no último ano		
Sim	18	30,5
Não	41	69,5
Sinais e Sintomas que levaram ao uso de automedicação		
Dor de cabeça	8	44,4
Gripe	3	16,7
Febre	3	16,7
Dor (não especificado)	2	11,1
Náusea	1	5,5
Dor no corpo	1	5,5

Dor nos ossos	1	5,5
Dor no joelho	1	5,5
Motivo para se automedicar ao invés de ir à consulta		
Dificuldade do acesso ao médico	7	44,1
Dificuldade no acesso ao médico e falta de recursos	1	6,3
Médico sempre prescreve o mesmo medicamento	1	6,3
O paciente não acha seu problema sério	1	6,3
Tem acesso fácil ao medicamento	1	6,3
Influência para fazer uso da automedicação		
Parente ou amigo	5	27,8
Outros (publicidade...)	6	33,3
Prescrições anteriores	4	22,2
Tem o remédio em casa de tratamentos antigos interrompidos	2	11,1
Profissionais da saúde (não médicos)	1	5,6

Onze das dezoito pessoas sabiam os riscos de fazer uso da automedicação (61,10%). Uma pessoa apresentou efeito indesejado com a automedicação (5,6% das pessoas que usavam automedicação) sendo este efeito a dor de estômago.

O uso irracional de medicamentos vem levantando uma problemática na saúde devido ao grande número de intoxicações por esta causa. Segundo o Sinitox, no ano de 2007 foram registrados 100 mil casos de intoxicação no Brasil, sendo que destes 30,7% foram por medicamentos.¹⁷

Os resultados do estudo sugerem que a automedicação é praticada em sua maioria por mulheres, o que demonstra uma preocupação maior dessa classe com a saúde, e logo, uma procura maior em busca dos profissionais de saúde.¹⁸ Além disso, assim como em outros estudos, grande parte dos idosos que faziam este tipo de terapia possuía apenas o ensino fundamental, pressupondo-se assim que há uma dificuldade na compreensão por parte dos pacientes para com aspectos do tratamento

17 SINITOX. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2009.

18 ARRAIS, P.S.D.; COELHO, H.L.L.; BATISTA, M.C.D.S.; CARVALHO, M.L.; RIGHI, R.E.; ARNAU, J.M. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997; SÁ, B.M.; BARROS, J.A.C.; SÁ, M.P.B.O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro - PE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 1, p. 75-85, 2007.

medicamentoso.¹⁹ No caso destes pacientes, a automedicação se torna mais perigosa, devido à frequente relação entre a idade avançada e a necessidade da polifarmácia e ainda, por possuírem problemas crônicos como hipertensão e diabetes, a interação medicamentosa pode levar a danos irreversíveis e/ou ser fatal.²⁰

Dentre os motivos para a automedicação, a dor crônica ou aguda se destaca ficando claro também em outros estudos a predominância dos analgésicos, principalmente para quadros deste tipo em que esta classe se torna “indispensável para se ter em casa”.²¹

Segundo Sá *et al.*, doenças crônicas como hipertensão e diabetes levam uma maior busca dos pacientes ao profissional de saúde e assim, uma diminuição da automedicação por parte destes.²² Porém, no presente estudo, houve um grande número de pacientes com estas condições que faziam automedicação, o que possivelmente corresponde a uma dificuldade de diálogo entre profissional da saúde e o paciente, dificuldade exposição de usos de outros medicamentos prescritos por diversos profissionais de saúde (médico da família e especialistas), além da automedicação, e dificuldade na marcação de consulta entre uma avaliação e outra do grupo Hiperdia.

Plantas Medicinais

Os dados relacionados ao uso de plantas pelos pacientes do grupo Hiperdia de Santos Dumont, estão relacionados na tabela 2.

TABELA 2: Perfil de utilização de plantas medicinais dos pacientes do grupo Hiperdia do bairro Santos Dumont, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil, 2010		
	N	%
Utiliza alguma planta medicinal		
Sim	26	44,0
Não	33	56,0

19 SÁ, B. M.; BARROS, J. A. C.; SÁ, M. P. B. O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro – PE... *Op. cit.*

20 SOUZA, A.C.; LOPES, M.J.M. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 41, n. 1, p. 52-56, 2007.

21 Cf. SÁ, B. M.; BARROS, J. A. C.; SÁ, M. P. B. O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro – PE... *Op. cit.*; SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre... *Op. cit.*

22 Cf. SÁ, B.M.; BARROS, J.A.C.; SÁ, M.P.B.O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro – PE... *Op. cit.*

Onde obtém a planta que utiliza		
Jardim de casa	16	61,5
Casa do vizinho	2	7,7
Com um amigo	2	7,7
Casa de produtos Naturais	2	7,7
Farmácia pastoral da igreja	2	7,7
Casa do irmão	1	3,8
Como reconhece a planta que utiliza		
Formato da folha	10	43,4
Cheiro	5	21,7
Um amigo reconhece para o paciente	1	4,3
Textura das folhas	1	4,3
Procura em livros	1	4,3
Conhecimento antigo de família	1	4,3
Influência para fazer uso de plantas		
Parente ou amigo	22	81,5
Outros (publicidade...)	3	11,1
Tem a planta em casa (por conta própria)	2	7,4
Parte da planta que utiliza para preparo do chá		
Folhas	24	92,3
Caule	2	7,7
Galhos inteiros	1	3,8
Toda a planta	1	3,8
Método de preparo do chá		
Infusão das folhas	17	68
Infusão do caule	4	16
Decocção de folhas com filtração	2	8
Decocção de folhas sem filtração	1	4
Xarope	1	4

Os pacientes (77,8%) que consumiam plantas medicinais desconheciam os riscos do uso de plantas. Apenas dois indivíduos, dos que faziam uso de plantas, sabiam uma contra-indicação para a mesma.

Todas as pessoas que faziam uso de planta medicinal consomem o chá no mesmo dia da preparação.

O uso de plantas medicinais foi relatado por cerca de 50% dos pacientes que usam medicamentos (n=25, 47,2%). Grande parte dos idosos entrevistados que faziam uso de plantas, possuíam o nível fundamental de escolaridade (29,4%, n=5) e 5,9% eram analfabetos.

Dos pacientes que usavam plantas, seis (26,07%) estavam com a pressão acima do normal e uma (3,85%) estava com a glicemia elevada, embora não tenham ocorrido relatos por parte dos pacientes de usarem plantas medicinais para o uso complementar ao tratamento de hipertensão e/ou diabetes.

No total, foram coletadas 28 plantas. Destas, apenas uma não foi identificada, pois o material não apresentava todas as partes reprodutivas, necessárias à identificação. As plantas identificadas estão representadas na tabela 3.

TABELA 3: Plantas medicinais mais utilizadas por nome popular, nome científico (de tombamento) e o número de tombamento pelo Herbário UVVES		
Nome popular	Nome científico	Nº de tombamento
Arnica	Porophyllum ruderale (Jacq.) Cass.	UVVES2149
Boldo*	Plectranthus barbatus Andrews	UVVES2140
Boldo	Plectranthus amboinicus (Lour.) Spreng.	UVVES2141
Cana de macaco	Costus spiralis (Jacq.) Roscoe	UVVES2145
Cidreira	Lippia alba (Mill.) N. E. Br.	UVVES2137
Capim-limão	Cymbopogon citratus (DC) Stapf	UVVES2135
Romã	Punica granatum L.	UVVES2136
Boldinho, boldo do chile	Plectranthus ornatus Codd.	UVVES2138
Mirra	Tetradenia riparia (Hochst.) Codd.	UVVES2139
Transagem, tranxagem, sete nervos	Plantago major L.	UVVES2142
Alecrim	Rosmarinus officinalis L.	UVVES2143
Beladona	Atropa beladona L.	UVVES2144
Manjeriço	Ocimum basilicum L.	UVVES2146
Hortelã-pimenta	Mentha spicata L.	UVVES 2147
Macaé	Leonurus sibiricus L.	UVVES2148
Saião	Kalanchoe brasiliensis Cambess.	UVVES2150

*O boldo dito pela paciente na realidade foi tombado como falso boldo pela botânica.

Após a análise, pode-se concluir que cinco amostras foram identificadas incorretamente pelos pacientes. Quatro amostras são reconhecidas pelos pacientes como boldo (*Plectranthus barbatus* Andrews), as quais foram tombadas pela botânica como falso boldo (*Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng) e uma amostra era reconhecida como hortelã comum e foi identificada como Hortelã – Pimenta (*Mentha spicata* L.)

Além disso, outros fatores influenciam na decisão de ir ao consultório, como a demora no atendimento, grandes filas e prescrição de medicamentos contínuos, onde os pacientes relatam “é sempre o que eles passam mesmo”. Esse entendimento dificulta o acompanhamento do paciente por parte dos profissionais que perdem o vínculo com este indivíduo. Tais fatos podem ser relacionados ao se observar que pacientes que faziam uso de medicamentos para o controle da hipertensão e diabetes apresentavam pressão arterial e glicemia elevada, respectivamente.

Em adição, o uso de plantas na forma de chás pode ser prejudicial quando o indivíduo também faz uso de medicações para doenças crônicas.²³ Em conjunto, a automedicação, a falha de comunicação profissional-paciente, a dificuldade no acesso a outros médicos, o uso de fitoterápicos e o fácil acesso a medicamentos podem ser determinantes para o agravamento do quadro de saúde dessa população.

Dos pacientes submetidos a tratamento anti-hipertensivo que apresentavam pressão arterial elevada, seis utilizam plantas medicinais, dentre elas a arnica, o boldo, a cana-de-macaco, cidreira, erva-doce, laranja e pitanga. A *Porophyllum ruderale* (Arnica), entre outras indicações, é utilizada no combate à hipertensão arterial assim com a cana-de-macaco e o *Plectranthus barbatus* Andrews.²⁴ Esses dados revelam uma discordância quanto aos resultados anteriormente apresentados. Esse tipo de discrepância pode estar relacionado à forma

23 Cf. BALBINO, E. E.; DIAS, M. F. Farmacovigilância: um passo em direção ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 20, n. 6, p. 992-1000, 2010.

24 Cf. FONSECA, M. C. M.; MEIRA, R. M. S. A.; CASALI, V. W. D. Anatomia dos órgãos vegetativos e histolocalização de compostos fenólicos e lipídicos em *Porophyllum ruderale* (Asteraceae). *Planta Daninha*, v. 24, n. 4, p. 707-713, 2006; DI STASI, L. C. (org.). *Plantas medicinais... Op. cit.*; COSTA, M. C. C. D. Uso popular e ações farmacológicas de *Plectranthus barbatus* Andr. (Lamiaceae): revisão dos trabalhos publicados de 1970 a 2003. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, v. 8, n. 2, p. 81-88, 2006.

de preparo, que em sua maioria foi a decocção de folhas, sendo que em outros estudos este tipo de formulação pode levar a inatividade dos princípios ativos da planta.²⁵

Vários são os fatores que levam ao consumo de chás e preparados de plantas medicinais. Esta prática ainda é fortalecida pela crença popular de que este tipo de terapia não traz nenhum prejuízo ao indivíduo. Porém, preparações obtidas de plantas contêm vários compostos que podem ou não ter atividade biológica e assim se comportarem de forma inespecífica.²⁶ De acordo com Alexandre [et al.] a administração concomitante de medicamentos sintéticos e plantas medicinais pode levar à uma alteração dos perfis de eficácia e segurança dos mesmos.²⁷ Além disso, as interações medicamentosas podem ocorrer com maior frequência quando se utiliza medicamentos sintéticos e plantas medicinais, visto que estas apresentam diversos compostos capazes de promover alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas.²⁸

Considerando todos os resultados obtidos na pesquisa, que são desfavoráveis para o paciente, entende-se que estes necessitam de um trabalho intensivo e permanente de educação em saúde, tanto para compreenderem a seriedade de seus agravos, suas consequências e a necessidade da manutenção, tanto de glicemia quanto de pressão arterial, em níveis dentro do que é preconizado.

Os problemas relatados no presente trabalho poderiam ser minimizados se junto à equipe de saúde da família de todas as unidades de saúde houvesse a presença do farmacêutico auxiliando e orientando os pacientes quanto ao uso de medicamentos e plantas medicinais.

Referências:

ALBUQUERQUE, R. L.; MACHADO, M. I. L.; SILVA, M. G. V.; MORAIS, S. M.; MATOS, F. J. A.; LIMA, L. B. Estudo Químico e Atividade Antioxidante do óleo

25 SOMAVILLA, N.; CANTO-DOROW, T.S. Levantamento de plantas medicinais utilizadas em bairros de Santa Maria –RS. *Ciência e Natura*, v. 18, p. 131-148, 1996.

26 RITTER, M.R.; SOBIERAJSKI, G.R.; SCHENKEL, E.P.; MENTZ, L.A. Plantas usadas como medicinais no município de Ipê, RS, Brasil. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 12, n. 2, p. 51-62, 2002.

27 ALEXANDRE, R.F.; BAGATINI, F.; SIMÕES, C.M.O. Interações entre fármacos e medicamentos à base de ginkgo e ginseng. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 18, n. 1, p. 117-126, 2008.

28 *Ibidem*.

essencial de *Plectranthus grandis* Will. e *Plectranthus ornatus* Codd. In: 26ª **Reunião Anual da SBQ**, Águas de Lindóia, 2003.

ALEA, J. A. P.; LUIS, A. G. O.; PÉREZ, A. R.; JORGE, M. R.; BALUJA, R. Composición y propiedades antibacterianas Del aceite de Lippia Alba (Mill.) n. e. Brown. *Revista Cubana de Farmácia*, v. 30, n. 1, p. 1-6, 1996.

ALEXANDRE, R.F.; BAGATINI, F.; SIMÕES, C.M.O. Interações entre fármacos e medicamentos à base de ginkgo e ginseng. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 18, n. 1, p. 117-126, 2008.

ARRAIS, P.S.D.; COELHO, H.L.L.; BATISTA, M.C.D.S.; CARVALHO, M.L.; RIGHI, R.E.; ARNAU, J.M. Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997

BALBINO, E. E.; DIAS, M. F. Farmacovigilância: um passo em direção ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 20, n. 6, p. 992-1000, 2010.

BEVER, B. O. *Oral hypoglycemic plants in West Africa*. *Journal of Ethnopharmacology*, v. 2, n. 2, p. 119-127, 1980.

CHANG, C.V. Redução do peso de placenta em ratas Wistar tratadas com suspensão de polvilho de lobeira durante o período de fetogênese. In: **XVI Simpósio de Plantas Medicinais do Brasil**, Recife, 2000.

CORDEIRO, C. H. G.; SACRAMENTO, L. V. S.; CORRÊA, M. A.; PIZZOLITTO, A. C.; BAUAB, T. M. Análise farmacognóstica e atividade antibacteriana de extratos vegetais empregados em formulação para a higiene bucal. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 42, n. 3, p. 395-404, 2006.

COSTA, M. C. C. D. Uso popular e ações farmacológicas de *Plectranthus barbatus* Andr. (Lamiaceae): revisão dos trabalhos publicados de 1970 a 2003. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, v. 8, n. 2, p. 81-88, 2006.

CUNHA, C. W. Dificuldades no Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde Através do Hiperdia – Plano de Reorganização da Atenção. Especialização em Saúde Pública. Faculdade de Medicina. Departamento de medicina social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009

DI STASI, L. C. (org.). **Plantas medicinais: arte e ciência**. Um guia para estudo interdisciplinar. São Paulo, Editora da Universidade Paulista, 1995.

DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; COULOMBIER, D. *et al*. **Epi Info, Version 7: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control and Prevention, 1994.

EASTON, K. L.; PARSONS, B. J.; STARR, M.; BRIEN, J. E.; *The incidence of drug related problems as a cause of hospital admission in children*. **The Medical Journal of**

Australia, v. 168, p. 356-359, 1998.

FERNÁNDEZ, P. B.; CAPÓ, J. T.; COFIÑO, G. M.; DOMÍNGUEZ, C. C.; MENÉNDE, A. B.; ALARCÓN, C. M. *Actividad expectorante de formulaciones a partir de Plectranthus amboinicus (Lour) Spreng (orégano francés)*. **Revista Cubana de Plantas Medicinales**, v. 14, n. 2, p. 1-10, 2009.

FIGUEREDO, Y. N.; CAPÓ, J. T.; DOMÍNGUEZ, C. C.; ALARCÓN, C. M.; CASTILLO, R. M.; LEÓN, R. D. *Actividad de Plectranthus amboinicus (Lour.) Spreng. Tabletas 100mg sobre la musculatura lisa intestinal*. **Revista Cubana de Plantas Medicinales**, v. 11, n. 3-4, 2006.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de Medicamentos por Idosos em Região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 924-929, 2005.

FONSECA, M. C. M.; MEIRA, R. M. S. A.; CASALI, V. W. D. Anatomia dos órgãos vegetativos e histolocalização de compostos fenólicos e lipídicos em *Porophyllum ruderale* (Asteraceae). **Planta Daninha**, v. 24, n. 4, p. 707-713, 2006.

JOHNSON, J. A.; BOOTMAN, J. L. *Drug related morbidity and mortality. A cost-of-illness model*. **Journal of Managed Care Pharmacy**, v. 2, n. 1, p. 39-47, 1996.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **A Metodologia do Trabalho Científico**. 4. ed., São Paulo: Atlas, 1995; SANTOS, A.R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro, DPEA, 1999.

LIMA, G. M.; BONFIM, R. R.; SILVA, M. R.; THOMAZZI, S. M.; SANTOS, M. R. V.; QUINTANS-JÚNIOR, L. J.; BONJARDIM, L. R.; ARAÚJO, A. A. S. *Assessment of antinociceptive and anti-inflammatory activities of Porophyllum ruderale (Jacq.) Cass., Asteraceae, aqueous extract*. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 21, n. 3, p. 486-490, 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LÓPEZ, A. G.; PARRA, A. V.; RUIZ, A. R.; PILOTO, J. *Estudio toxicogenético de un extracto fluido de Ocimum basilicum L. (albahaca blanca)*. **Revista Cubana de Plantas Medicinales**, v. 5, n. 3, p. 78-83, 2000.

LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. 2ª ed. Nova Odessa: Instituto Plantarum de Estudos da Flora, 2008.

MACHLINE, C. A assistência à Saúde no Brasil. In: STORPIRTIS, S., MORI, A. L. P. M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. **Farmácia clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 3-13, 2008.

MALHOTRA, S.; JAIN, S.; PANDHI, P. *Drug-related visits to the medical emergency department: a prospective study from India*. **International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics**, v. 39, n. 1, p. 12-18, 2001.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; NETO, O. L. M.; SILVA JUNIOR, J. B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006

MANCINI, D. A. P.; TORRES, R. P.; PINTO, J. R.; MANCINI-FILHO, J. Inhibition of DNA Virus: Herpes-1 (HSV-1) in cellular culture replication, through an antioxidant treatment extracted from rosemary spice. **The Brazilian Journal Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 1, p. 127-133, 2009.

MARTÍN, S. M. M.; NARANJO, J. P.; SALVADÓ, A. C.; RUIZ, C. M. *Actividad diurética y antipirética de un extracto fluido de Rosmarinus officinalis L. en ratas*. **Revista Cubana de Plantas Medicinales**, v. 9, n. 1, 2004.

MARTINS, M. B. G.; MARTINS, R. G. M.; CAVALHEIRO, J. A. Histoquímica e atividade antibacteriana de folhas do incenso (*Tetradenia riparia*). **Revista Biociências**, v. 14, v. 2, p. 127-140, 2009.

MELO, S. F.; SOARES, S. F.; COSTA, R. F.; SILVA, C. R.; OLIVEIRA, M. B. N.; BEZERRA, R. J. A. C.; ARAÚJO, A. C.; BERNARDO-FILHO, B. *Effect of Cymbopogon citratus, Maytenus ilicifolia and Baccharis genistelloides extracts against the stannous chloride oxidative damage in Escherichia coli*. **Mutation Research**, v. 496, n. 1-2, p. 33-38, 2001.

MIASSO, A.I.; SILVA, A.E.B.C.; CASSIANI, S.H.B.; GROU, C.R.; OLIVEIRA, R.C.; FAKIH, F. T. O Processo de preparo e administração de medicamentos: Identificação de Problemas para Propor Melhorias e Prevenir Erros de Medicação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 354-363, 2006.

NETO, M. M.; NETTO, J. C. *Intoxication by fruit (Avehrroa carambola) in six dialysis patients? (Preliminary report)*. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 13, n. 3, p. 570-572, 2001.

OLIVEIRA, R.A.G.; LIMA, E.O.; SOUZA, E.L.; VIEIRA, W.L.; FREIRE, K.R.L.; TRAJANO, V.N.; LIMA, I.O.; SILVA-FILHO, R.N. *Interference of Plectranthus amboinicus (Lour.) Spreng essential oil on the anti-Candida activity of some clinically used antifungals*. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 17, n. 2, p. 186-190, 2007.

ORDÓÑEZ, M.G.; JORGE, M.R.; SIMÓN, G.G.; RANGEL, C.L. *Actividad antimicrobiana del aceite esencial y crema de Cymbopogon citratus (DC). Stapf*. **Revista Cubana Plantas Medicinales**, v. 9, n. 2, 2004.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCIDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

PENA, R. C.; LATORRE, C. *Plantas con actividad hipoglucemiante empleadas en el*

- tratamiento de la diabetes. **Revista de Farmacia**, v. 135, n. 3, p. 97-100, 1993.
- RITTER, M.R.; SOBIERAJSKI, G.R.; SCHENKEL, E.P.; MENTZ, L.A. Plantas usadas como medicinais no município de Ipê, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 12, n. 2, p. 51-62, 2002.
- ROUGHEAD, E. E.; GILBERT, A. L.; PRIMROSE, J. G.; SANSOM, L. N. *Drug related hospital admissions: a review of australian studies published 1988-1996*. **The Medical Journal of Australia**, v. 168, n. 8, p. 405-408, 1998.
- SÁ, B.M.; BARROS, J.A.C.; SÁ, M.P.B.O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro – PE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 1, p. 75-85, 2007.
- SANTOS, A.; PADUAN, R.H.; GAZIN, Z.C.; JACOMASSI, E.; D' OLIVEIRA, P.S.; CORTEZ, D.A.G.; CORTEZ, L.E.R. Determinação do rendimento e atividade antimicrobiana do óleo essencial de *Cymbopogon citratus* (DC). Stapf em função de sazonalidade e consorciamento. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 19, n. 2A, p. 436-441, 2009.
- SANTOS, A.R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DPEA, 1999.
- SCHULTZ, C.; BOSSOLANI, M.P.; TORRES, L.M.B.; LIMA-LANDMAN, M.T.R.; LAPA, A.J.; SOUCCAR, C. *Inhibition of the gastric H⁺,K⁺-ATPase by plectrinone A, a diterpenoid isolated from Plectranthus barbatus Andrews*. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 111, n. 1, p. 1-7, 2007.
- SILVA, J.G.; PEREIRA, M.S.V.; GURGEL, A.P.D.; SIQUEIRA-JÚNIOR, J.P.; SOUZA, I.A. Atividade inibitória das folhas e caule de *Kalanchoe brasiliensis* Cambess frente a microrganismos com diferentes perfis de resistência a antibióticos. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 19, n. 3, p. 790-794, 2009.
- SILVA, M.A.R.; HIGINO, J.S.; PEREIRA, J.V. *Antibiotic activity of the extract of Punica granatum Linn. over bovine strains of Staphylococcus aureus*. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 18, n. 2, p. 209-212, 2008.
- SILVA, M.S.A.; SILVA, M.A.R.; HIGINO, J.S.; PEREIRA, M.S.V.; CARVALHO, A.A.T. Atividade antimicrobiana e antiaderente *in vitro* do extrato de *Rosmarinus officinalis* Linn. sobre bactérias orais planctônicas. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 18, n. 2, p. 236-240, 2008.
- SINGI, G.; DAMASCENO, D.D.; D'ANDRÉA, E.D.; SILVA, G.A. Efeitos agudos dos extratos hidroalcoólicos do alho (*Allium sativum* L.) e do capim-limão (*Cymbopogon citratus* (DC) Stapf) sobre a pressão arterial média de ratos anestesiados. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.15, n.2, p.94-97, 2005.
- SINITOX. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2009.
- SOCIEDADE AMERICANA DE DIABETES. *Standards of Medical Care in Diabetes Diabetes Care*, v. 28, supl. 1, Rio de Janeiro, 2005.
- SOMAVILLA, N.; CANTO-DOROW, T.S. Levantamento de plantas medicinais utilizadas em bairros de Santa Maria –RS. **Ciência e Natura**, v. 18, p. 131-148, 1996.
- SOUZA, A.C.; LOPES, M.J.M. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 41, n. 1, p. 52-56, 2007.
- WANG, H. X.; NG, T. B. *Natural products with hypoglycemic, hypotensive, hypocholesterolemic, antiatherosclerotic and antithrombotic activities*. **Life Sciences**, v. 65, n. 25, p. 2663-2677, 1999

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA: FITOTERÁPICOS E PLANTAS MEDICINAIS NA GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

*Ednildes Olympio Rua
(in memoriam)*

*Mariana Olympio Rua
Priscylla Maria Martins Cardoso
Denise Coutinho Endringer*

A gravidez é um período pelo qual o organismo feminino passa por modificações em sua anatomia e funcionamento. Sendo assim, em cada fase da gravidez podem surgir sintomas incômodos, que muitas vezes levam a gestante fazer uso de substâncias que promovam alguma melhora.¹

Em um esforço para promover a saúde da mãe e do feto, muito mulheres grávidas fazem uso de plantas medicinais.² Estudos relataram uma ampla gama de plantas medicinais e fitoterápicos usados na gravidez, e os motivos pelos quais essas mulheres escolhem fitoterápicos em detrimento de medicações convencionais são, sua cultura, etnia, status sócio econômico e crenças.³

Nos EUA e no Canadá 6%-9% das mulheres grávidas usam fitoterápicos, na Austrália 34% e na União Europeia cerca de 50%.⁴

Os fitoterápicos mais utilizados pelas mulheres grávidas são o gengibre (*Zingiber deficinale* Roscoe), camomila (*Matricaria chamomilla* L.), hortelã-pimenta (*Mentha piperita* L.), Echinacea [*Echinacea purpurea* (L.) Moench], amora (*Vaccinium oxycoccus* L. e *Vaccinium*

1 BEBITOGLU, B. T; *Frequently Used Herbal Teas During Pregnancy-Short Update. Medeniyet Medical Journal*, v. 35, n. 1, p. 55, 2020; Cf. EL HAJJ, M.; HOLST, L. *Herbal Medicine Use During Pregnancy: A Review of the Literature With a Special Focus on Sub-Saharan Africa. Frontiers in Pharmacology*, v. 11, n. 866, 2020; Cf. KENNEDY, D. A., et al. *Safety classification of herbal medicines used in pregnancy in a multinational study. BMC complementary and Alternative Medicine*, v. 16.1, n. 102, 2016.

2 Cf. KENNEDY, D. A., et al. *Safety classification of herbal medicines used in pregnancy in a multinational study... Op. cit.*; Cf. EL HAJJ, M.; HOLST, L. *Herbal Medicine Use During Pregnancy... Op. cit.*

3 Cf. KENNEDY, D. A., et al. *Safety classification of herbal medicines used in pregnancy in a multinational study... Op. cit.*; Cf. ILLAMOLA, SÍLVIA M., et al. *Use of Herbal Medicine by Pregnant Women: What Physicians Need to Know. Frontiers in Pharmacology*, v. 10, n. 1483, 2019.

4 Cf. *Ibidem*.

macrocarpum L.), alho (*Allium sativum* L.), framboesa (*Rubus idaeus* L.), valeriana (*Valeriana officinalis* L.), feno-grego (*Trigonella foenum-graecum* L.), erva-doce (*Foeniculumbvulgare* Mill.), Misturas de ervas e chás, incluindo chás verde e preto [*Camellia sinensis* (L.) Kuntze].⁵

Principais Motivos Que Levam Ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos Por Mulheres Grávidas

Os principais motivos que levam mulheres grávidas fazer uso de fitoterápicos, são: gripe e resfriado, náuseas, infecção do trato urinário (ITU), distúrbios do sono (insônia), constipação, preparação para o trabalho de parto, promoção da saúde do feto, edema, desordens gastrointestinais, flatulência e dor em geral. Outras razões frequentes são anemia, azia, ansiedade e prevenção do parto prematuro, em algumas culturas ainda, se faz o uso de algumas plantas medicinais, com vistas a dar boa saúde ao feto e ter um parto adequado.⁶

1. Enjoo Matinal, Náusea E Vômito

O enjojo matinal é um sintoma presente principalmente no primeiro trimestre da gestação que envolve náuseas ou vômitos, podem ocorrer a qualquer momento durante o dia, e sua etiologia continua desconhecida. O tratamento pode ser medicamentoso ou não-medicamentoso, como fracionamento da alimentação e algumas medidas comportamentais, como por exemplo, não usar creme dental antes da primeira refeição. O tratamento medicamentoso deve ser iniciado quando as tentativas do tratamento não-medicamentoso não são suficientes, ou quando há agravamento dos vômitos levando a desidratação e distúrbios hidro eletrolíticos.⁷

Tabela 1: tratamentos fitoterápicos mais empregados contra enjojo matinal na gestação

Espécie empregada	Segurança	Eficácia	Recomendação
Gengibre (<i>Zingiber officinale</i> Roscoe)	Sem efeito teratogênico-humanos	1g fresco-hiperêmese	Utilizar, com acompanhamento. ⁸

5 Cf. ILLAMOLA, SÍLVIA M., et al. Use of Herbal Medicine by Pregnant Women... *Op. cit.*; EL HAJJ, M.; HOLST, L. *Herbal Medicine Use During Pregnancy...* *Op. cit.*

6 Cf. BEBITOGLU, B. T.; *Frequently Used Herbal Teas During Pregnancy-Short Update...* *Op. cit.*; HOLST, L. *Herbal Medicine Use During Pregnancy...* *Op. cit.*

7 Cf. ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R.P.V. *Zugaib Obstetrícia*, 2016.

8 ANITA, N.; SARTINI; ALAM, G. *Ginger candy (Zingiber officinale) reduces the frequency*

Hortelã-pimenta (<i>Mentha piperita</i> L.)	Não existem evidências suficientes que comprovem a segurança durante a gestação. Porém, alguns estudos já indicam uma “possível segurança” durante a gravidez”. ⁹	Sem evidências de eficácia	Doses muito altas devem ser evitadas durante a gravidez, pois podem ocasionar aborto. ¹⁰
Framboesa (<i>Rubus idaeus</i> L.)	Sem evidências de segurança	Sem evidências de eficácia	Não utilizar
Erva do bispo (<i>Aegopodium podagraria</i> L.)	Sem evidências de segurança	Sem evidências de eficácia	Não utilizar
Alho (<i>Allium sativum</i> L.)	Evidência de ser seguro	Sem evidências de eficácia	Não utilizar- Contra-indicado. ¹¹

O **gengibre** é a planta mais utilizada para prevenir o enjojo matinal e pode ser usado fresco (0,5g - 1g, não excedendo 4g), em decocção ou extratos. Em gestantes não deve ser utilizada a tintura. Estudos realizados sobre o uso do gengibre por humanas grávidas não observaram efeitos teratogênicos, levando-o a ser considerado uma planta medicinal segura. Ensaio clínico também comprovaram a eficácia do uso do gengibre no tratamento da hiperêmese, em comparação a uso de um placebo.¹²

Não existem evidências suficientes que comprovem a segurança da **hortelã-pimenta** durante a gestação. Porém, alguns estudos já indicam uma “possível segurança” durante a gravidez.¹³ Apesar dos estudos não indicarem doses, já se sabe que doses muito altas devem ser

of vomiting of first-trimester pregnant women with emesis gravidarum. Enfermeria Clínica, v. 30, Suppl. 4, p. 536-538, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.03.014>>.

9 Cf. KENNEDY, D. A., et al. *Safety classification of herbal medicines used in pregnancy in a multinational study...* *Op. cit.*; AHMED, M.; HWANG, J. H.; CHOI, S.; HAN, D. *Safety classification of herbal medicines used among pregnant women in Asian countries: a systematic review. BMC Complementary and Alternative Medicine*, v. 17, n. 1, p. 489, 14 Nov. 2017.

10 AHMED, M.; HWANG, J.H.; CHOI, S.; HAN, D. *Safety classification of herbal medicines used among pregnant women in Asian countries...* *Op. cit.*

11 Cf. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Memento Fitoterápico. Farmacopeia Brasileira. 1 ed. Brasília: ANVISA, 2016b. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/memento-fitoterapico/memento-fitoterapico.pdf/view>>. Acesso em: 22 set. 2017.

12 BORRELLI, F., et al. *Effectiveness and safety of ginger in the treatment of pregnancy-induced nausea and vomiting. Obstetrics & Gynecology*, v. 105, n. 4, p. 849-856, 2005.

13 KENNEDY, D. A., et al. *Safety classification of herbal medicines used in pregnancy in a multinational study...* *Op. cit.*; AHMED, M.; HWANG, J. H.; CHOI, S.; HAN, D. *Safety classification of herbal medicines used among pregnant women in Asian countries...* *Op. cit.*

evitadas, pois podem ocasionar aborto.¹⁴

O óleo essencial da planta não pode ser utilizado de forma alguma, devido à sua toxicidade.¹⁵

O uso do alho em quantidades medicinais (1-5g/dia) é considerado seguro, no entanto não há evidências de eficácia contra hiperêmese. Além disso, o alho pode causar flatulência, inibição de enzimas (como citocromo p450) e redução da atividade de outros produtos que possam estar sendo utilizados.¹⁶

2. Ansiedade e Estresse

Durante a gravidez algumas mulheres experimentam uma diminuição de seus sintomas, mas sua ansiedade pode piorar. Afinal, nem tudo o que faz você se sentir ansioso está sob seu controle. Alterações hormonais durante a gravidez podem afetar os produtos químicos em seu cérebro, isso pode causar ansiedade.

Seu tratamento pode ser medicamentoso e não medicamentoso, empregando leitura, exercícios de respiração, exercícios de relaxamento, com yoga para gestantes e exercícios de concentração.¹⁷

Tabela 2: tratamentos fitoterápicos mais empregados contra ansiedade e estresse na gestação

Espécie empregada	Segurança	Eficácia	Recomendação
Hortelã-pimenta (<i>Mentha piperita</i> L.)	Sem efeito teratogênico-animal.	Sem evidência-ansiedade.	Não utilizar. ¹⁸
Tomilho (<i>Thymus vulgaris</i> L.)	Sem efeito teratogênico e embriotóxico.	Sem evidência.	Não utilizar.

14 Cf. AHMED, M.; HWANG, J.H.; CHOI, S.; HAN, D. *Safety classification of herbal medicines used among pregnant women in Asian countries...* Op. cit.

15 BRUNO, LUCIANA O., et al. *Pregnancy and herbal medicines: An unnecessary risk for women's health - A narrative review.* **Phytotherapy Research**, v. 32, n. 5, p. 796-810, 2018; GOLALIPOUR, M.J., et al. Estudo de Embriotoxicidade de Mentha pi-perita L. Durante Organogênese em Ratinhos Balb/ c. **International Journal of Morphology**, v. 29, n. 3, p. 862-867, 2011; PASHA, H.; BEHMANESH, F.; MOHSENZADEH, F.; HAJAHMADI, M.; MOGHADAMNIA, A.A. *Study of the effect of mint oil on nausea and vomiting during pregnancy,* **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 14, n. 11, p. 727-730, 2012.

16 MEHER, S.; DULEY, L. *Garlic for preventing pre-eclampsia and its complications.* **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 6, 2006.

17 ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R.P.V. **Zugaib Obstetrícia...** Op. cit.

18 BUCKLE, Jane. *Nausea and Vomiting.* In: BUCKLE, Jane. **Clinical Aromatherapy**. 3 ed. London: Churchill Livingstone, 2015, p. 182-194. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-5440-2.00009-7>>.

Chamomille (<i>Matricaria chamomilla</i> L.)	Não seguro- atividade emenagoga e relaxante da musculatura lisa.	Evidência de efeito como ansilítico.	Não utilizar-contra indicado. ¹⁹
Alecrim (<i>Rosmarinus officinalis</i> L.)	Pode ter efeitos de contração uterina se consumido em grandes quantidades. O óleo essencial aumenta a pressão sanguínea e pode potencialmente desencadear convulsões se você tiver epilepsia.	Sem evidência.	Não utilizar.
Valeriana (<i>Valeriana officinalis</i> L.)	Sem evidência de teratogenicidade.	Efícaz no tratamento da ansiedade e sedativo.	Contra-indicado.
Anis (<i>Pimpinella anisum</i> L.)	Evidência de ser seguro.	Sem evidências de eficácia.	Não utilizar.

A hortelã-pimenta, o tomilho, o alecrim e o anis não apresentam evidência de eficácia na ansiedade e estresse.²⁰

A camomila e a valeriana têm evidência de eficácia contra a ansiedade, pelos seus efeitos sedativos e ansiolíticos. A **Valeriana**, apesar de não possuir evidência de teratogenicidade, é contra-indicada para gestantes. No entanto, pode ser utilizada caso o médico julgue ser a única opção possível, desde que bem acompanhada. Seu uso é mais benéfico que o de benzodiazepínicos, por exemplo.²¹ A **camomila** não é considerada segura em gestantes, pois tem atividade emenagoga e relaxante da musculatura lisa. Além disso, também pode provocar alergia.²²

19 Cf. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Memento Fitoterápico. Farmacopeia Brasileira... Op. cit.

20 KOKKINI, S.; KAROUSOU, R.; HANLIDOU, E. *HERBS. Herbs of the Labiatae.* In: CABALLERO, Benjamin. **Encyclopedia of Food Sciences and Nutrition**. 2 ed. Cambridge; Massachusetts: Academic Press, 2003, p. 3082-3090. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B012227055X005939>>.

21 TESCH, B. J. *Herbs commonly used by women: An evidence-based review.* **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 188, n. 5, p. supl. 44-55, 2003.

22 ARRUDA, J. T. et al. Efeito do extrato aquoso de camomila (*Chamomilla recutita* L.) na prenhez de ratas e no desenvolvimento dos filhotes. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v. 15, n. 1, p. 66-71, 2013; KAWAGUTI, Fabio Shiguehissa; KLUG, Wilmar Artur; FANG, Chia Bin; ORTIZ, Jorge Alberto; CAPELHUCNICK, Peretz. Constipação na gravidez. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 28, n. 1, p. 46-49, jan./mar. 2008. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802008000100007>>.

3. Distúrbios Gastrointestinais, Constipação e Flatulência

A síndrome do intestino irritável (SII) é uma condição médica comum que causa cólicas abdominais, inchaço, gases e diarreia ou constipação. Mulheres que já têm SII podem notar que seus sintomas pioram durante a gravidez. Alterações hormonais e estresse podem afetar significativamente os sintomas da SII. A constipação é o mais comum, estando presente principalmente até o 3º mês.²³

Seu tratamento pode ser feito com medicamentos não-fitoterápicos, medicamentos fitoterápicos e não medicamentoso. Na constipação, o tratamento não medicamentoso pode ser feito com o aumento do consumo de fibras, hidratação e redução da quantidade de corantes e aditivos nos alimentos. Já na flatulência deve-se identificar os alimentos que estão causando o sintoma e retirá-los ou reduzi-los na dieta, principalmente os que são à base de amido. O uso do tratamento medicamentoso não-fitoterápico deve ser evitado ao máximo.²⁴

Tabela 3: Tratamentos fitoterápicos mais empregados contra distúrbios gastrointestinais na gestação			
Espécie empregada	Segurança	Eficácia	Recomendação
Gengibre (<i>Zingiber officinale</i> Roscoe)	Sem efeito teratogênico-humanos.	Eficaz contra flatulência - 2 a 4g da droga vegetal ou extrato seco.	Utilizar, com acompanhamento. ²⁵
Senna (<i>Cassia senna</i>)	Contrações fortes.	Eficaz.	Não recomendado. ²⁶
Chá verde (<i>Camellia sinensis</i>),	Sem evidência de segurança.	Sem evidência de eficácia.	Não utilizar.
Hortelã-pimenta (<i>Mentha piperita</i> L.)	Sem efeito teratogênico-animal.	Eficaz como anti-flatulento.	Utilizar, com acompanhamento.
Anis (<i>Pimpinella anisum</i> L.)	Evidência de ser seguro.	Evidências de eficácia em combinação.	Não utilizar sem associação.

Chamomille (<i>Matricaria chamomilla</i> L.)	Não seguro-atividade emenagoga e relaxante da musculatura lisa.; Forte reação alérgica.	Evidência como antiespasmódico.	Não utilizar - contra-indicado. ²⁷
Canela (<i>Cinnamomum verum</i> J. Presl)	Abortivo.	Sem evidência.	Não utilizar.
Erva-doce (Foeniculum vulgare Mill.)	Pode causar reações alérgicas, contrações uterinas, aborto espontâneo ou trabalho de parto prematuro.	Sem evidência	Não utilizar

O gengibre não apresenta efeito teratogênico, portanto é considerado um fitoterápico seguro. Para tratar flatulência, o consumo de 2-4 g da droga vegetal ou o equivalente do princípio ativo no extrato seco pode ser utilizado.²⁸

A senna, apesar de ter eficácia comprovada, não é recomendada, visto que possui antraquinonas, gerando contrações fortes e diarreia.²⁹

O hortelã-pimenta não é teratogênico e é eficaz contra flatulências, portanto pode ser utilizado desde que não seja em forma de tintura ou óleo essencial.³⁰ Pode ser usado como chá, nas concentrações estabelecidas pela farmacopeia brasileira.

Um estudo associa o uso de anis, hortelã-pimenta e erva doce. Tal pesquisa confirma eficácia das três substâncias em conjunto. No entanto, não há pesquisa que confirme a eficácia do Anis isolado.³¹

A camomila não possui evidência de eficácia como antiespasmódico, contra a cólica. Em gestantes, não é considerada segura, pois tem atividade emenagoga e relaxante da musculatura lisa. Além disso, também pode provocar alergia.³²

27 Cf. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Memento Fitoterápico. Farmacopeia Brasileira... *Op. cit.*

28 Cf. *Ibidem.*

29 KOKKINI, S.; KAROUSOU, R.; HANLIDOU, E. *HERBS... Op. cit.*

30 Cf. LIU J. H.; CHEN, G. H.; YEH, H.Z.; HUANG, C. K.; POON, S. K. *Enteric-coated peppermint-oil capsules in the treatment of irritable bowel syndrome: a prospective, randomized trial.* Journal of Gastroenterology, v. 32, n. 6, p. 765-768, 1997.

31 Cf. PICON, P.; PICON, R. V.; COSTA, A. F.; SANDER, B. G. *Randomized clinical trial of a phytotherapeutic compound containing pimpinella anisum, foeniculum vulgare, sambucus nigra, and cassia augustifolia for chronic constipation.* BMC Complementary and Alternative Medicine, v. 10, n. 17, 2010.

32 ALI-SHTAYEH, M. S. *et al. Plants used during pregnancy, childbirth, postpartum and*

23 ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R.P.V. *Zugaib Obstetrícia... Op. cit.*

24 *Ibidem.*

25 Cf. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Memento Fitoterápico. Farmacopeia Brasileira... *Op. cit.*

26 Cf. *Ibidem.*

A canela, além de não possuir evidência de eficácia, é altamente abortiva, por isto seu uso não é recomendado para gestantes. A erva doce também não possui evidência de eficácia, além de poder causar reações alérgicas, contrações uterinas, aborto espontâneo ou trabalho de parto prematuro.³³

4. Edema

O edema é um sintoma normal da gravidez causado por fluxo de sangue e líquidos adicionais. O inchaço normal, também chamado de edema, ocorre nas mãos, rosto, pernas, tornozelos e pés. Essa retenção extra de fluido é necessária para amolecer o corpo, o que permite que ele se expanda à medida que o bebê se desenvolve.

Seu tratamento pode ser feito com medicamentos não-fitoterápicos (IECAs e outros diuréticos), tratamento não-medicamentoso, fazendo uso de drenagem linfática para reduzir retenção de líquidos, meias compressoras, escalonamento dos momentos do dia que a gestante permanece sentada ou deitada, redução da ingestão de sal, entre outros.³⁴

Espécie empregada	Segurança	Eficácia	Recomendação
Cúrcuma (<i>Curcuma longa</i> L.)	Seguro como alimento, mas não em doses terapêuticas.	Sem evidência.	Não utilizar.
Erva-doce (<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.)	Pode causar reações alérgicas, contrações uterinas, aborto espontâneo ou trabalho de parto prematuro.	Sem evidência.	Não utilizar.

A erva-doce, além de não possuir evidência de eficácia contra o edema, pode causar reações alérgicas, contrações uterinas, aborto espontâneo ou trabalho de parto prematuro.³⁵

infant healthcare in Palestine. Complementary Therapies in Clinical Practice, v. 21, n. 2, p. 84-93, maio 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.03.004>>.

33 Cf. GORRIL, L. E.; JACOMASSI, E.; MELLA, S. E. J.; DALSENTER, P. R.; GASPAROTTO, A. J.; LOURENÇO, E. L. B. **Riscos das plantas medicinais na gestação: uma revisão dos dados de acesso livre em língua portuguesa**, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5515>>.

34 Cf. ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R.P.V. **Zugaib Obstetria...** Op. cit.

35 Cf. GORRIL, L. E.; JACOMASSI, E.; MELLA, S. E. J.; DALSENTER, P. R.; GASPAROTTO, A. J.; LOURENÇO, E. L. B. **Riscos das plantas medicinais na gestação...** Op. cit.

5. Infecção do Trato Urinário (ITU)

As ITUs são mais comuns durante a gravidez devido a alterações no trato urinário. O útero se localiza diretamente em cima da bexiga e à medida que o útero cresce, seu aumento de peso pode bloquear a drenagem da urina da bexiga, causando uma infecção.³⁶

Seu tratamento pode ser feito com medicamentos não-fitoterápicos (IECAs, digitálicos, beta-bloqueadores, entre outros).³⁷

Espécie empregada	Segurança	Eficácia	Recomendação
Arando (<i>Vaccinium macrocarpon</i> L.)	Sem evidência de segurança.	Sem evidência.	Não recomendado.
Bearberry [uva-de-urso] <i>Uva ursi</i> (L.) Spreng.]	Potencial de toxicidade da hidroquinona no feto.	Eficaz.	Não recomendado.
Salsa [<i>Asclepias</i> (Mill.) Fuss]	Não seguro.	Sem evidência.	Não recomendado.
feno-grego (<i>Trigonella foenum-graecum</i> L.)	Grandes quantidades podem causar contrações uterinas, aborto espontâneo ou parto prematuro.	Eficaz.	Não recomendado.
Hortelã-pimenta (<i>Mentha piperita</i> L.)	Sem efeito teratogênico-animal.	Sem evidência-ansiedade.	Não utilizar. ³⁸
alecrim (<i>Rosmarinus officinalis</i> L.)	Pode ter efeitos de contração uterina se consumido em grandes quantidades. O óleo essencial aumenta a pressão sanguínea e pode potencialmente desencadear convulsões se você tiver epilepsia.	Sem evidência.	Não utilizar.
Salva (<i>Salvia officinalis</i> L.)	Estimulante uterino forte. Pode causar aborto ou parto prematuro, se usado antes das 37 semanas de gravidez. Grandes doses no trabalho de parto podem causar sofrimento fetal devido a contrações muito fortes.	Sem evidência.	Não utilizar.

36 REZENDE, J. **Obstetria**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

37 ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R.P.V. **Zugaib Obstetria...** Op. cit.

38 Cf. MILLS, E.; DUGOUA, J.-J.; PERRI, D.; KOREN, G.; SAUNDERS, P. R. **Herbal medicines in pregnancy and lactation. An evidence-based approach**. United Kingdom: Taylor & Francis Medical, 2006.

Nenhuma das plantas possui segurança o suficiente para ser recomendada.

A uva-do-urso possui um glicosídeo da hidroquinona, que, quando absorvida, libera in-loco (no local da infecção) a hidroquinona. No entanto, parte da hidroquinona pode cair na corrente sanguínea e atravessar a barreira crânio-encefálica, sendo potencialmente tóxica para o feto.³⁹

O feno-grego se provou eficaz contra ITUs, todavia em grandes quantidades pode causar contrações uterinas, aborto espontâneo ou parto prematuro.⁴⁰

O hortelã-pimenta não apresentou efeito teratogênico em testes em animais, mas não possui evidência de eficácia e, por conseguinte, não é recomendado no tratamento ou prevenção de ITUs em gestantes.⁴¹

6. Preparação, Facilitação e Indução do Trabalho de Parto

A indução do trabalho de parto em condições desfavoráveis do colo uterino é um procedimento difícil e demorado. A estimulação dos receptores de ocitocina facilita a ação da ocitocina exógena.

A preparação, facilitação ou indução do trabalho de parto são geralmente realizadas utilizando-se de ocitocina, prostaglandinas ou tratamento não-medicamentoso.⁴²

39 Cf. SPÉZIA F. P; SIEBERT D; TENFEN A, CORDOVA A. M. M; ALBERTON M. D; GUEDES A. Avaliação da atividade antibacteriana de plantas medicinais de uso popular: *Alternanthera brasiliana* (penicilina), *Plantago major* (tansagem), *Arctostaphylos uva-ursi* (uva-ursi) e *Phyllanthus niruri* (quebra-pedra). **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, 2020.

40 Cf. AL-SADDI N. H; AL-JUMAILY F. E; AL-RAWI M.A. *The antimicrobial activity of the fenu-greek seeds and corn silk extracts*. **Iraqi Journal of Biotechnology**, v. 8, n. 1, p. 457-464, 2009. Disponível em: <<https://www.iasj.net/iasj/download/02bf9ab837c397f3>>; OUFQUIR, S.; LAARADIA, M. A.; GABBAS, Z.E; BEZZA, K.; LAADRAOUI, J.; ABOUFATIMA, R.; SOKAR, Z.; CHAIT, A. *Trigonella foenum-graecum L. Sprouted Seed Extract: Its Chemical HPLC Analysis, Abortive Effect, and Neurodevelopmental Toxicity on Mice*. **Evidence-based Complementary and Alternative Medicine**, 2020. Disponível em: <<http://downloads.hindawi.com/journals/ecam/2020/1615794.pdf>>.

41 GOLALIPOUR, M.J., et al. Estudo de Embriotoxicidade de *Mentha piperita* L. Durante Organogênese em Ratinhos Balb/ c... *Op. cit.*; PEREIRA, R. S.; SUMITA, T. C.; FURLAN, M. R.; JORGE, A.O.C.; UENO, M. *Antibacterial activity of essential oils on microorganisms isolated from urinary tract infection*. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 326-328, 2004.

42 REZENDE, J. **Obstetria...** *Op. cit.*

Tabela 6: Tratamentos fitoterápicos mais empregados para preparação para o trabalho de parto

Espécie empregada	Segurança	Eficácia	Recomendação
Rooibos chá [<i>Aspalathus linearis</i> (Burm.f.) R. Dahlgren]	Sem evidências de segurança.	Sem evidências de eficácia.	Não utilizar.
Óleo de coco (<i>Coco nucifera</i> L.)	Sem evidências de segurança.	Sem evidências de eficácia.	Não utilizar.
Tamareira (<i>Phoenix dactylifera</i> L.)	Sem evidências de segurança.	Sem evidências de eficácia.	Não utilizar.
Botões dourados [<i>Matricaria aurea</i> (Loefl.) Sch. Bip.]	Sem evidências de segurança-alergia.	Sem evidências de eficácia.	Não utilizar.
Agrião (<i>Nasturtium officinale</i> WT Aiton)	Sem evidências de segurança.	Sem evidências de eficácia.	Não utilizar.
Alecrim (<i>Rosmarinus officinalis</i> L.)	Pode ter efeitos de contração uterina se consumido em grandes quantidades. O óleo essencial aumenta a pressão sanguínea e pode potencialmente desencadear convulsões se você tiver epilepsia.	Sem evidência.	Não utilizar.
Feno-grego (<i>Trigonella foenumgraecum</i>)	Causa parto prematuro.	Dose não exata.	Avaliar o uso.
Canela (<i>Cinnamomum verum</i> J. Presl)	Abortivo.	Sem segurança da dose eficaz.	Não utilizar.
Framboesa (<i>Rubus idaeus</i> L.)	Evidencia de ser seguro se tomada no trabalho de parto.	Eficaz na indução do parto.	Recomendado, com acompanhamento. ⁴³
Prímula (<i>Oenothera biennis</i> L.)	Sem evidências de segurança.	Sem evidências de eficácia.	Não utilizar.

43 WESTFALL, Rachel Emma et al. *Galactagogue herbs: a qualitative study and review*. **Canadian Journal of Midwifery Research and Practice**, v. 2, n. 2, p. 22-27, 2003.

O feno-grego é eficaz na indução do parto, mas não se sabe a dose exata que pode ser usada. Seu uso é recomendado, desde que supervisionado por profissionais, sempre avaliando o risco.⁴⁴

A **canela**, apesar de ser abortiva em seu uso no primeiro trimestre, não tem eficácia na indução do parto.⁴⁵

A **framboesa** tem evidencia de segurança e evidencia na indução do parto. Também se sabe qual é a dose correta.⁴⁶

7. Produção e Secreção de Leite

A lactação descreve a secreção de leite das glândulas mamárias e o período de tempo em que uma mãe amamenta para alimentar seus filhotes. Galactopoiese é a manutenção da produção de leite. Esta fase requer prolactina. A ocitocina é fundamental para o reflexo de desidratação do leite em resposta à sucção.

O auxílio à produção e secreção de leite materno é geralmente realizado utilizando-se de ocitocina, prostaglandinas ou tratamento não-medicamentoso.⁴⁷

Tabela 7: Plantas que podem ser utilizadas para melhora da produção e secreção de leite.⁴⁸

Planta medicinal/fitoterápico	Recomendação
Anis (<i>Pimpinella anisum</i>)	É uma erva digestiva que ajuda a dissipar gases e reviver indigestão e náusea, além de aumentar o fluxo de leite. É utilizado em combinação com sementes de funcho e cominho em condições dispépticas.
Cardo abençoado (<i>Cnicus benedictus</i>)	É uma erva tônica amarga usada em chás e tintura de galatogogue.
Rua da cabra (<i>Galega officinalis</i>)	Usada como galatogogo.
Erva-doce (<i>Foeniculum vulgare</i>)	Usada como galatogogo.

44 Cf. OUFQUIR, S.; LAARADIA, M. A.; GABBAS, Z. E.; BEZZA, K.; LAADRAOUI, J.; ABOUFATIMA, R.; SOKAR, Z.; CHAIT, A. *Trigonella foenum-graecum L. Sprouted Seed Extract...* Op. cit.

45 Cf. GORRIL, L. E.; JACOMASSI, E.; MELLA, S. E. J.; DALSENTER, P. R.; GASPAROTTO, A. J.; LOURENÇO, E. L. B. **Riscos das plantas medicinais na gestação...** Op. cit.

46 WESTFALL, Rachel Emma et al. *Galactagogue herbs...* Op. cit.

47 Cf. ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R.P.V. **Zugaib Obstetrícia...** Op. cit.

48 Cf. SHINDE, P.; PANKAJ, P.; VINOD, B.; *Herbs in Pregnancy and Lactation: A Review Appraisal. International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, v. 3, n. 9, p. 3001-3006, 2012.

Feno-grego (<i>Trigonella foenum-graecum</i>)	Usado para ajudar a aumentar o suprimento de leite materno, é uma ajuda para aliviar a digestão e efetivamente diminuir o colesterol e glicemia.
Cardo de leite (<i>Silybum marianum</i>)	Usado como galatogogue.
Aveia (<i>Avena sativa</i>)	A aveia é uma boa erva de suporte para nutrir mulheres que amamentam.
Framboesa vermelha (<i>Rubus idaeus</i>)	Útil para uma boa produção de leite e para fortalecer o pós-parto e mulheres amamentando.
Camomila	Pode ser usada, pois é anti-flatulento e espasmolítico.

O anis, por ter atividade anti-flatulência, ajuda nas condições dispépticas da criança. Cardo-abençoado, erva-doce, cardo de leite e rua de cabra têm ação galactogoga. O cardo de leite também possui efeito hepatoprotetor. O feno-grego também possui ação galactogoga, além de contribuir para a digestão e efetivamente diminuir o colesterol e glicemia. A aveia é altamente nutritiva. A framboesa é galactogoga e fortalece a mulher no período pós-parto. A Camomila pode ser utilizada e tem efeito espasmolítico e anti-flatulento. No entanto, pode causar alergia na mãe e no lactente.⁴⁹

Tabela 8: Plantas que NÃO podem ser utilizadas para melhora da produção e secreção de leite.⁵⁰

Planta medicinal/fitoterápico	Razão para evitar na Lactação
Amieiro espinheiro (<i>Rhamnus frangula</i>)	Intimamente relacionado ao purgativo cascara sagrada, irritante intestinal laxante, glicosídeos de antraquinonas excretados no leite materno.
Alkanet (<i>Alkanna tinctoria</i>)	Alcalóides pirrolizidínicos hepatotóxicos secretados no leite materno.
Manjeriço (<i>Ocimum basilicum</i>)	Possível efeito mutagênico do óleo essencial.
Uva-ursina (<i>Arctostaphylos Urv ursi</i>)	Hidroquinona hepatotóxica potencial secretada no leite materno.
Aloe (<i>Aloe barbedensis</i>)	Purgativo, glicosídeos de antraquinonas excretados no leite materno.
Cohosh preto (<i>Cimifugia racemosa</i>)	Irritante do trato digestivo pode causar irritação digestiva no bebê.
Bexiga (<i>Fucus vesiculosus</i>)	Altos níveis de iodo e possível contaminação por metais pesados.
Borage (<i>Borago officinalis</i>)	Alcalóides pirrolozidínicos hepatotóxicos excretados no leite materno.

49 Cf. *Ibidem*.

50 Cf. *Ibidem*.

Butterbur (<i>Petasites hybridus</i>)	Alcalóides de pirrolozidina hepatotóxicos excretados no leite materno.
Cascara sagrada (<i>Rhamnus purshiana</i>)	Purgante, irritante intestinal laxante, antraquinonas excretadas no leite materno.
(<i>Larrea tridentado</i>)	Toxicidade potencial para o bebê.
Chaparral Coltsfoot (<i>Tussilago farfara</i>)	Alcalóides de pirrolozidina hepatotóxicos excretados no leite materno.
Elecampane (<i>Imula helenium</i>)	Toxicidade potencial para o bebê.
Madder (<i>Rubia tinjido</i> L.)	Intimamente relacionado ao purgativo cascara sagrada, irritante intestinal laxante, glicosídeos de antraquinonas excretados no leite materno.
Confrei (<i>Symphytum officinale</i>)	Alcalóides de pirrolozidina hepatotóxicos excretados no leite materno.
Angelica sinensis)	Contém compostos estrogênicos.
Efedrina (<i>Ephedra sinica</i>)	Estimulantes excretados no leite materno.
Goldenseal (<i>Hydrastis canadensis</i>)	Pode aumentar os níveis de bilirrubina infantil.
Guaraná (<i>Paullinia cupana</i>)	Estimulantes secretados no leite materno.
Kava Kava (<i>Piper methysticum</i>)	Possível passagem de pironas para o leite materno, depressor do sistema nervoso central.
Folha de Senna (Cassia Spp.)	Antraquinonas genotóxicas excretadas no leite materno.

A cascara sagrada, Madder e Senna possuem antraquinonas, que são excretadas no leite e causam diarreia no lactente. A confrei, pouco consumida como medicamento e muito consumida como alimento, possui alcaloides pirrolozidínicos, que são excretadas no leite materno e tem efeito hepatotóxico na criança. A aloe não deve ser consumida devido ao efeito laxante. O manjeriço, em forma de óleo essencial, é contraindicado devido ao efeito mutagênico. Pode ser usado na forma natural em alimentos. O guaraná é estimulante e pode ser excretado no leite materno, causando agitação do lactente. O Kava Kava possui pironas, que se atravessam a barreira hemato-encefalica, causam depressão do SNC.⁵¹

Referências:

AL-SADDI N. H.; AL-JUMAILY F. E.; AL-RAWI M.A. *The antimicrobial activity of the fenu-greek seeds and corn silk extracts*. **Iraqi Journal of Biotechnology**, v. 8, n. 1, p. 457-464, 2009. Disponível em: <<https://www.iasj.net/iasj/download/02b9ab837c397f3>>.

ALI-SHTAYEH, M. S. et al. *Plants used during pregnancy, childbirth, postpartum and infant healthcare in Palestine*. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 21, n. 2, p. 84-93, maio 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.03.004>>.

ANITA, N.; SARTINI; ALAM, G. *Ginger candy (Zingiber officinale) reduces the frequency of vomiting of first-trimester pregnant women with emesis gravidarum*. **Enfermería Clínica**, v. 30, Suppl. 4, p. 536-538, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.03.014>>.

ARRUDA, J. T. et al. Efeito do extrato aquoso de camomila (*Chamomilla recutita* L.) na prenhez de ratas e no desenvolvimento dos filhotes. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v. 15, n. 1, p. 66-71, 2013

BEBITOGLU, B. T; *Frequently Used Herbal Teas During Pregnancy-Short Update*. **Medeniyet Medical Journal**, v. 35, n. 1, p. 55, 2020

BORRELLI, F., et al. *Effectiveness and safety of ginger in the treatment of pregnancy-induced nausea and vomiting*. **Obstetrics & Gynecology**, v. 105, n. 4, p. 849-856, 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Memento Fitoterápico**. Farmacopeia Brasileira. 1 ed. Brasília: ANVISA, 2016b. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/memento-fitoterapico/memento-fitoterapico.pdf/view>>. Acesso em: 22 set. 2017.

BRUNO, LUCIANA O., et al. *Pregnancy and herbal medicines: An unnecessary risk for women's health - A narrative review*. **Phytotherapy Research**, v. 32, n. 5, p. 796-810, 2018.

BUCKLE, Jane. *Nausea and Vomiting*. In: BUCKLE, Jane. **Clinical Aromatherapy**. 3 ed. London: Churchill Livingstone, 2015, p. 182-194. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-5440-2.00009-7>>.

EL HAJJ, M.; HOLST, L. *Herbal Medicine Use During Pregnancy: A Review of the Literature With a Special Focus on Sub-Saharan Africa*. **Frontiers in Pharmacology**, v. 11, n. 866, 2020

GOLALIPOUR, M. J., et al. Estudo de Embriotoxicidade de Mentha pi-perita L. Durante Organogênese em Ratinhos Balb/ c. **International Journal of Morphology**, v. 29, n. 3, p. 862-867, 2011.

GORRIL, L. E.; JACOMASSI, E.; MELLA, S. E. J.; DALSENTER, P. R.; GASPAROTTO, A. J.; LOURENÇO, E. L. B. **Riscos das plantas medicinais na gestação: uma revisão dos dados de acesso livre em língua portuguesa**, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5515>>.

ILLAMOLA, SÍLVIA M., et al. Use of Herbal Medicine by Pregnant Women: What Physicians Need to Know. **Frontiers in Pharmacology**, v. 10, n. 1483, 2019.

KAWAGUTI, Fabio Shiguehissa; KLUG, Wilmar Artur; FANG, Chia Bin; ORTIZ, Jorge Alberto; CAPELHUCNICK, Peretz. Constipação na gravidez. **Revista Brasileira**

51 Cf. SHINDE, P.; PANKAJ, P.; VINOD, B.; *Herbs in Pregnancy and Lactation... Op. cit.*

de Coloproctologia, v. 28, n. 1, p. 46-49, jan./mar. 2008. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802008000100007>>.

KENNEDY, D. A., *et al.* *Safety classification of herbal medicines used in pregnancy in a multinational study.* **BMC complementary and Alternative Medicine**, v. 16.1, n. 102, 2016.

KOKKINI, S.; KAROUSOU, R.; HANLIDOU, E. *HERBS. Herbs of the Labiatae.* In: CABALLERO, Benjamin. **Encyclopedia of Food Sciences and Nutrition**. 2 ed. Cambridge; Massachusetts: Academic Press, 2003, p. 3082-3090. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B012227055X005939>>.

LIU J. H.; CHEN, G. H.; YEH, H.Z.; HUANG, C. K.; POON, S. K. *Enteric-coated peppermint-oil capsules in the treatment of irritable bowel syndrome: a prospective, randomized trial.* *Journal of Gastroenterology*, v. 32, n. 6, p. 765-768, 1997.

AHMED, M.; HWANG, J. H.; CHOI, S.; HAN, D. *Safety classification of herbal medicines used among pregnant women in Asian countries: a systematic review.* **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 17, n. 1, p. 489, 14 Nov. 2017.

MEHER, S.; DULEY, L. *Garlic for preventing pre-eclampsia and its complications.* **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 6, 2006.

MILLS, E.; DUGOUA, J.-J.; PERRI, D.; KOREN, G., SAUNDERS, P. R. **Herbal medicines in pregnancy and lactation. An evidence-based approach.** United Kingdom: Taylor & Francis Medical, 2006.

OUFQUIR, S.; LAARADIA, M. A.; GABBAS, Z.E; BEZZA, K.; LAADRAOUI, J.; ABOUFATIMA, R.; SOKAR, Z.; CHAIT, A. *Trigonella foenum-graecum L. Sprouted Seed Extract: Its Chemical HPLC Analysis, Abortive Effect, and Neurodevelopmental Toxicity on Mice.* **Evidence-based Complementary and Alternative Medicine**, 2020. Disponível em: <<http://downloads.hindawi.com/journals/ecam/2020/1615794.pdf>>.

PASHA, H.; BEHMANESH, F.; MOHSENZADEH, F.; HAJAHMADI, M.; MOGHADAMNIA, A.A. *Study of the effect of mint oil on nausea and vomiting during pregnancy,* **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 14, n. 11, p. 727-730, 2012.

PEREIRA, R. S.; SUMITA, T. C.; FURLAN, M. R.; JORGE, A.O.C.; UENO, M. *Antibacterial activity of essential oils on microorganisms isolated from urinary tract infection.* **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 326-328, 2004.

PICON, P.; PICON, R. V.; COSTA, A. F.; SANDER, B. G. *Randomized clinical trial of a phytotherapeutic compound containing pimpinella anisum, foeniculum vulgare, sambucus nigra, and cassia augustifolia for chronic constipation.* **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 10, n. 17, 2010.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SHINDE, P.; PANKAJ, P.; VINOD, B.; *Herbs in Pregnancy and Lactation: A Review*

Appraisal. International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research, v. 3, n. 9, p. 3001-3006, 2012.

SPÉZIA F. P; SIEBERT D; TENFEN A, CORDOVA A. M. M; ALBERTON M. D; GUEDES A. *Avaliação da atividade antibacteriana de plantas medicinais de uso popular: Alternanthera brasiliana (penicilina), Plantago ma-jor (tansagem), Arctostaphylos uva-ursi (uva-ursi) e Phyllanthus niruri (quebra-pedra).* **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, 2020.

TESCH, B. J. *Herbs commonly used by women: An evidence-based review.* **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 188, n. 5, p. supl. 44-55, 2003.

WESTFALL, Rachel Emma *et al.* *Galactagogue herbs: a qualitative study and review.* **Canadian Journal of Midwifery Research and Practice**, v. 2, n. 2, p. 22-27, 2003.

ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. **Zugaib Obstetrícia**, 2016.



(27) 3376-0363



facebook.com/EditoraMilfontes



[@editoramilfontes](https://instagram.com/editoramilfontes)

Conheça mais sobre a Editora Milfontes. Acesse nosso site e descubra as novidades que preparamos para Você.
Editora Milfontes, a cada livro uma nova descoberta!



Este impresso foi composto utilizando-se a família tipográfica
Minion Pro.

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada
a fonte e que não seja para qualquer fim comercial.



EDITORA MILFONTES

2020