

TÓPICOS ATUAIS EM SAÚDE

VANESSA GUBERT
(ORGANIZADORA)



TÓPICOS ATUAIS EM SAÚDE

VANESSA GUBERT
(ORGANIZADORA)



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Diagramação: Bruno Oliveira
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Vanessa Gubert

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P959 Tópicos atuais em saúde / Organizadora Vanessa Gubert. -
Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0429-3

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.293220509>

1. Saúde. I. Gubert, Vanessa (Organizadora). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

Trata-se de um livro de divulgação científica, composto por artigos de diversos autores, com edição da Atena Editora.

A idéia deste livro veio como oportunidade para pesquisadores iniciantes publicarem os resultados de trabalhos acadêmicos em geral.

Por este motivo, o livro aborda desde metodologia de ensino, triagem de doenças importantes, caracterização do uso de medicamentos, adesão a vacinação, eficácia e controle de qualidade de produtos de tratamento, reabilitação de pacientes e implantação de serviços.

Espero que gostem.

Um abraço,

Vanessa Gubert
@vanessa_gubert

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

APRENDENDO A SER NOS PROCESSOS EDUCACIONAIS NA SAÚDE

Analice Cristhian Flavio Quintanilha
Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso
Leonardo Guirão Junior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205091>

CAPÍTULO 2..... 10

SEGURANÇA DO PACIENTE: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Analice Cristhian Flavio Quintanilha
Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso
Antônio Tadeu Fernandes
Thalita Gomes do Carmo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205092>

CAPÍTULO 3..... 22

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Letícia Lemes de Souza
Davi Campos La Gatta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205093>

CAPÍTULO 4..... 51

CONDIÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA

Juliana Fernandes
Louise Suzy Mendes Matricardi
Matheus Rodrigues Ramirez da Silva
Anniélly de Arruda Scherer
Ariel Marcos da Silva
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal
Aline Regina Hellmann Carollo
Jesus Rafael Rodriguez Amado
Nájla Mohamad Kassab
Maria Angélica Marcheti
Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso
Teófilo Fernando Mazon Cardoso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205094>

CAPÍTULO 5..... 68

TRIAGEM PARA DIABETES EM INDIVÍDUOS ASSISTIDOS PELA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Denise Caroline Luiz Soares Basilio
Rafael Precoma Gomes
Camila Guimarães Polisel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205095>

CAPÍTULO 6..... 83

ADESÃO DA VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO EM ADOLESCENTES NO BRASIL

Priscila Torres França
Mayra Duarte Martello
Rosemary Matias
Larissa Zatorre Almeida Lugo
Amanda Rodrigues Ganassin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205096>

CAPÍTULO 7..... 99

A ATUAÇÃO DA VITAMINA D E SEUS ANÁLOGOS NO CARCINOMA ESPINOCELULAR ORAL

Melquisedeque Monteiro
Lais Sousa Nascimento
Larissa Zatorre Almeida Lugo
Rosemary Matias
Amanda Rodrigues Ganassin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205097>

CAPÍTULO 8..... 111

REABILITAÇÃO FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À ATROPLASTIA TOTAL DE JOELHO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Mariana Bogoni Budib
Kamylla Krsthine da Rocha Menezes
Karina Ayumi Martins Utida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205098>

CAPÍTULO 9..... 121

BENEFÍCIOS DA HIDROGINÁSTICA PARA OS IDOSOS

Juliana Cardoso Lopes
Adriana Valadão
Elisangela Azambuja L. Voigtlander

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2932205099>

CAPÍTULO 10..... 131

PERFIL FARMACOEPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS RESIDENTES NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Amanda Lopes Barbosa
Ingrid De Souza Amorim
Karla De Toledo Candido Muller
Marla Ribeiro Arima Miranda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050910>

CAPÍTULO 11..... 142

PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE PACIENTES ATENDIDOS PELO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE EM HUMANIDADES MÉDICAS DE UNIVERSIDADE PARTICULAR DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE- MS

Bruna Rayane Meireles da Silva

Laura Beatriz Bottaro

Karla de Toledo Candido Muller

Marla Ribeiro Arima Miranda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050911>

CAPÍTULO 12..... 154

SÍFILIS CONGÊNITA: A EPIDEMIA DO BRASIL

Elisaine Viana Recalde

Mariane dos Santos Oliveira

Larissa Zatorre Almeida Lugo

Rosemary Matias

Amanda Rodrigues Ganassin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050912>

CAPÍTULO 13..... 177

DENGUE: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DE UMA EPIDEMIA

Analice Cristhian Flavio Quintanilha

Ellen Cristina Gaetti Jardim

Marcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro

Marisa Dias Rolan Loureiro

Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050913>

CAPÍTULO 14..... 184

O USO DE BIOESTIMULADORES DE COLÁGENO NO REJUVENESCIMENTO FACIAL

Ana Carolina Fedatto

Larissa Zatorre Almeida Lugo

Rosemary Matias

Amanda Rodrigues Ganassin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050914>

CAPÍTULO 15..... 202

USO DE PARABENOS EM COSMÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER DE MAMA

Felipe Rodrigues de Miranda Sales

Mayra Duarte Martello

Larissa Zatorre Almeida Lugo

Amanda Rodrigues Ganassin

Rosemary Matias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050915>

CAPÍTULO 16.....217

**CONTROLE DE QUALIDADE FÍSICO-QUÍMICO DE INSUMO FARMACÊUTICO ATIVO
PROVENIENTE DE FARMÁCIA MAGISTRAL**

Alexandre Santos Maia
Rubia Adrieli Sversut
Nájla Mohamad Kassab
Aline Regina Hellmann Carollo
Teófilo Fernando Mazon Cardoso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050916>

CAPÍTULO 17.....248

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE FÍSICO-QUÍMICA DA MATÉRIA-PRIMA E DE
COMPRIMIDOS DE IVERMECTINA**

Alicia Victória Costa Torales
Aparecida Barbosa De Araujo Da Cruz
Gleyce Arantes Franco
Karla de Toledo C. Muller
Marla Ribeiro Arima Miranda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.29322050917>

ANEXOS262

SOBRE A ORGANIZADORA.....264

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Data de aceite: 01/04/2022

Letícia Lemes de Souza

Davi Campos La Gatta

RESUMO: A dependência química é uma doença crônica de grande impacto na saúde pública. Neste contexto, a intervenção farmacológica é usada para amenizar a síndrome da abstinência e para evitar recaídas. Contudo, a baixa adesão ao tratamento farmacológico é um ponto marcante da terapêutica que resulta em piora do quadro clínico. Analisando os tipos de substâncias que causam dependência e a alta probabilidade de ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas, evidencia-se a necessidade de monitoramento constante da terapia medicamentosa desses pacientes. O serviço clínico do farmacêutico é indispensável para identificar problemas relacionados a medicamentos, minimizar possíveis riscos e otimizar a farmacoterapia, impactando diretamente na adesão. O objetivo do trabalho é propor um instrumento de consulta e acompanhamento farmacêutico baseado em dados da literatura relativos ao perfil sociodemográfico dos pacientes dependentes químicos, drogas de abuso utilizadas, farmacoterapia para abstinência e recaídas, bem como problemas relacionados aos medicamentos instituídos. A partir dessa revisão será

elaborado um plano de acompanhamento farmacoterapêutico que atenda às necessidades de adesão e cuidado com os pacientes dependentes químicos que fazem tratamento farmacológico. Espera-se com esse projeto ampliar o serviço de assistência farmacêutica ao dependente químico e padronizar um instrumento de consulta farmacêutica de impacto positivo na adesão ao tratamento e na qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Dependência química. Saúde pública. Cuidado farmacêutico. Farmácia clínica.

ABSTRACT: Drug addiction is a chronic disease with a great impact on public health. In this context, pharmacological intervention is used to alleviate the withdrawal syndrome and to prevent relapses. However, poor adherence to pharmacological treatment is a hallmark of therapy that results in worsening of the clinical picture. Analyzing the types of substances that cause addiction and the high probability of drug interactions and adverse events, the need for constant follow up of drug therapy in these patients is evident. The pharmacists clinical service is essential to identify drug-related problems, minimize possible risks and optimize pharmacotherapy, directly impacting adherence. The objective of this work is to propose an instrument for consultation and pharmaceutical follow-up based on data from literature related to sociodemographic profile of drug addicts, substances of

abuse used, pharmacotherapy for withdrawal and relapses, as well as problems related to the prescribed medications. From this review, a pharmacotherapeutic follow-up plan will be elaborated that gathers adherence and care needs of drug-dependent patients undergoing pharmacological treatment. This project is expected to expand the pharmaceutical care service to drug addicted patients and standardize a pharmaceutical consultation tool with a positive impact on treatment adherence and on the quality of life of patients.

KEYWORDS: Chemical dependency. Public health. Pharmaceutical care. Clinical pharmacy.

1 | INTRODUÇÃO

A dependência química é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma doença crônica caracterizada por um comportamento compulsivo de busca e consumo de drogas (FIDALGO, NETO e SILVEIRA, 2012).

A neurobiologia da doença é caracterizada pela dependência fisiológica de uma substância, envolvendo a dessensibilização de receptores e tolerância. Deste modo, desenvolve-se a necessidade de consumo de quantidades cada vez maiores de uma droga para atingir o efeito obtido inicialmente. A interrupção abrupta do uso leva a episódios de síndrome de abstinência – que se caracteriza pela ocorrência de sinais físicos e psíquicos ocasionados pela falta da droga. Os sinais e sintomas da abstinência variam de acordo com a substância utilizada abrangendo manifestações como náuseas, vômitos, agitação, ansiedade, delírios, alucinações, hipertensão, taquicardia, tremores e até mesmo comportamento pró-depressivo (FIDALGO, NETO e SILVEIRA, 2012).

Uma característica comum das substâncias psicoativas com potencial para dependência é a ativação do sistema mesolímbico cerebral. As projeções neurais do mesencéfalo para o núcleo accumbens levam à liberação de dopamina nesta área, proporcionando a sensação de prazer, favorecendo um reforço positivo ao uso dessas substâncias (FIDALGO, NETO e SILVEIRA, 2012).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-V-TR) define a adicção como um aprendizado mal adaptativo, que leva ao consumo compulsivo e recorrente de substâncias, culminando em prejuízo pessoal significativo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Apesar de não haver uma linearidade entre os fatores que separam o uso ocasional do uso compulsivo, sabe-se que essa mudança inclui o ambiente que o indivíduo está inserido e a relação que esse ambiente exprime sobre o uso de drogas.

Segundo o Relatório Mundial Sobre Drogas, estima-se que 5,5% da população mundial entre 15 a 64 anos faça consumo de drogas, o que equivale a 271 milhões de usuários no mundo. Ainda segundo o relatório, cerca de 35 milhões de pessoas sofrem com transtornos relacionados ao uso de drogas, sendo que apenas uma em cada sete recebe tratamento (UNODC, 2021).

No Brasil, uma pesquisa feita para o Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas

pela População Brasileira, revelou que 17,8 milhões de brasileiros, entre 12 e 65 anos fazem consumo de álcool ou tabaco e cerca de 3,9 milhões de indivíduos usam álcool ou pelo menos uma substância ilícita (BASTOS, et al., 2017).

Estudos mostram que a população usuária de drogas, independente do padrão de uso, é prevalentemente afetada por infecções sexualmente transmissíveis (IST), pelo HIV/Aids e por hepatites virais, seja por risco de exposição sexual sem preservativo ou por compartilhar objetos destinados ao uso de drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Além disso, comorbidades e transtornos psiquiátricos como transtornos de humor, tais como a depressão; transtorno psicótico; ansiedade; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), afetam esses usuários aumentando a fragilidade e a dificuldade da adesão (KNEVITZ e BUCCINI, 2018).

A intervenção farmacológica é utilizada para reduzir a síndrome da abstinência e também para evitar recaídas. A presença do profissional farmacêutico é indispensável para melhorar a qualidade de vida do paciente durante o tratamento. A avaliação da farmacoterapia feita pelo farmacêutico evita as interações medicamentosas e a orientação sobre o uso correto da medicação minimiza erros inerentes ao uso do medicamento, as crises de abstinência e de efeito rebote que as medicações utilizadas podem ocasionar, caso tenham interrupção abrupta ou superdosagens (JESUS, SANGOI, TASCHETTO et al., 2014).

Um exemplo de terapia medicamentosa para dependência química é o tratamento farmacológico do etilismo, que engloba medicamentos para desintoxicação, estabilização e tratamento da abstinência. Os fármacos utilizados no tratamento são benzodiazepínicos, dissulfiram, naltrexona e acamprosato (KNEVITZ e BUCCINI, 2017). Para cada uma dessas substâncias existe o risco de interações medicamentosas, contra-indicações e reações adversas que precisam ser monitoradas em cada caso. Assim, existe a necessidade de monitoramento contínuo do paciente, por profissionais da saúde, em especial o farmacêutico, para aumentar a adesão à terapia instituída

A OMS define a adesão da terapia em longo prazo como grau de correspondência do paciente com as recomendações terapêuticas, no que se refere à ingestão de medicamentos ou mudança de outros hábitos de vida (LIBERATO, SOUZA, GOMES, et al, 2014).

Boas taxas de adesão estão associadas ao maior conhecimento pelo paciente do seu processo saúde-doença (GIMENES, ZANETTI e HASS, 2009). Dentre as estratégias para melhorar a adesão estão ações como uso de monoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, intervenções comportamentais e encorajamento da terapia (VAN DALEM, et al., 2012).

A adesão ao tratamento da dependência química vem se mostrando um grande desafio ao longo dos anos (SCADUTO e BARBIERI, 2017). Uma pesquisa qualitativa e exploratória, realizada com profissionais de saúde com o objetivo de identificar os fatores que interferem na adesão, identificou fatores intrínsecos e extrínsecos ao usuário. Como

fatores intrínsecos foram descritos a motivação, o uso da medicação e o tipo da substância pela qual o usuário é dependente. Os fatores extrínsecos correspondem às influências familiares, socioeconômicas e dos serviços de saúde (FERREIRA, BORBA e CAPISTRANO, 2015).

Segundo o Conselho Federal de Farmácia, a prática de orientação farmacêutica no tratamento da dependência química é de grande importância para minimizar os PRMs (problemas relacionados a medicamentos), pois visa prevenir resultados negativos da terapia medicamentosa (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2010).

Tradicionalmente, o trabalho farmacêutico nas unidades de saúde era limitado à dispensação de medicamentos, com pouca participação no cuidado com o usuário. Contudo, o entendimento da dimensão da atuação farmacêutica possibilitou um redesenho desses serviços oferecidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O cuidado farmacêutico é definido como uma prática farmacêutica de ação integrada com a equipe de saúde, centrada no paciente para promover, proteger, e recuperar a saúde, prevenindo agravos de PRM. O objetivo final é a educação em saúde e promoção do uso racional de medicamentos por meio de serviços farmacêuticos clínicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Os serviços do farmacêutico clínico compreendem ações de assistência, orientação e acompanhamento individual dos pacientes, junto com a equipe multidisciplinar. Incluem dispensação, orientação terapêutica, conciliação de medicamentos, prevenção de agravos causados pela farmacoterapia e gerenciamento integrado de toda a terapia farmacológica (ARAÚJO, PALHÃO, SILVA, et al., 2017).

No município de Campo Grande, o atendimento à dependentes químicos é realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III), que apesar de contar com a presença de profissional farmacêutico, a disponibilização do serviço farmacêutico ainda é limitado à dispensação. Ademais, o próprio CRF admite em nota, que o serviço farmacêutico ainda é subutilizado nas redes de assistência aos pacientes com dependência química, e pouco se tem feito nos últimos anos para ampliar o papel do profissional farmacêutico no serviço prestado a estes pacientes.

Nesse contexto, esse trabalho vem reforçar a necessidade de atualização constante das abordagens e intervenções farmacêuticas visando aumentar a adesão ao tratamento para dependência química e por consequência a qualidade de vida do paciente, considerando que essa doença é um problema de saúde pública mundial que afeta diariamente milhões de indivíduos.

O serviço farmacêutico clínico é importante uma vez que o tratamento da dependência química está relacionado a potenciais PRM's, tais como contra-indicações, reações adversas e interações medicamentosas. Visto que o farmacêutico é o profissional habilitado a analisar, identificar e desenvolver estratégias para corrigir estes potenciais PRM's dentro da equipe multidisciplinar, é imprescindível a ampliação do serviço farmacêutico prestado à

pacientes com dependência química, objetivando a otimização do tratamento.

Assim, o objetivo deste trabalho foi propor a implementação de serviços farmacêuticos clínicos para acompanhamento de pacientes com dependência química por meio de instrumentos de consulta farmacêutica.

2 | METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa, período e local

Este estudo consiste em uma revisão de literatura sobre “drogas com potencial de abuso” e a “importância do profissional farmacêutico no acompanhamento de dependentes químicos”.

2.2 Coleta de dados

O levantamento de dados foi realizado através da revisão da literatura, analisando na bibliografia o perfil de pacientes dependentes químicos (sexo, idade, estado civil, ocupação, grau de escolaridade, tipo de drogas que fez ou faz uso, medicamentos que faz uso).

Não houve exigência relacionada ao artigo de revisão de literatura e ano de publicação dos artigos. Foram incluídos artigos na íntegra com textos em português, espanhol e inglês que abordassem o tema proposto no trabalho. As coletas de informações de estudos anteriores publicados foram selecionadas e utilizadas para buscar responder às questões sobre o assunto proposto.

As pesquisas dos artigos foram feitas a partir dos bancos de dados online SciELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed e Google Scholar, de setembro a novembro de 2021. Os termos utilizados foram: dependência química, adicção, perfil sociodemográfico de usuários de drogas, cocaína, crack, cocaetileno, maconha, THC, heroína, farmacologia de psicoativos, marcadores bioquímicos, tratamento da dependência química, marcadores clínicos, reações adversas, farmacodependência.

2.3 Análise dos dados

A partir das análises da literatura, será elaborado um plano de acompanhamento farmacoterapêutico que atenda às necessidades reais de adesão ao tratamento para os pacientes com dependência química. Nesse plano conterão possíveis intervenções farmacêuticas relacionadas ao uso racional do medicamento, interações medicamentosas, compatibilidade de soluções, sugestões de possíveis substituições de medicamentos, orientações quanto à administração, efeitos colaterais e reações adversas e outras informações consideradas úteis para a otimização da farmacoterapia que será aplicada ao paciente atendido.

3 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Epidemiologia

De acordo com o relatório mundial sobre o uso de drogas, cerca de 275 milhões de pessoas fizeram uso de drogas no último ano e destes usuários, cerca de 36 milhões sofreram transtornos associados ao uso de drogas. No relatório consta que a porcentagem de jovens usuários de maconha aumentou cerca de 4 vezes nos últimos 24 anos e cerca de 40% dos adolescentes passaram a enxergar a droga como não prejudicial, apesar de estudos comprovarem o oposto para usuários de longo prazo. Pesquisas feitas com profissionais da saúde indicam que o uso de *cannabis* aumentou 42% durante a *pandemia* (UNODC, 2021).

Globalmente, existe a estimativa que 11 milhões de pessoas façam uso de drogas injetáveis e metade desses usuários vivem com hepatite C. Os opióides seguem sendo a maior causa de doenças transmitidas pelo compartilhamento de seringas e agulhas destinadas ao uso de drogas. Nos últimos 20 anos o acesso a opióides farmacêuticos destinados ao tratamento da dependência como a metadona e a buprenorfina, tem se tornado cada vez mais fácil (UNODC, 2021).

De acordo com dados da literatura, a maioria dos dependentes químicos são homens, na faixa de 25 a 35 anos, solteiros ou divorciados, de baixa escolaridade, sendo que mais de 50% cursaram apenas o ensino fundamental. A maioria não possui emprego formal e possui baixa renda. Além disso, os usuários fazem uso de múltiplas drogas, associam comumente crack, cocaína e maconha. Os dependentes apresentam um perfil de consumo compulsivo com comprometimento físico e social (OLIVEIRA, NAPPO, 2008; SILVA LIMA, RUAS, 2020; RANDHAWA, BRAR, KUMARI et al., 2020).

Uma análise do uso de medicamentos por pacientes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) evidenciou que usuários do CAPS AD apresentaram em média, prescrições com maior número de fármacos (4.08), sendo que o valor máximo de medicamentos prescritos foi de até 7 drogas. Dos usuários do CAPS AD 28,6 a 28,9% relataram uso errado de medicamentos. (SILVA, LIMA, RUAS, 2020).

O medicamento mais prescrito no CAPSAD foi o haloperidol, seguido por clonazepam, biperideno e diazepam. A prevalência de prescrição com mais de 5 medicamentos foi predominantemente para homens, em idade economicamente ativa, que são solteiros, não têm ensino médio completo e 46,24% relataram que não sabem usar o medicamento sozinho (SILVA, LIMA, RUAS, 2020).

Estudos indicam que ainda há grande evasão dos pacientes com dependência química das clínicas de tratamento, de 966 pacientes que estavam em tratamento em um centro de reabilitação 17,9% abandonaram o tratamento e 19,88% tiveram recidivas (RANDHAWA, BRAR, KUMARI et al., 2020). Este valor é significativo, considerando que é uma doença crônica que o paciente precisará tratar por longo período.

Uma pesquisa feita com profissionais que atuam na estratégia da família mostrou que médicos, dentistas e enfermeiros normalmente não questionam os pacientes sobre o uso de drogas durante a anamnese, sendo que 37,3% dos profissionais entrevistados relataram que em situações de urgência com pacientes dependentes químicos não saberiam qual abordagem clínica utilizar e 22,2% afirmaram não saber como e para onde encaminhar o atendimento (FARIAS, BERNADINO, MADRUGA, et al., 2019).

Esse estudo mostra a grande lacuna no preparo de profissionais quanto ao atendimento a dependentes químicos. A anamnese e o contato inicial são essenciais para a formação de um vínculo de confiança entre a pessoa que faz uso de drogas e o profissional de saúde que pode orientar um tratamento adequado. Segundo o CFF, o farmacêutico é um profissional altamente indicado para essa abordagem, pois pode identificar os fatores de risco para uso abusivo de drogas, acompanhar os riscos inerentes ao uso de múltiplas substâncias e orientar o tratamento farmacoterapêutico após a prescrição do médico, focando na redução de danos durante as recidivas e a reabilitação. Além disso, o farmacêutico é o profissional mais habilitado a rastrear riscos e PRM's durante a terapia medicamentosa, além de poder monitorar os pacientes através da análise e interpretação de marcadores como hemograma, provas de função hepática, provas de função renal, coagulograma, perfil lipídico, marcadores de infarto, avaliação de déficit neurológico, exames sorológicos para HIV, hepatites, sífilis, devido à exposição de risco desses usuários.

Portanto, há evidente necessidade de uma padronização do atendimento de pessoas que fazem uso de drogas, devido à fragilidade que esses pacientes podem se encontrar e ao alto grau de dificuldade de aderir ao tratamento que deriva de diversos fatores internos e externos ao usuário, como o grau de dependência, a situação de moradia, se tem ou não assistência familiar.

3.2 Aspectos farmacológicos

3.2.1 Etanol

O etanol, popularmente conhecido como álcool, é amplamente utilizado no mundo todo. Embora poucos usuários passem a ser dependentes ou adictos, o abuso é um problema de saúde pública grave com diversas doenças associadas (MONTEIRO, 2016).

O álcool possui efeitos estimulantes e depressores do sistema nervoso central (SNC), sua farmacologia é complexa, sendo que sua ação é bastante inespecífica (COSTARDI, NAMPO, et al. 2015). Apesar de não ser totalmente elucidado, seu mecanismo de ação consiste na potencialização da ação do neurotransmissor inibitório GABA (ácido gama-amino butírico) em seu receptor além de bloquear o receptor NMDA (N-metil D-aspartato), reduzindo seu nível de ativação (MARTÍN, 2014). Tais ações são responsáveis pelos efeitos orgânicos depressores sobre o SNC, incluindo sedação, hipnose, diminuição da atividade psicomotora, redução da ansiedade além da promoção de sensação de bem estar devido ao aumento da ativação da via mesolímbica (COSTARDI, NAMPO, et al. 2015).

Com o uso prolongado, tais efeitos euforizantes e ansiolíticos do etanol tendem a diminuir, evidenciando a ocorrência de tolerância a esta substância. Nesta condição, o usuário necessita de doses cada vez maiores para manter os efeitos desejados. Existem vários mecanismos de tolerância ao etanol, incluindo a dessensibilização de receptores de GABA a nível do sistema nervoso central. Assim, durante a interrupção abrupta de seu uso, o paciente é acometido de um conjunto de sintomas que configuram a síndrome de abstinência. Os sintomas leves incluem insônia, ansiedade, anorexia, tremor, palpitações e náusea. Os sinais mais graves envolvem convulsões e até mesmo uma síndrome secundária denominada de “*delirium tremens*”, que se caracteriza por taquicardia, hipertensão, diaforese, febre baixa, tremores e delírios (SALOTTOLO, MCGUIRE, MAINS, et al., 2017).

O princípio do tratamento para farmacodependentes é baseado na psicoterapia. Entretanto, existem farmacoterapias que devem ser instituídas para auxiliar no controle da abstinência e evitar recidivas.

A primeira linha de tratamento da abstinência causada pelo etanol é feita com o uso de benzodiazepínicos como o diazepam, oxazepam e o lorazepam. Os benzodiazepínicos atuam no receptor do GABA (ácido gama-aminobutírico), deprimindo o sistema nervoso central, auxiliando na desintoxicação, reduzindo a ansiedade e a insônia durante a abstinência. São fármacos que possuem potencial para causar tolerância e dependência, por isso devem ser utilizados por curto período e os pacientes que fazem uso devem ser monitorados de perto pelo médico e pelo farmacêutico (KNEVITZ e BUCCINI, 2017). Ademais, a utilização de benzodiazepínicos está por si só associada a outras reações adversas, como sonolência diurna e também interações medicamentosas com outros fármacos com efeito depressor sobre o SNC, tais como anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos, e antipsicóticos típicos que quando utilizados concomitantemente podem causar depressão central e cardiorrespiratória. Deste modo será necessário, durante o uso de benzodiazepínicos identificar estas potenciais interações em pacientes sob tratamento de abstinência ao etanol. Considerando ainda que o haloperidol, um antipsicótico típico, pode ser usado para atenuar as alucinações alcoólicas, o uso concomitante deve ser cuidadosamente avaliado para evitar complicações destas potenciais interações (BAXTER, 2010).

Além disso, alguns componentes do grupo dos benzodiazepínicos, tais como o diazepam, depende em grande parte do metabolismo hepático para a sua eliminação. Este fármaco constitui-se portanto, um exemplo de contra-indicação para pacientes etilistas que desenvolveram hepatopatia alcoólica. O lorazepam e o oxazepam dependem menos do metabolismo hepático para a sua eliminação e são os representantes indicados nos pacientes com hepatopatia (SILVA, 2017).

A doença hepática é a complicação clínica mais comum causada pelo uso crônico de etanol. A esteatose alcoólica é uma condição clínica reversível que pode evoluir para hepatite, cirrose e insuficiência hepática, sendo que nos dois últimos quadros não há

possibilidade de recuperação da função do órgão (LAIA, 2018). O acompanhamento clínico pode ser feito por meio de provas bioquímicas de função hepática, onde se analisa os valores de bilirrubina, albumina, e fosfatase alcalina (MURPHY, 2019). Além disso, podem ser avaliadas as enzimas alanina aminotransferase (ALT) e a aspartato aminotransferase (AST) cuja concentração plasmática aumenta quando há lesão nos hepatócitos. Deste modo, o monitoramento da função hepática dos pacientes é crucial para a orientação da melhor escolha dentro do grupo de benzodiazepínicos para o controle da abstinência.

Um outro fármaco usado na dependência ao etanol é a naltrexona. Esta reduz o desejo compulsivo do álcool através do bloqueio de receptores μ -opioides. É usada no tratamento de dependência a longo prazo, evitando recaídas. Entretanto, induz efeito tóxico sobre o fígado, por isso a função hepática deve ser monitorada durante o seu uso e deve ser evitada se o paciente apresentar doença hepática. Consequentemente, o monitoramento da função hepática do paciente é crucial não somente para a escolha do melhor benzodiazepínico, mas também na indicação ou não de naltrexona (SILVA, 2017).

Após a ingestão de etanol, a sua concentração plasmática máxima pode ser atingida a partir de 45 minutos. No fígado, sua biotransformação ocorre em duas fases. Na primeira, a enzima álcool desidrogenase converte o etanol em acetaldeído. Este metabólito é o responsável pelos efeitos da “ressaca alcoólica”, tais como cefaleia, desidratação, náuseas e vômitos. Entretanto, esse metabólito é convertido pela segunda enzima da via, a aldeído desidrogenase (ALDH) em ácido acético, que é por fim degradado em dióxido de carbono e água (COSTARDI, NAMPO, et al. 2015).

Esta via de detoxificação do etanol pode ser manipulada farmacologicamente pelo uso de dissulfiram. O dissulfiram é um dos medicamentos mais antigos utilizados na terapia de etilismo para prevenir recidivas baseando-se em uma terapia de aversão, atenuando o reforço positivo do consumo de álcool. Ele atua inibindo a enzima aldeído desidrogenase, levando a um acúmulo de acetaldeído, provocando desconfortos. Caso haja consumo de etanol pelo paciente em uso de dissulfiram acontecem sintomas desagradáveis semelhantes à ressaca alcoólica, incluindo náusea, vômito, sudorese, taquicardia, cefaléia e rubor facial. É indicado no início do tratamento para incentivar a abstinência em pacientes com boa cognição, sendo contra-indicado, por exemplo, em indivíduos que desenvolveram demência alcoólica (KNEVITZ e BUCCINI, 2017).

Quando há um consumo exagerado, o sistema microsômico de oxidação do etanol (MEOS) composto pelas enzimas do citocromo P450 são ativadas, gerando metabólitos tóxicos que refletem na hepatotoxicidade do etanol, isso porque essa via enzimática é utilizada também para metabolização de outras drogas e nutrientes. (MARTÍN, 2014). Uma das enzimas microsômicas hepáticas que sofre indução pelo uso prolongado do etanol é a CYP2E1. Esta isoforma é responsável pelas reações de fase I do metabolismo do paracetamol, um analgésico de uso comum e venda livre nas farmácias. Os produtos resultantes do metabolismo do paracetamol por esta enzima constituem intermediários

reativos hepatotóxicos, que causam lesão de membrana, de organelas e do DNA. Dessa forma, o paracetamol é contra-indicado em pacientes que desenvolveram cirrose alcoólica. Além disso, o uso concomitante de paracetamol e altas doses de etanol podem conduzir a um quadro de lesão hepática aguda com ocorrência de sintomas associados, tais como náuseas, vômitos e dor abdominal (MEZARROBA, BITENCURT, 2018).

Assim o uso de paracetamol em pacientes etilistas crônicos constitui, ao mesmo tempo, uma interação medicamentosa e uma contra-indicação que pode ser identificada na consulta farmacêutica.

Além de todos os efeitos descritos, o etanol pode também interferir com o funcionamento de outros tecidos orgânicos. Por exemplo, o consumo elevado de álcool pode afetar a hematopoiese indiretamente, através de efeitos gastrointestinais que alteram a absorção de nutrientes e levam a desnutrição. O distúrbio hematológico mais comum é a anemia, que pode ser avaliada pelo hemograma. A má absorção de nutrientes pode resultar em deficiência de vitaminas e minerais, bem como ácido fólico (LAIA, 2018).

O uso crônico de etanol também pode levar a arritmias cardíacas. As alterações mais relatadas são distúrbios no metabolismo do potássio, do magnésio e aumento de liberação de catecolaminas. O acompanhamento pode ser feito através de exames bioquímicos para quantificar esses marcadores. O uso prolongado e exagerado de etanol também está associado à miocardiopatia dilatada e insuficiência cardíaca, além de hipertensão arterial em até 5% dos bebedores inveterados de etanol (KATZUNG, TREVOR, 2017). Desta maneira, a aferição periódica de pressão arterial é necessária para o bom acompanhamento do paciente.

Além dos parâmetros citados, o uso crônico e descontrolado de etanol pode prejudicar o controle de outras doenças, tais como as dislipidemias e o diabetes mellitus, em virtude dos efeitos do etanol sobre o metabolismo de biomoléculas, como os triglicérides e a glicose. Classicamente, o etanol é inibidor da gliconeogênese hepática, podendo ocasionar episódios de hipoglicemia. Pacientes com diabetes em uso de insulina ou anti-hiperglicemiantes, como as sulfonilureias, estão mais propensos a estas crises, configurando uma interação medicamentosa importante. Além disso, usuários de etanol podem apresentar níveis séricos elevados de triglicérides em decorrência de pancreatite alcoólica (SILVA, 2017). Consequentemente, o acompanhamento da farmacoterapia instituída para estes transtornos metabólicos facilita a identificação destas potenciais interações medicamentosas. Ademais, sugere-se o monitoramento da função pancreática através da medida dos níveis de amilase e lipase pancreáticas.

3.2.2 *Cocaína e crack*

A cocaína faz parte do grupo de drogas que estimulam o sistema nervoso central, sendo um alcaloide extraído das folhas de *Erythroxylum coca* (CARLINI, et al. 2001).

Quando aquecido em solução alcalina de bicarbonato e amoníaco, apresenta-se na forma de crack e quando oxidada com gasolina e querosene é chamada de *oxi* (MARANDA, et al. 2004). Essas formas podem ser inaladas e produzem efeitos euforizantes mais rapidamente, porém com menor tempo de meia vida plasmática. O cloridrato de cocaína é um sal que pode ser usado por via oral, na forma de folhas de coca, inalado como crack ou *oxi*, injetado (diluído em água) ou absorvido por qualquer mucosa, como no caso da aspiração nasal (LUFT, 2007).

É uma droga com grande potencial vasoconstritor, seu pico de concentração plasmática é atingido em 1h, podendo se prolongar dependendo da forma de administração. No organismo, é rapidamente metabolizada pelas esterases presentes no plasma, tendo como característica uma meia vida curta, o que lhe confere um grande potencial para adicção (LUFT, 2007).

Seu mecanismo de ação consiste na inibição da recaptção de dopamina, noradrenalina e serotonina, prolongando o tempo de ação destes neurotransmissores juntos aos seus receptores. O aumento do nível de dopamina no núcleo acumbens leva à sensação de prazer, bem estar e euforia, característicos das drogas de abuso. A potencialização da função da serotonina e da noradrenalina pode ocasionar outros efeitos a nível central como ansiedade, insônia, agitação, anorexia e psicose. A inibição da recaptção de noradrenalina nos tecidos periféricos está associada ao aumento da frequência cardíaca e vasoconstrição, ocasionando aumento da pressão arterial, midríase e outros efeitos da ativação do sistema nervoso simpático. (RITCHIE, GREENE, 1990). Consequentemente, na intoxicação à cocaína, acontecem efeitos como desidratação, hipertermia, hipertensão, convulsões e possivelmente infarto agudo do miocárdio. A cocaína quando usada em associação ao etanol forma um metabólito tóxico chamado de cocaetileno que possui maior capacidade para atravessar a barreira hematoencefálica e tem tempo de meia vida maior, o que aumenta as chances de intoxicação e overdose (ANDREWS, 1997).

Dentre os parâmetros clínicos que podem ser avaliados em usuários crônicos podemos citar as alterações nas transaminases hepáticas AST e ALT, onde a primeira se encontra elevada e a segunda diminuída, aumento nos triglicerídeos, e diminuição das concentrações colesterol total e HDL. A associação cocaína e etanol promoveu em ambas as doses diminuição de triglicerídeos, HDL, TGP e colesterol total. O uso isolado de cocaína ou em associação ao etanol promovem alterações histopatológicas em tecido cardíaco e hepático (LIMA, 2003). Devemos considerar também para esses pacientes, a necessidade de exames sorológicos para HIV, hepatites e outras IST's, devido ao compartilhamento de seringas e agulhas em casos de injeção intravenosa de cocaína. Além disso, usuários de crack apresentam vulnerabilidade socioeconômica, favorecendo sexo sem proteção e prostituição em troca de droga (OLIVEIRA, NAPPO, 2008).

A alta ativação do sistema nervoso simpático nos usuários de cocaína e crack levam ao aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e de arritmias ventriculares,

aumentando as chances de infarto em usuários crônicos (ABOUKHOUDIR, FAUGIER, RICA, 2019). Portanto, é necessário que haja acompanhamento dos marcadores de lesão do miocárdio, tais como mioglobina, troponina e CK-MB, e também monitoramento da pressão arterial. Também pode haver casos de hipertermia (KATZUNG, TREVOR, 2017), onde se deve fazer a aferição e controle da temperatura corporal.

Outras complicações são comuns em usuários de cocaína na forma de crack, sobretudo, disfunções no sistema nervoso central que podem comprometer a capacidade do usuário para conduzir a própria farmacoterapia (GUIMARÃES, SANTOS, et all. 2008).

Um problema associado ao tratamento de pacientes dependentes de cocaína é a falta de medicamentos que reduzam as recaídas ou mesmo previna a crise de abstinência, que consiste em um comportamento pró-depressivo. A intervenção farmacológica instituída, portanto, consiste no controle dos sintomas de intoxicação que é feito com benzodiazepínicos, por conta de seus efeitos ansiolíticos e anticonvulsivantes, bem como fármacos neurolépticos como haloperidol, para controle do comportamento psicótico. Como descrito anteriormente, benzodiazepínicos e haloperidol podem causar reações adversas e estão sujeitos a interações medicamentosas importantes que devem ser monitoradas. Em casos de intoxicação leve recomenda-se reidratação por via oral ou intravenosa e assegurar os cuidados do paciente em um ambiente calmo e sem estímulos sensoriais (KATZUNG, TREVOR, 2017).

3.2.3 Heroína

A heroína é um derivado diacetilado da morfina, que é uma substância com potencial analgésico encontrada no ópio que é o látex obtido das flores da papoula, uma planta encontrada principalmente no Oriente Médio e Ásia, cujos nomes científicos mais conhecidos são *Papaver somniferum* e *P. album*. Tanto a heroína quanto a morfina atuam como agonistas totais dos receptores opióides do tipo μ . Estes receptores se encontram em neurônios aferentes nociceptivos, corno dorsal da medula espinhal e regiões mais superiores do SNC como o córtex. A ativação destes receptores nestas regiões está relacionada ao potente efeito analgésico destas substâncias (JAMES, 2017).

Os receptores μ também se localizam nos neurônios da via mesolímbica, sendo capazes de inibir neurônios GABAérgicos, facilitando a ativação de neurônios dopaminérgicos em direção ao núcleo acumbens. Este mecanismo é responsável pela sensação eufórica induzida por opióides e está relacionada ao reforço positivo e potencial de abuso dessas substâncias. Entretanto, os dois grupos acetil da molécula da heroína aumentaram a sua lipossolubilidade, quando comparado à morfina. Deste modo, a heroína exibe uma maior permeabilidade na barreira hematoencefálica, se distribuindo mais facilmente no SNC. Deste modo a sensação de bem-estar induzida por ela é mais intensa que a induzida pela morfina. Sua administração é intravenosa, o que favorece o elevado pico de concentração

plasmática e conseqüentemente a intensa sensação prazerosa. Por ser um éster, sua meia vida é curta, o que a caracteriza como uma droga com grande potencial para dependência e tolerância, além de uma curta duração de ação, estimulando assim o reforço positivo (HOOK, HUITEMA, et al. 2006).

A síndrome de abstinência à heroína pode ser bastante grave, consistindo em disforia, náuseas e vômitos, dores musculares, lacrimejamento, rinorreia, midríase, piloereção, sudorese, diarreia, cólica abdominal e febre. Felizmente, existem estratégias farmacológicas para o controle destes sintomas. O tratamento para abstinência é feita com metadona, um agonista total μ -opióide de meia-vida mais longa do que a heroína; e buprenorfina, um agonista parcial de receptores μ -opióides, que pode ser administrado por via sublingual. No caso da metadona, a meia vida longa diminui a necessidade de uso repetido de heroína. Já o efeito parcial da buprenorfina é conveniente para reduzir os sintomas de abstinência, sem induzir o mesmo efeito euforizante da heroína (YUHUI, 2018).

A prevenção de recidivas é feita com naltrexona, um antagonista opioide que reverte os efeitos de uma dose de heroína em alguns segundos (BALTIERI, STRAIN, 2004). Contudo é um medicamento hepatotóxico e seu uso deve ser monitorado em pacientes com disfunções hepáticas. Além disso, só deve ser indicada em pacientes livres do uso de opioides, na medida em que pode precipitar uma crise de abstinência se o paciente ainda estiver dependente de opioides. Entretanto, o uso de antagonistas opioides por via parenteral, como a naloxona, é o tratamento de escolha para casos de intoxicação por opioides, que é potencialmente fatal devido à depressão cardiorrespiratória (YUHUI, 2018).

Depois de distribuídos, os opioides são convertidos em metabólitos polares, como os glucuronídeos e excretados pelos rins. Portanto, pacientes que tem distúrbios na função renal devem ser observados com cautela, através da quantificação de ureia e creatinina, pois neste caso a excreção de agonistas opioides pode ser comprometida, o que aumenta o risco de sedação prolongada e depressão respiratória. (HOOK, HUITEMA, et al. 2006).

Por se tratar de uma droga de administração intravenosa, exames sorológicos para diagnóstico de HIV, hepatites, sífilis e outras IST's são de extrema importância devido ao risco de exposição por usuários de drogas à sexo sem proteção ou compartilhamento de agulhas contaminadas (OLIVEIRA, NAPPO, 2008).

3.2.4 THC

O Δ^9 -tetraidrocanabinol (THC) é o principal composto ativo presente na *Cannabis sativa*, conhecida popularmente como “a planta da maconha”. Este composto é responsável pelos efeitos psicotrópicos induzidos pelo uso de maconha (ELKASHEF, et al. 2008, UNODC, 2021). É a substância com potencial de abuso mais utilizada no mundo. Apresenta-se na forma de folhas e flores, resina (haxixe) e skunk (*Cannabis* com maior porcentagem de THC).

A maconha é usada por via pulmonar, e após fumada o THC é rapidamente absorvido. Sua biotransformação acontece no fígado e é mediada pelas enzimas do citocromo P450. Como o THC é muito lipofílico, a excreção dos canabinóides ocorre lentamente e pode levar até 180 dias. Os metabólitos são excretados na urina, no leite materno, nos pelos, pois podem ser incorporados na queratina e na saliva (BORDIN et al., 2015; COSTA, 2008).

Seu mecanismo de ação ocorre através da interação com os receptores canabinóides CB1 e CB2. No SNC (Sistema Nervoso Central) esses receptores são responsáveis pela cognição (atenção e memória), coordenação motora, apetite, percepção sensorial e controle de náuseas. No SNP (Sistema Nervoso Periférico) estes receptores causam vasodilatação e sialosquese (BIEGON, KERMAN, 2001).

Devido à localização dos receptores canabinóides, o THC pode alterar a memória de curto prazo, a coordenação motora, causar desorientação espacial e temporal, alterações da percepção visual, euforia, sialosquese, hiperemia de conjuntivas e aumento do apetite (BIEGON, KERMAN, 2001).

Não há tratamento para abstinência de THC, contudo, considerando que a falta da droga pode causar irritabilidade, náuseas e distúrbios do sono e de apetite, assim como na dependência de outras drogas, é recomendada a psicoterapia (NIELSEN, et all. 2019).

Como pôde ser observado através da revisão bibliográfica, o uso de substâncias com potencial de dependência está associado a uma variada gama de efeitos sobre o organismo que podem ser avaliados através do acompanhamento de certos parâmetros laboratoriais. Além disso, o próprio tratamento para dependência química, quando disponível, está sujeito a reações adversas, contra-indicações e interações farmacológicas muito evidentes. O profissional farmacêutico é o mais habilitado a avaliar e acompanhar estes pacientes, visto que conjuga conhecimentos técnicos e científicos, tanto com relação ao abuso de drogas, identificação de PRM's, e análise de exames laboratoriais. Neste sentido, a inclusão do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar é de suma importância para aumentar as chances de sucesso do tratamento do paciente com dependência química. Portanto, o presente trabalho se propõe a desenvolver um instrumento de avaliação e acompanhamento a ser utilizado por profissionais farmacêuticos no atendimento a dependentes químicos.

4 | INSTRUMENTO PARA CONSULTA E ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE DEPENDENTES QUÍMICOS

Esse modelo de consulta usa como base o roteiro de consulta farmacêutica descrito no caderno de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica - Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

| Primeira consulta | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Data: | | Nº do prontuário: | |
| Identificação do paciente | | | |
| Nº do cartão do SUS: | | | |
| Nome: | | | |
| Data de nascimento: | | Idade: | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Gênero: |
| Estado civil: | | Orientação sexual: | |
| Etnia/cor: | | Escolaridade: | |
| Ocupação: | | Renda: | |
| Naturalidade: | | Alergias: | |
| Limitações: <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra: | | | |
| Endereço: | | | |
| Nº: | Complemento: | Bairro: | CEP: |
| Tel: | | Cel: | |
| Email: | | Contato de emergência: | |
| Autonomia na gestão de medicamentos: | | | |
| <input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Necessita de lembretes/assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho | | | |
| Local de armazenamento de medicamentos: | | | |
| Possui cuidador: <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. | | Nome: | |
| Contato: | | Parentesco: | |
| História social | | | |
| Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Qual (is)? | | | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Quantidade ingerida: | Frequência: | Tempo de uso: |
| Tabaco (charuto, narguilé, cigarro): <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Fumava, mas parou há? | | |
| Quantidade: | Frequência: | Tempo de uso: |
| Outras drogas: | | |
| Quantidade: | Frequência: | Tempo de uso: |
| Exercício físico: | | Qual tipo: |
| Duração: | Frequência: | Sente incômodo: |
| Hábitos alimentares: | Rotina de alimentação: | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Sono: | | |
| Acesso aos medicamentos | | |
| Setor público: <input type="checkbox"/> Unidade de saúde <input type="checkbox"/> F. popular <input type="checkbox"/> F. comunitária | | |
| Setor privado: <input type="checkbox"/> Rede privada <input type="checkbox"/> F. de manipulação <input type="checkbox"/> Programa farmácia popular | | |
| Gasto mensal em medicamento: | | |
| Dificuldade de acesso: <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Motivo: | | |
| Está sentindo algum sintoma a seguir nas últimas semanas? <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Quais? | | |
| <input type="checkbox"/> Dor de cabeça | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Problema sexual |
| <input type="checkbox"/> Coceira/prurido | <input type="checkbox"/> Dor muscular | <input type="checkbox"/> Cansaço |
| <input type="checkbox"/> Falta de ar | <input type="checkbox"/> Insônia | <input type="checkbox"/> Sonolência |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia/palpitação | <input type="checkbox"/> Mudança de humor | <input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Irritação | <input type="checkbox"/> Pânico/medo | <input type="checkbox"/> Náusea/enjoo |
| <input type="checkbox"/> Tremor | <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Vômito |
| <input type="checkbox"/> Outros. Quais? | | |
| Terapias alternativas | | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| Terapia: | Indicação: | Frequência: |
| Terapia: | Indicação: | Frequência: |
| Terapia: | Indicação: | Frequência: |
| Obs.: | | |
| História progressa | | |
| Doenças anteriores: <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. | | |
| Cirurgias: <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. | | |
| Internações: <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. | | |
| Acidentes: <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. | | |
| Antecedente médico familiar: | | |
| História clínica atual | | |
| Problemas de saúde do paciente: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Obs.: | | |
| Possui queixa na consulta: <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Qual? | | |
| Medicamentos que faz uso (com ou sem prescrição) | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Medicamento | Prescrição | Padrão de utilização |
|------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Monitorização do tratamento | | |
| Exames: | Valores: | Alteração |
| Hemoglobina | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Leucócitos | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Neutrófilos | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Plaquetas | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| AST | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| ALT | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| GGT | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Bilirrubina total | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Direta | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Indireta | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Albumina | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Creatinina | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Fosfatase alcalina | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Lactato | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| PCR (proteína C reativa) | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Hemoglobina glicada | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Glicose em jejum | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|
| Na / K / Ca / Mg | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Triglicerídeos | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Colesterol total | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| HDL | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| LDL | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| VLDL | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Amilase | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Lipase | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Mioglobina | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Troponina | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| CK-MB | | <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. |
| Pressão Arterial (3 medidas e média): | | |
| Glicemia capilar: | | |
| Altura: | | |
| Peso e IMC: | | |
| Circunferência abdominal: | | |
| Temperatura: | | |
| Sorologias | | |
| HIV: | | Hepatite B: |
| Sífilis: | | Hepatite C: |
| Adesão ao tratamento | | |
| Medicamentos em uso: | | |
| Já esqueceu de tomar o medicamento: <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. | | |
| Toma os medicamentos na hora indicada? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. | | |
| Quando se encontra bem, deixa de tomar os medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. | | |
| Quando se sente mal, deixa de tomar os medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. | | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|
| Quantas vezes nos últimos 30 dias você deixou de tomar os medicamentos? | | |
| Alguma medicação causa problema para você? | | |
| Medicamento | Intensidade (alto, moderado, baixo) | Tipo de incômodo |
| | | |
| | | |
| | | |
| O quanto é difícil para você? | Muito / Pouco / Nada difícil | Observações: |
| Abrir ou fechar embalagem? | | |
| Ler o que está escrito na embalagem? | | |
| Lembrar de tomar o medicamento? | | |
| Conseguir o medicamento? | | |
| Administrar o medicamento? | | |
| Problemas relacionados a farmacoterapia | | Medicamento |
| Farmacoterapia necessária ou desnecessária | | |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de iniciar um tratamento | | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de saúde não tratado | | |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso ao medicamento | | |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de farmacoterapia preventiva para reduzir riscos | | |
| <input type="checkbox"/> Uso de medicamento sem necessidade | | |
| <input type="checkbox"/> Medicamento sem indicação clínica válida atual | | |
| <input type="checkbox"/> Tratamento de reação adversa com medicamento | | |
| <input type="checkbox"/> Problema autolimitado que não necessita de medicamento | | |
| <input type="checkbox"/> Prescrição sem indicação clínica definida | | |
| <input type="checkbox"/> Outro problema de necessidade | | |
| Administração e adesão | | |
| <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração com prescrição inadequada | | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Frequência ou via de administração com prescrição inadequada | |
| <input type="checkbox"/> Omissão de dose pelo paciente | |
| <input type="checkbox"/> Adição de dose pelo paciente | |
| <input type="checkbox"/> Técnica de administração incorreta | |
| <input type="checkbox"/> Frequência e horário incorreto de administração | |
| <input type="checkbox"/> Descontinuação do tratamento indevida | |
| <input type="checkbox"/> Continuação de tratamento indevida | |
| <input type="checkbox"/> Não entendimento das orientações | |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade para se lembrar | |
| <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto | |
| <input type="checkbox"/> Prefere não tomar | |
| <input type="checkbox"/> Outro problema de adesão e administração | |
| Insegurança farmacológica | |
| <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose | |
| <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento contraindicado | |
| <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento | |
| <input type="checkbox"/> Interação medicamento-droga | |
| <input type="checkbox"/> Duração de tratamento incorreto | |
| <input type="checkbox"/> Uso abusivo de medicamento | |
| <input type="checkbox"/> Intervalo de administração curto | |
| <input type="checkbox"/> Presença de reação adversa a medicamentos | |
| <input type="checkbox"/> Medicamento causa um novo problema | |
| <input type="checkbox"/> Medicamento agrava um problema existente | |
| <input type="checkbox"/> Medicamento vencido | |
| <input type="checkbox"/> Outro problema de insegurança | |
| Inefetividade da terapia | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose | |
| <input type="checkbox"/> A farmacoterapia não atinge a meta terapêutica proposta | |
| <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica inadequada | |
| <input type="checkbox"/> Medicamento com problema de qualidade | |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso ao medicamento (paciente usa menos) | |
| <input type="checkbox"/> Interação medicamentosa que reduz efeito | |
| <input type="checkbox"/> Intervalo de administração longo | |
| <input type="checkbox"/> Outro problema de efetividade | |
| Reação adversas a medicamento (RAM) | |
| <input type="checkbox"/> Reação adversa tipo A: dose dependente | |
| <input type="checkbox"/> Reação adversa tipo B: idiossincrática ou alérgica | |
| <input type="checkbox"/> Reação adversa tipo C: exposição crônica ao medicamento | |
| <input type="checkbox"/> Reação adversa tipo D: retardada/teratogênese | |
| <input type="checkbox"/> Reação adversa tipo E: descontinuação de medicamento | |
| <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada | |
| Intoxicação | |
| <input type="checkbox"/> Overdose/intoxicação medicamentosa acidental | |
| <input type="checkbox"/> Overdose/intoxicação medicamentosa intencional | |
| <input type="checkbox"/> Overdose/intoxicação por outras drogas acidental | |
| <input type="checkbox"/> Overdose/intoxicação por outras drogas intencional | |

Tabela 1 - Instrumento de consulta e acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes com dependência química.

| | |
|------------------------------------------------------|-----------------------|
| SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) | |
| Dados do paciente | |
| Número do prontuário: | Data de Abertura: / / |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|
| Nome completo: | | |
| Data de nascimento: | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Endereço: | | |
| Telefone(s): | Email: | |
| Nome, telefone ou outro tipo de contato do responsável/cuidador (se aplicável): | | |
| Médico(s) do Paciente (se houver): | | |
| Escolaridade: | | |
| Limitação: <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outra: | | |
| Alergias: | | |
| | | |
| | | |
| Dados objetivos: Dados subjetivos: Plano de cuidado | | |
| Data: | Assinatura e carimbo do farmacêutico: | |
| Evolução | | |
| Data do retorno: | | |
| Avaliação das intervenções e propostas pactuadas: | | |
| Obs.: Registrar novo SOAP no retorno. | | |

Tabela 2 - Método SOAP (Dados subjetivos, objetivos, avaliação e plano de cuidado) para consulta farmacêutica.

| Teste de Morisky-Green adaptado | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Itens: | |
| 1. | Alguma vez você se esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença? Sim (0) Não (1) |
| 3. | Alguma vez você foi descuidado com os horários de tomar os medicamentos? Sim (0) Não (1) |
| 5. | Alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por se sentir melhor? Sim (0) Não (1) |
| 7. | Alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por iniciativa própria, após ter se sentido pior? Sim (0) Não (1) |
| Pontuação: | |
| Na ocorrência de pelo menos uma resposta sim, aplicar as duas questões seguintes. | |
| Motivação e Conhecimento | |
| Você foi informado sobre a importância e benefício de usar o medicamento? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. | |
| Você se esquece de repor os medicamentos antes que terminem? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. | |
| Escore: 0 a 1 = baixa adesão; 2 a 3 = média adesão; 4 pontos = alta adesão. | |

Tabela 3 - Teste de Morisky-Green adaptado para análise de adesão ao tratamento da dependência química.

5 | DISCUSSÃO

O município de Campo Grande-MS conta com 54 Unidades de Saúde da Família (USF), 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 8 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 1 especializado em Álcool e Drogas. Destas unidades, apenas 22 oferecem consulta farmacêutica individualizada, porém o CAPS-AD não conta com esse serviço (SESAU, 2020). Em 2017, 835 consultas farmacêuticas individualizadas foram realizadas pelo NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) e resultaram em aumento de 12% na adesão ao tratamento farmacológico. Desse total, 620 pacientes tiveram consulta de retorno e foi observada uma mudança de comportamento resultando em uma adesão de 87%. Além disso, foram constatadas melhoras nos parâmetros clínicos dos pacientes que passaram por consulta com o farmacêutico (PREFEITURA DE CAMPO GRANDE, 2017). Deste modo, o plano proposto no presente trabalho pode ser utilizado no acompanhamento de dependentes químicos atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

III, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento da dependência química e obter melhores resultados para a farmacoterapia, impactando diretamente na qualidade de vida dos pacientes.

Neste contexto, o modelo de consulta proposto neste trabalho deverá ser aplicado pelo farmacêutico em pacientes que após receberem atendimento médico no CAPS AD, possuam pelo menos um medicamento prescrito, podendo ser utilizado para pacientes internos ou externos à unidade. O tempo de retorno e a frequência de consultas dependerá das demandas que o paciente traz em relação aos seus PRM's, o grau de compreensão do paciente, a motivação e o vínculo de confiança estabelecido que possibilite a pactuação de um plano de cuidado efetivo para cada usuário. Esses parâmetros devem ser avaliados pelo farmacêutico a cada consulta.

Para a monitorização do tratamento através dos parâmetros clínicos, o farmacêutico deve trabalhar em conjunto com a equipe multidisciplinar da unidade, auxiliando os prescritores na decisão de exames laboratoriais a serem realizados pelos pacientes, de acordo com os tipos de drogas e medicamentos que ele faz uso, considerando as possíveis alterações fisiológicas causadas no paciente.

Os Problemas Relacionados à Medicamentos ou Farmacoterapia (PRM's) a serem analisados têm como base o roteiro do Caderno do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Apenas o farmacêutico pode identificar e criar um plano que solucione os PRM's de cada paciente. É essencial que o vínculo farmacêutico-paciente esteja bem estabelecido. Deste modo, torna-se possível a identificação de problemas e criação de planos para que a terapia farmacológica seja eficaz.

O plano de cuidado deve ser individualizado, considerando as peculiaridades de cada tratamento, para cada paciente. O farmacêutico deve avaliar a necessidade de terapias complementares e encaminhamento para outras especialidades quando não for possível a resolução na consulta farmacêutica.

O método clínico de escolha para esse roteiro foi o SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), pois é um método de fácil aplicabilidade, sendo uma maneira simples para registrar o atendimento. Nesse método, a coleta de dados é dividida em subjetiva e objetiva e a intervenção farmacêutica se divide em avaliação e plano de cuidado (HURLEY, 2004; ROVERS et al., 2003).

O teste de Morisky-Green é um teste para medir a adesão ao tratamento farmacológico amplamente empregado. O modelo adaptado utilizado neste trabalho foi retirado de um roteiro de consulta aplicado por farmacêuticos para acompanhamento do tratamento de asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), na Farmácia Escola da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Essa adaptação é de fácil aplicação e além de possibilitar que o farmacêutico avalie a adesão, também permite que seja analisado o grau de conhecimento e motivação do paciente para utilização de seus medicamentos.

6 | CONCLUSÃO

É evidente o impacto positivo da consulta farmacêutica na adesão do tratamento farmacológico quando aplicada em outras doenças.

O farmacêutico tem papel fundamental no cuidado e no acompanhamento do paciente com dependência química, considerando as diversas interações medicamento-medicamento, droga-medicamento e reações adversas dos tratamentos farmacológicos disponíveis. Além disso, o uso de substâncias com potencial para causar adicção podem levar a diversas alterações no organismo e esses parâmetros podem ser avaliados em uma consulta farmacêutica.

Assim sendo, espera-se que o instrumento de acompanhamento proposto no presente trabalho poderá, quando aplicado, favorecer a adesão do paciente ao tratamento da dependência química, aumentando as chances de sucesso no abandono do uso de drogas com potencial de abuso, propiciando a estes pacientes uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABOUKHOUDIR, R; FAUGIER, JP; RICA, O; MOUSSA, K; ALI, ZB; NAJJAR, A; BARTHEZ, O; REKIK, S; PANSIERI, M. [**Cocaine-induced acute myocarditis**]. Ann Cardiol Angeiol (Paris). Novembro, 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-V**. São Paulo: Artmed, 2014.

ARAÚJO, NCF; PALHÃO, DMR; SILVA, VC; ÁVILA, JOL; CARDOSO, KF; SANTOS, ERF; LOMBA, FCMS; CARVALHO, IRA; SOUZA, BQ; e POLISEL, CG. **Avaliação da Adesão ao Tratamento em Condições Crônicas de Saúde por Meio do Cuidado Farmacêutico**. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde 8(3): 37-41, 2017.

BALTIERI, DA; STRAIN, EC; DIAS, JC; SCIVOLETTO, S; MALBERGIER, A; NICASTRI, S; JERÔNIMO, C; ANDRADE, AG. **Brazilian guideline for the treatment of patients with opioids dependence syndrome**. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.

BAXTER, K. **Interações medicamentosas de Stockley: Referência Rápida**. Artmed, 1º Ed., 2010.

BECKETT, RD; STUMP, CD; DYER, MA. **Evaluation of drug information resources for drug-ethanol and drug-tobacco interactions**. J Med Libr Assoc. Janeiro, 2019.

KATZUNG, BG; TREVOR, AJ. **Farmacologia Básica e Clínica**. Edição 13ª/2017.

BLOOR, BC; MAZE, M; SEGAL, I. **Interaction between adrenergic and opioid pathways. In: Estafanous FG. Opioids in anesthesia**. 2nd. ed. Boston: Butterworth-Heineman, 1991. p. 34-46.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Prevenção Combinada do HIV/**

Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica;** caderno 1. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica;** caderno 2. Brasília, 2014.

BORDIN, D. C. M.; MONEDAIRO, F. F. S.; CAMPOS, E. G.; ALVES, M. N.R.; BUENO, L. H.P.; MARTINS, B. S. **Técnicas de preparo de amostras biológicas com interesses forenses.** Sci. Chrom. Vol. 7, n. 2, p. 125-143, 2015.

BIEGON, A; KERMNA, IA. **Autoradiographic study of pre- and postnatal distribution of cannabinoid receptors in human brain.** Neuroimage 14:1463-8. 2001.

CFF. Notícias do Conselho Federal de Farmácia. “Um equívoco imperdoável do governo.” 2010. Disponível em: [CIM FORMANDO - Edição nº 04 - Ano XVII - 2020. Pesquisa e elaboração: Centro de Informação sobre Medicamentos.](https://www.cff.org.br/noticia.php?id=516&titulo=Um+equ%C3%ADvoco+imperdo%C3%A1vel+do+Governo#:~:text=O%20farmac%C3%AAutico%20poder%C3%A1%20orientar%20o,apresentar%20o%20seu%20lado%20ruim. Acesso em: 22/04/2021.</p></div><div data-bbox=)

COSTA, J. L. In: MOREAU, R. L. M.; SIQUEIRA, M. E. P. B. Características das amostras convencionais e não-convencionais. **Toxicologia analítica.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2008. cap. 4, p. 40-44.

CORTARDI, JVV; NAMPO, RAT; SILVA, GL; RIBEIRO, MAF; STELLA, HJ; STELLA, MB; MALHEIROS, SVP. **Uma revisão sobre o álcool: do mecanismo de ação central à dependência química.** Rev. Assoc. Med. Bras. 61 (4). Jul-Aug, 2015.

ELKASHEF, A; VOCCI, F; HUESTIS, M; HANEY; BUDNEY, A; GRUBER, A; et al. **Marijuana neurobiology and treatment.** Subst Abus. 2008;29(3):17-29.

FARIAS, L; BERNADINO, IM; MADRUGA, RCR; D'AVILA, S; LUCAS, RSCC. **Attitudes and practices of professionals who working in the Family Health Strategy regarding the approach to drug users in the municipality of Campina Grande. Paraíba. Brazil.** Cien Saude Colet, setembro, 2019.

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes; BORBA, Letícia de Oliveira; CAPISTRANO, Fernanda Carolina; CZARNOBAY, Juliana; MAFTUM, Mariluci Alves. **Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde.** Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Rev Min Enferm. 2015 abr/jun; 19(2) p. 150-156.

FIDALGO, TM; NETO, PMP; SILVEIRA, DX. Caso complexo 12 Vila Santo Antônio **Fundamentação Teórica: Abordagem da dependência química. UNASUS. Especialização em saúde da Família.** UNIFESP. 2012. <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Vila_Santo_Antonio/Complexo_12_Vila_Abordage_m_dependencia.pdf>.

GIMENES, H.; ZANETTI, M.; HAAS V. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à**

terapêutica medicamentosa. Rev. Latino Am. Enfermagem. v. 17, n.1, p.46-51, 2009.

GUIMARÃES, CF; SANTOS, DVV; FREITAS, RC; ARAÚJO, RB. **Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS).** Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul vol.30 no.2 Porto Alegre May/Aug. 2008.

HESS, Adriana Raquel Binsfeld; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; MORAES, André Luiz. **Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido.** Estudos de Psicologia, 17(1), janeiro-abril/2012, p. 171-178.

HURLEY, S.C. **A method of documenting pharmaceutical care utilizing pharmaceutical diagnosis.** College of Pharmacy, Idaho State University. Disponível em: . Acesso em: 26 maio 2004.

JAMES, B; VAN DER WAAL, R; STRANG, J. **Supervised Injectable Heroin: A Clinical Perspective.** Can J Psychiatry. **Julho, 2017.**

JESUS, Roberta Silva; SANGOI, Renata da Silva; TASCHETTO, Paula Linhares; BRUM, Thiele Faccim de; PIANA, Mariana; LIMBERGER, Jane Beatriz. **Perfil farmacoterapêutico de usuários de crack internados em hospital público de Santa Maria-RS.** Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 1, p. 37-46, 2014.

JUNIOR, E. H. D. L., FREIRE, E. C. Método AFFAC uma metodologia em Assistência Farmacêutica em Farmácia Clínica em Unidades de Pacientes Internados. Revista Infarma, v.19, nº 9/10, 2007.

KNEVITZ, M.F., BUCCINI, D. F. **Psicofármacos no tratamento da dependência química: uma revisão.** Caçador, v.7, nº1, p. 205-219, 2018.

LAIA, Alice Santos. **Lesão hepática e complicações hematológicas: estudo de caso de uma paciente alcoólatra.** Monografia (Graduação em Farmácia) - Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto. 2018.

LUFT, A; MENDES, FF. **Anestesia no paciente usuário de cocaína.** Rev Bras Anesthesiol. 2007.

LIBERATO, S.M.D., SOUZA de, A. J. G., GOMES, A. T. L., MEDEIROS de, L. P., COSTA, I. K. F., TORRES, G. V. **Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):191-8. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.22041>.

LIMA, I. S. P. **Avaliação das alterações comportamentais, neuroquímicas, histopatológicas e bioquímicas em ratos tratados com cocaína e etanol isoladamente ou em associação.** 2003. 148 f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

MARTÍN, AV. **Farmacología y toxicología del alcohol etílico, o etanol.** Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid,ISSN0210-6523,Nº. 51, 2014,págs.241-248.

MEZAROBBA, G; BITENCURT, RM. **Toxicidade do paracetamol: o álcool como um fator de risco.** Unoesc & Ciência - ACBS Joaçaba, v. 9, n. 1, p. 105-112, jan./jun. 2018.

MONTEIRO, MG. **Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool.** Artigo de opinião. Epidemiol. Serv. Saúde 25 (1). Jan-Mar, 2016.

MURPHY, MJ. **Bioquímica clínica**. Rio de Janeiro GEN Guanabara Koogan, 2019.

NIELSEN, S; GOWING, L; SABIONI, P; LE FOLL, B. **Farmacoterapias para dependência de cannabis**. Cochrane Database of Systematic Reviews. Janeiro de 2019.

OLIVEIRA, LG; NAPPO, SA. **Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use**. Rev. Saúde Pública 42 (4). Agosto,2008.

PREFEITURA DE CAMPO GRANDE. CGNOTÍCIAS - Agência Municipal de Notícias de Campo Grande. **Atendimento farmacêutico individualizado assegura adesão a tratamento e benefícios a pacientes**. Campo Grande, 27/12/17. Disponível em: <<http://www.campogrande.ms.gov.br/cgnoticias/noticias/atendimento-farmacutico-individualizado-assegura-adesao-a-tratamento-e-traz-beneficios-a-pacientes/>> Acesso em: 05/11/21.

RANDHAWA, A; BRAR, MS; KUMARI, B; CHAUDHARY, N. **Sociodemographic profile and pattern of substance abusers: A retrospective study to unveil the public health problem of Punjab**. J Family Med Prim Care. Julho, 2020.

ROOK, EJ; HUITEMA, A; VAN DEN BRINK, W; VAN REE, JM; BEIJNEN, JH. **Pharmacokinetics and pharmacokinetic variability of heroin and its metabolites: review of the literature**. Curr Clin Pharmacol. 2006 Jan;1(1):109-18.

ROVERS, J. P., et al. **A practical guide to pharmaceutical care**. Washington: American Pharmaceutical Association, 2003. p 316.

SCADUTO, Alessandro Antonio; BARBIERI, Valéria. **O discurso sobre adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(2) p. 605-614. São Paulo, 2017.

SESAU. **Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na atenção primária à saúde**. Campo Grande-MS. 1º Edição, 2020.

SILVA, SN; LIMA, MG; RUAS, CM. **Uso de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço**. Ciênc. saúde coletiva 25 (7). Julho, 2020.

SILVA, SVL. **A interação do álcool com medicamentos e seus efeitos no organismo**. Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Novembro, 2017.

SALOTTOLO, K; MCGUIRE, E; MAINS, CW; VAN DOORN, EC; BAR-OR, D. **Occurrence, Predictors, and Prognosis of Alcohol Withdrawal Syndrome and Delirium Tremens Following Traumatic Injury**. Critical Care Medicine, Vol 45, n 5. Maio, 2017.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report, 2021.

VAN DALEM, J.; KRASS, I.; ASLANI, P. **Interventions promoting adherence to cardiovascular medicines**. IJCP, v. 34, n. 2, p. 295–311, 2012.

YUHUI, Z; EVANS, EA; MOONEY, LJ; ANDREW, JS; KELLEGHAN, A; YOO, C; YIH-ING, H. **Correlates of Long-Term Opioid Abstinence After Randomization to Methadone Versus Buprenorphine/ Naloxone in a Multi-Site Trial**. J Neuroimmune Pharmacol. Dezembro, 2018.

TÓPICOS ATUAIS EM SAÚDE

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



TÓPICOS ATUAIS EM SAÚDE

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

