



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA E FARMACOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO:
RELATO DE CASO DURANTE UMA GESTAÇÃO DE RISCO

TERESINA

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA E FARMACOLOGIA
BACHARELADO EM FARMÁCIA

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO:
RELATO DE CASO DURANTE UMA GESTAÇÃO DE RISCO

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Farmácia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

TERESINA

2012

ALEXANDRE XAVIER DE LIRA DA SILVA

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO:
RELATO DE CASO DURANTE UMA GESTAÇÃO DE RISCO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Farmácia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas (**Orientador**)

(Universidade Federal do Piauí – Campus Ministro Petrônio Portela)

Prof^ª. Dr^ª. Maria das Graças de Freire Medeiros (**Avaliador Interno**)

(Universidade Federal do Piauí – Campus Ministro Petrônio Portela)

Prof. MSc. André Santos da Silva (**Avaliador Externo**)

(Universidade Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

REITOR

Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes

VICE-REITOR

Prof. Dr.^a Nadir do Nascimento Nogueira

PRÓ-REITOR DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

Profa. Dra. Maria do Socorro Leal Lopes

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof.^a. Dr.^a. Regina Ferraz Mendes

VICE-DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof.^a. Dr.^a. Lina Gomes dos Santos

CORRDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA

Prof.^a. Dr.^a Maria das Graças Freire de Medeiros

VICE-COORDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA

Prof.^a. Eilika Andréa Feitosa Vasconcelos

DEDICATÓRIA

A meus pais, Maria Antônia e Francisco Xavier, aos quais devo tudo que sou hoje, um homem de bem. A meus irmãos Gorette e Edson Xavier, por sempre poder contar com sua ajuda e pela amizade e carinho sinceros.

Aos meus avós Raimunda Nonata, Maria do Socorro e José Cazuzza, por terem trabalhado tanto na vida e criarem todos seus filhos com dignidade. A todos os tios, primos e amigos que torceram e torcem por mim.

A meus padrinhos, e em memória de minha Madrinha Maria do Socorro, que mesmo não mais aqui, continua sempre em meu coração.

AGRADECIMENTOS

Agradecer a Deus pela oportunidade de cursar Farmácia na Universidade Federal do Piauí.

Ao professor Rivelilson Mendes de Freitas, pela dedicação, paciência e colaboração, pelos ensinamentos e amor à docência e à profissão farmacêutica.

Às professoras da Universidade Federal do Piauí, Geandra Lima, enfermeira do Programa Saúde da Família e Joilane Alves, nutricionista do Campus Senador Helvídio de Barros essenciais para o início e execução do trabalho.

A todos os professores da Universidade Federal do Piauí, da Unidade Escolar Venância Lages Veloso e Unidade Escolar Átila Lira, base de grande parte de minha formação e do meu conhecimento. Aos colegas de pré-vestibular em Cabeceiras do Piauí, em especial João de Deus e Karla Janines, pela amizade e pelo exemplo da determinação em vários momentos.

A meus colegas de turma, os **Farmanet's**, tanto aqueles que seguiram a estrada da Farmácia como aqueles que foram em busca de outros sonhos, pela inestimável companhia desses anos, pela amizade, companheirismo e confiança.

A todas as gestantes, e em especial a que me acolheu, com sua família, para a realização deste trabalho, por abrirem a porta de casa e me receberem com carinho.



Mafalda, de Quino (1968).

RESUMO

SILVA, A.X.L. **Atenção farmacêutica na gravidez e puerpério: Relato de caso durante uma gestação de risco**, 2012, 106p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Farmácia) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

A Atenção Farmacêutica, conjunto de ações promovidas pelo farmacêutico em colaboração com os demais profissionais de saúde, visa promover o uso racional dos medicamentos e a manutenção da efetividade e segurança do tratamento. Dessa forma, é possível identificar problemas relacionados a medicamentos e resultados negativos associados ao seu uso. O acompanhamento clínico de gestantes pelo farmacêutico se faz necessário em virtude do uso frequente de medicamentos durante esta fase, requerendo uma série de cuidados e precauções pelas mudanças próprias do período. Além disso, é fundamental o acompanhamento das diferentes doenças que podem complicar o período gestacional, como os quadros hipertensivos, diabetes gestacional, doenças alérgicas, obesidade, entre outras. O objetivo do trabalho foi realizar Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) durante gestação de risco (segundo critérios do Ministério da Saúde) de usuária do serviço de pré-natal do Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí, em 2012. É uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, por técnica de observação direta e entrevista em profundidade, utilizando o método Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico. Durante o AFT, foram utilizados 35 princípios ativos (associados ou não) e identificados 9 problemas relacionados a medicamentos (PRMs) e 10 Resultados negativos associados ao uso de medicamentos (RNMs), obtendo-se 100% de efetividade nas propostas de intervenção farmacêutica. Os fatores de risco gestacional identificados (segundo diretrizes do Ministério da Saúde) foram enquadrados nas categorias “Características individuais” (Índice de massa corporal pré-gestacional maior ou igual a 30 kg/m², com obesidade variando dos graus I a II); “Condições Clínicas pré-existentes” (asma e alergia a medicamentos, cosméticos e alimentos) e “doença obstétrica da gravidez atual” (pré-eclâmpsia), todos também alvo de propostas de intervenção educativa, por meio de contato direto com a usuária, com outros profissionais de saúde e elaboração de boletins informativos. Dessa forma, ficou explícita a importância do profissional farmacêutico junto das atividades do pré-natal, como forma de promover uma melhor qualidade de vida às gestantes e puérperas.

Palavras-chave: Acompanhamento Farmacoterapêutico, Gestação de risco, PRM, RNM.

ABSTRACT

SILVA, A.X.L. **Pharmaceutical care in pregnancy and postpartum: Case report during High-risk pregnancy**, 2012, 106p. End of Course Work (Bachelor of Pharmacy) - Federal University of Piauí, Teresina, 2012.

The Pharmaceutical Care, set of actions taken by the pharmacist in collaboration with other health professionals, aims to promote the rational use of medicines and maintenance of effectiveness and safety of treatment. Thus, it is possible to identify drug related problems and negative outcomes associated with their use. Clinical follow-up of pregnant women by the pharmacist is necessary because of drug use, requiring a lot of care and precautions for physiological and pharmacokinetic changes typical of the period. Furthermore, it is essential to monitor the different diseases that can complicate pregnancy, such as hypertensive situations, gestational diabetes, obesity and allergic diseases. The aim of the study was Pharmacotherapeutic Follow-Up (PF) during high-risk pregnancies (according to criteria of the Ministry of Health) of service users prenatal Institute of Perinatology Social Maternity Dona Evangelina Rosa in the city of Teresina, Piauí, in 2012. It is a research-type exploratory and descriptive technique for direct observation and in-depth interview, using the method Dader Pharmacotherapeutic Follow. During the AFT, were utilized a total of 34 active ingredients (or not associated) and identified 9 drug related problems (DRPs) and 10 negative results associated with medication use (NOMs), yielding 100% effectiveness in proposals for pharmaceutical intervention. Risk factors for gestational identified (according to the guidelines of the Ministry of Health) were divided into categories "Individual characteristics (body mass index before pregnancy greater than or equal to 30 kg / m², with obesity ranging from grades I to II); "pre-existing Medical Conditions" (asthma and allergy medicines, cosmetics and food) and "illness obstetric of current pregnancy" (preeclampsia), all also subject to proposed educational intervention through direct contact with the patient, with other health professionals and preparing newsletters. Thus, it was explicitly the importance of the pharmacist's activities with prenatal, in order to promote a better quality of life for pregnant and postpartum women.

Keywords: Pharmacotherapeutic Follow-Up, High-risk pregnancy, DRPs, NOMs

LISTA DE ABREVIATURAS

- AAS** – Ácido Acetilsalicílico
- AFT** – Acompanhamento Farmacoterapêutico
- AINES** – Antiinflamatórios não esteróides
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ATENFAR** - Atenção Farmacêutica
- CF** – Cuidados Farmacêuticos
- DMG** - Diabetes *mellitus* gestacional
- FDA** – Food and Drug Administration
- FEBRASGO** – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
- GINA** - Global Initiative for Asthma/ Iniciativa Global contra Asma
- HA** - Hipertensão Arterial
- HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica
- IgE** – Imunoglobulina E
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- IOM** – Institute of Medicine of USA
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde
- PAD** - Pressão Arterial Diastólica
- PAS** – Pressão Arterial Sistólica
- PE** – Pré-eclâmpsia
- PRM** – Problemas Relacionados a Medicamentos
- RAs** – Reações alérgicas a medicamentos
- RAM** – Reação Adversa a Medicamento
- RNM** – Resultados Negativos Associados a Medicamentos
- SBD** – Sociedade Brasileira de Diabetes
- SFT** – Seguimento Farmacoterapêutico

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Categorização de problemas relacionados à farmacoterapia e suas causas mais comuns.	26
Quadro 2	Classificação de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) e dos resultados negativos associados ao medicamento (RNMs).	27
Quadro 3	Abordagem terapêutica da asma durante a gravidez.	37
Quadro 4	Medicamentos usados no tratamento da asma e risco de teratogênese de acordo com a classificação da <i>Food and Drugs Administration (FDA)</i> .	38
Quadro 5	Drogas antiasmáticas na gravidez de acordo com a classificação da <i>Food and Drugs Administration (FDA)</i> .	38
Quadro 6	Estratégias que comprovadamente melhoram o controle da asma e reduzem a necessidade de medicação.	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Algoritmo de Naranjo utilizado para determinação da causalidade de reações adversas a Medicamentos.	29
Tabela 2	Somatório de scores resultado da utilização do algoritmo, a fim de determinar a causalidade de reações adversas a medicamentos.	29
Tabela 3	Ganho de peso recomendado de acordo com o IMC materno pré-gestacional.	33
Tabela 4	Efetividade alcançada com as intervenções sobre os RNMs identificados.	62
Tabela 5	Total de medicamentos utilizados durante o acompanhamento farmacoterapêutico.	63
Tabela 6	Relação do peso e Índice de Massa Corporal durante período gestacional.	66

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1	Lista dos principais problemas relacionados com medicamentos.	24
Ilustração 2	Boletim informativo sobre fisiopatologia e manejo da asma, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.	48
Ilustração 3	Cartão de alergia confeccionado para a usuária durante a prática da ATENFAR.	47
Ilustração 4	Notificação voluntária das reações adversas a medicamentos cadastradas no Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) durante a prática da ATENFAR.	50
Ilustração 5	Boletim informativo sobre alergias, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR na residência da paciente.	51
Ilustração 6	Boletim informativo sobre o correto armazenamento de medicamentos, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR na residência da paciente.	54
Ilustração 6	Boletim informativo sobre o correto armazenamento de medicamentos, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR na residência da paciente.	55
Ilustração 7	Boletim informativo sobre uso de medicamentos durante a lactação, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.	58
Ilustração 8	Boletim informativo sobre a importância do aleitamento materno, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.	60
Ilustração 8	Boletim informativo sobre a importância do aleitamento materno, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.	61
Ilustração 9	Monitoramento da evolução ponderal em gestantes (Curva de Atalah).	65
Ilustração 10	Valores do peso corpóreo de gestante obesa durante Acompanhamento Farmacoterapêutico.	67
Ilustração 11	Boletim informativo com orientações nutricionais, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.	69
Ilustração 12	Boletim informativo com orientações nutricionais, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.	70
Ilustração 13	Boletim informativo com orientações nutricionais, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.	71

Ilustração 14	Boletim informativo com sugestão de dieta, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.	72
Ilustração 15	Boletim informativo com sugestão de dieta, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.	73
Ilustração 16	Boletim informativo com sugestão de dieta, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.	74
Ilustração 17	Valores da pressão arterial da gestante durante Acompanhamento Farmacoterapêutico.	76
Ilustração 18	Valores de Glicemia capilar de jejum da gestante durante Acompanhamento Farmacoterapêutico.	78

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	17
2.	OBJETIVOS	19
2.1.	Geral	19
2.2.	Específicos	19
3.	JUSTIFICATIVA	20
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	21
4.1.	Histórico da Atenção Farmacêutica no Brasil	21
4.2.	RDC 44 de 2009 de 17 de agosto de 2009 e os Serviços Farmacêuticos	22
4.3.	Método Dáder	23
4.4.	Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) e Resultados Negativos Associados ao uso de Medicamentos (RNM).	24
5.	FARMACOVIGILÂNCIA E NOTIFICAÇÃO DE REAÇÕES ADVERSAS	28
6.	ATENDIMENTO PRÉ-NATAL E GESTAÇÃO DE RISCO	30
6.1.	Peso pré-gestacional maior que 75 kg ou IMC \geq 30 (Obesidade na gestação).	32
6.2.	Condições Clínicas pré-existentes: Pneumopatias (Asma na Gestação).	33
6.2.1.	Manejo da asma em gestantes	34
6.2.2.	Medidas profiláticas	39
6.3.	Condições Clínicas pré-existentes: Quadros alérgicos.	39
6.3.1.	Alergia Medicamentosa	40
6.3.2.	Alergia Alimentar	41
6.3.3.	Alergia a Cosméticos	41
6.4.	Doença obstétrica na gravidez atual (Síndromes hipertensivas da gravidez).	42
6.4.1.	Pré-eclâmpsia, eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta.	42
6.4.2.	Hipertensão crônica.	43
6.4.3.	Hipertensão gestacional	43
7.	MATERIAIS E MÉTODOS	43
7.1.	Tipo de estudo e Metodologia	43
7.2.	Questão de Ética, Local e amostra do estudo	44
7.3.	Coleta de dados	44
7.4.	Limitação do trabalho	44
7.5.	Análise dos dados e ferramentas digitais	45
8.	ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	45

8.1.	Descrição do caso	45
8.2.	Mês: Abril	45
8.3.	Mês: Maio	46
8.4.	Mês: Junho	52
8.5.	Mês: Julho	56
8.5.1.	Parto	56
8.6.	Mês: Agosto	57
8.7.	Mês: Setembro	59
9.	ANÁLISE DOS DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FISIOLÓGICOS E BIOQUÍMICOS.	64
9.1.	Peso, Altura e Cálculo do IMC.	64
9.1.1	Orientação Nutricional	68
9.2.	Pressão Arterial	75
9.3.	Glicemia Capilar de Jejum	77
10.	QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO	79
11.	CONCLUSÃO	80
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICES	86
	ANEXOS	94

1. INTRODUÇÃO

A avaliação de risco não é uma tarefa fácil. O conceito de risco à gestação está associado ao de probabilidades, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicitado. Os primeiros sistemas para avaliação de risco foram elaborados com base na observação e experiência dos seus autores e só recentemente têm sido submetidos a análises, persistindo ainda dúvidas sobre sua efetividade como discriminadores. Todos os fatores de risco, tanto os que compreendem as condições individuais e sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas e doenças obstétricas na gravidez atual requerem atenção especial por parte dos profissionais da saúde, e a unidade básica deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema (BRASIL, 2010).

Os profissionais de saúde são coadjuvantes da experiência da gestação e parto desempenhando importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar e ter consciência dessas responsabilidades (DAVIM, 2007).

Em nenhum outro campo da medicina, os riscos terapêuticos são tão grandes quanto durante a gestação. Como toda população, a gestante está sujeita a intercorrências de saúde que muitas vezes necessitam da utilização de medicamentos, sendo este um problema relevante enfrentado pelos profissionais que atendem esta população, uma vez que a maioria dos fármacos administrados a essas usuárias tem a capacidade de atravessar a placenta e expor o feto em desenvolvimento a seus efeitos farmacológicos e/ou teratogênicos. Podem existir grandes variações na farmacocinética de muitas drogas durante a gestação, e os fatores maternos podem alterar as respostas às drogas nessa fase e trazer consequências danosas à mãe e o conceito (FONTOURA, 2009; SILVA, 2010).

Enquanto nos adultos os efeitos colaterais são na maioria reversíveis, o mesmo não ocorre na fase embrionária/fetal. As contínuas mudanças celulares associadas a efeitos danosos podem determinar más formações congênitas, defeitos morfológicos irreversíveis, ou até outros efeitos bioquímicos e comportamentais que só podem se expressar em fase mais avançada da vida. (SILVA, 2010).

O objetivo que se pretende alcançar com a utilização de medicamentos é melhorar a qualidade de vida dos seus usuários, por meio da cura das doenças ou, quando isto não é

possível, controlando as suas consequências e os seus sintomas. Contudo, nem sempre que um doente utiliza um medicamento, o resultado é bom. Em muitas ocasiões, a farmacoterapia falha. Isso acontece quando os medicamentos causam dano (insegurança) e/ou quando não atingem o objetivo para qual foram prescritos (inefetividade) (DÁDER, 2009).

Nesse contexto, a prática da Atenção Farmacêutica foi definida pela primeira vez por Hepler e Strand (1990) como a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos usuários de medicamentos. Posteriormente, a OMS estendeu o benefício da Atenção Farmacêutica para toda a comunidade e ainda reconheceu o farmacêutico como um dispensador de atenção à saúde, que pode participar ativamente na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde, junto com outros membros da equipe de saúde.

Este fato justifica o desenvolvimento do conceito de cuidados farmacêuticos (CF), que pretende trazer soluções para este problema de saúde pública e constituir uma resposta efetiva para detectar, prevenir e resolver estes fracassos da farmacoterapia. Os cuidados farmacêuticos englobam todas as atividades assistenciais do farmacêutico orientadas para o usuário que utiliza medicamentos. Entre estas atividades, o seguimento farmacoterapêutico apresenta uma efetividade maior para atingir os melhores resultados em saúde possíveis, quando se utilizam medicamentos (BISSON, 2009).

O farmacêutico é o único profissional capacitado para preparar e dispensar medicamentos, responsável pela orientação e o acompanhamento do tratamento farmacológico. Esse comprometimento com o bem estar dos pacientes, associado a ações concretas na promoção e prevenção da saúde, fizeram com que o farmacêutico resgatasse seu papel, sua função e o seu valor no sistema de saúde. Dessa forma, o crescimento da Atenção Farmacêutica no Brasil, por meio da qual pode ser estabelecida uma relação de confiança entre o farmacêutico e o usuário de serviço de saúde, colaborando para a melhoria da qualidade de vida dos usuários (BISSON, 2009).

2. OBJETIVOS

2.1.1 Geral

Realizar acompanhamento farmacoterapêutico, por meio da metodologia Dáder, de uma usuária do serviço de pré-natal do Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí, durante gestação de risco.

2.1.2. Específicos

- Identificar o aparecimento de problemas relacionados com medicamentos (PRMs), bem como resultados negativos associados ao medicamento (RNMs).

- Listar e classificar os medicamentos usados no decorrer da gestação, bem como monitorar e notificar as reações adversas a medicamentos apresentados pela gestante durante o Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) por meio do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA).

- Realizar monitoramento do Índice Antropométrico de Massa corporal (IMC) e parâmetros fisiológicos (aferição de pressão arterial) e bioquímicos (índice de glicemia capilar de jejum).

- Elaborar material educativo sobre as patologias apresentadas pela gestante, assim como hábitos alimentares, uso de medicamentos durante a gravidez e lactação, em entre outros.

- Aplicar ao término do Acompanhamento Farmacoterapêutico, questionário de Satisfação da usuária quanto aos serviços de Atenção Farmacêutica adotados.

3. JUSTIFICATIVA

Os estudos sobre a prevalência do uso de medicamentos na gravidez se intensificaram nas últimas duas décadas apontando em vários países, o grande percentual de mulheres que utilizam algum tipo de medicamento durante a gestação. Entre as gestantes, os estudos apontam que 83,8% a 97,6% utilizam pelo menos um medicamento durante a gravidez e o período de internação para o parto. Essas prevalências podem estar em parte, relacionadas à prescrição muito difundida de ferro e ácido fólico neste período, mas outros medicamentos, muitos dos quais sem a comprovação necessária de segurança de uso nesse estado, também foram citados (GEIB, 2007; LEITE et al., 2008).

O acompanhamento farmacêutico clínico de gestantes tem grande importância, uma vez que o uso de medicamentos durante as várias fases da gravidez não é raro, e as alterações farmacocinéticas, da mãe e a possível passagem das drogas pela placenta, com efeitos teratogênicos, podem complicar o bom andamento do estado gestacional clínico da gestante. Além disso, as diferentes doenças que podem complicar a gravidez têm características clínicas e patológicas fundamentalmente iguais aos mesmos estados patológicos fora da gravidez e podem se diferenciar somente em relação a medidas terapêuticas, que estão condicionadas e limitadas pela presença do feto em desenvolvimento (BISSON, 2009).

As gestações de risco, na qual as probabilidades de complicações à saúde da mãe e criança estão acima do risco basal médio da população devido à presença de um ou mais fatores, demandam atenção e cuidado imediatos e permanentes, devendo todos os profissionais que prestam assistência a gestantes estar atentos à existência desses fatores e ser capazes de avaliá-los dinamicamente, de maneira a determinar o momento em que a gestante necessitará de assistência especializada ou de interconsultas com outros profissionais.

Dessa forma, é essencial assegurar que todas as gestações terminem com o nascimento de um recém-nascido saudável e sem prejuízos à saúde materna, sendo que o farmacêutico tem papel essencial durante esse processo, fornecendo informações sobre a tomada de medicamentos e a importância do seu uso racional, possíveis interações medicamentosas e alimentares, entre outros.

4. REFERENCIAL TEÓRICO.

4.1. Histórico da Atenção Farmacêutica no Brasil.

A Atenção Farmacêutica (ATENFAR) foi reconhecida no Brasil como uma estratégia de atuação social e multidisciplinar do farmacêutico junto ao paciente e à sociedade. Sua prática deve estar orientada para educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensa de medicamentos, atendimento, acompanhamento farmacêutico, registro sistemático de atividades e avaliação dos resultados, visando a terapias eficientes e seguras (SILVA, 2009).

Em 2002, foi publicado um relatório intitulado *Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos*, que representa o registro do caminho trilhado até o momento para a promoção da atenção farmacêutica no Brasil, proposto pelo grupo coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) e com a participação de profissionais de várias partes do país, que teve como finalidade divulgar os trabalhos realizados até a presente data, como um instrumento para a ampliação da participação de entidades e profissionais interessados (BISSON, 2009).

Nesse encontro, foi definido o conceito de Atenção Farmacêutica:

“Um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde”

(Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, 2002).

O grupo de trabalho que elaborou o relatório teve o objetivo geral de promover a atenção farmacêutica no país e os objetivos específicos de elaborar uma proposta de pré-consenso para a promoção da atenção farmacêutica e harmonização de conceitos inerentes à prática farmacêutica.

4.2. RDC nº44 de 17 de agosto de 2009 e os Serviços Farmacêuticos

O objetivo da prestação dos serviços farmacêuticos é alcançar os melhores resultados de saúde possíveis e melhorar assim a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades. Tal objetivo se assemelha muito ao valor central de um sistema de saúde baseado na atenção primária. A prestação dos serviços farmacêuticos é considerada como um processo chave, pois se relaciona com a prestação direta do serviço ao público final e por isso contribui com a obtenção de resultados em saúde (VIEIRA, 2008).

A RDC Nº 44, de 17 de agosto de 2009 que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias, traz em seu capítulo VI a finalidade da atenção farmacêutica, que deve ter como objetivos a prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos, promoção do uso racional dos medicamentos, a fim de melhorar a saúde e qualidade de vida dos usuários, subsidiando informações quanto ao estado de saúde e situações de risco, assim como permitir o acompanhamento ou a avaliação da eficácia do tratamento prescrito por profissional habilitado (BRASIL, 2009).

A prestação de serviço de atenção farmacêutica compreende a **atenção farmacêutica domiciliar**, a aferição de parâmetros **fisiológicos** e **bioquímicos** e a administração de medicamentos. Quanto à assistência farmacêutica domiciliar, de acordo com o artigo 68 da resolução, o serviço consiste na avaliação da eficácia do tratamento prescrito, a promoção do uso racional de medicamentos, a verificação de parâmetros fisiológicos (por exemplo, pressão arterial e temperatura) e parâmetros bioquímicos (como teste de glicemia capilar) e, ainda, a administração de medicamentos (nebulização, aplicação de injetáveis) na residência do paciente (BRASIL, 2009).

Quanto maior for a adoção de um enfoque centrado no paciente e no estabelecimento de uma relação terapêutica, melhor serão os resultados possíveis de se obter com a adequada farmacoterapia¹⁹. O principal fator nessa relação é o compromisso a ser firmado na obtenção de resultados terapêuticos concretos de forma sistemática, contínua e documentada visando melhorar a qualidade de vida do paciente. O seguimento farmacoterapêutico é um processo de assistência ao paciente no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades relacionadas aos medicamentos do usuário (PINHEIRO, 2010).

4.3. Método Dáder

O Método Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) foi desenvolvido pelo grupo de investigação em atenção farmacêutica da Universidade de Granada em 1999, e atualmente, centenas de farmacêuticos de diversos países vêm aplicando-o durante tratamento de grupos específicos de pacientes. O método se baseia na obtenção da história farmacoterapêutica dos usuários dos serviços de saúde, por meio dos problemas de saúde que ele apresenta e os medicamentos que utiliza, e na avaliação de seu estado de situação em uma data determinada a fim de identificar e resolver os possíveis Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs) apresentados pelo usuário. Após esta identificação, se realizarão as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRM e posteriormente se avaliarão os resultados obtidos (SILVA, 2009).

De acordo com Simoni (2009) a execução do método consta das seguintes fases:

a) Oferta do serviço: consiste em explicar de forma clara e resumida como será o atendimento a ser realizado e seus objetivos. Caso o usuário aceite, se agenda a primeira entrevista, pedindo a ele que traga uma sacola com todos os medicamentos que possui em casa, bem como resultados de exames laboratoriais, diagnósticos médicos ou outras informações relevantes.

b) Primeira entrevista: onde se realiza a coleta de informações, por meio da descrição do usuário acerca das suas preocupações e problemas de saúde, seu tratamento e hábitos de vida, e de perguntas específicas sobre a utilização de cada medicamento e revisão de sistemas.

c) Análise situacional: a partir da história farmacoterapêutica, se busca identificar a relação entre problemas de saúde e uso dos medicamentos. As informações são organizadas de forma estruturada, para permitir uma visão passo a passo de cada medicamento e, também, global sobre o caso, facilitando a identificação de suspeitas de PRMs.

d) Fase de estudo e avaliação global: etapa que permite a obtenção de informações científicas sobre os problemas de saúde e medicamentos do paciente, e encontrar a melhor evidência científica disponível para identificar possíveis problemas relacionados a medicamentos apresentados. É realizada a partir dos achados da fase de estudo em conjunto com a análise situacional.

f) Fase de intervenção: objetiva desenhar e por em prática o plano de atuação junto com o usuário. A participação do mesmo na elaboração do plano é imprescindível, sendo que as intervenções que serão postas em prática devem ser de comum acordo. Quando necessário, deve-se também entrar em contato com a equipe de saúde. Por fim, durante o Acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) são realizadas entrevistas sucessivas (resultado da intervenção) que permitem conhecer a resposta do usuário/médico a proposta de intervenção realizada pelo farmacêutico, e feita uma nova análise situacional e avaliação global, caso ocorram alterações na farmacoterapia ou surgimento de novos problemas de saúde, nova análise situacional deve ser realizada, da maneira com que foi executada a primeira e, conseqüentemente a avaliação global.

Assim, o método Dáder propõe um procedimento concreto, no qual se elabora um estado situacional objetivo de cada usuário. Deste, são derivadas as intervenções farmacêuticas correspondentes, nas quais cada profissional conjuntamente com o paciente e seu médico decidem o que fazer em função dos conhecimentos e condições particulares que afetam cada caso (DÁDER, 2008).

4.4. Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs) e Resultados Negativos Associados ao uso de Medicamentos (RNMs).

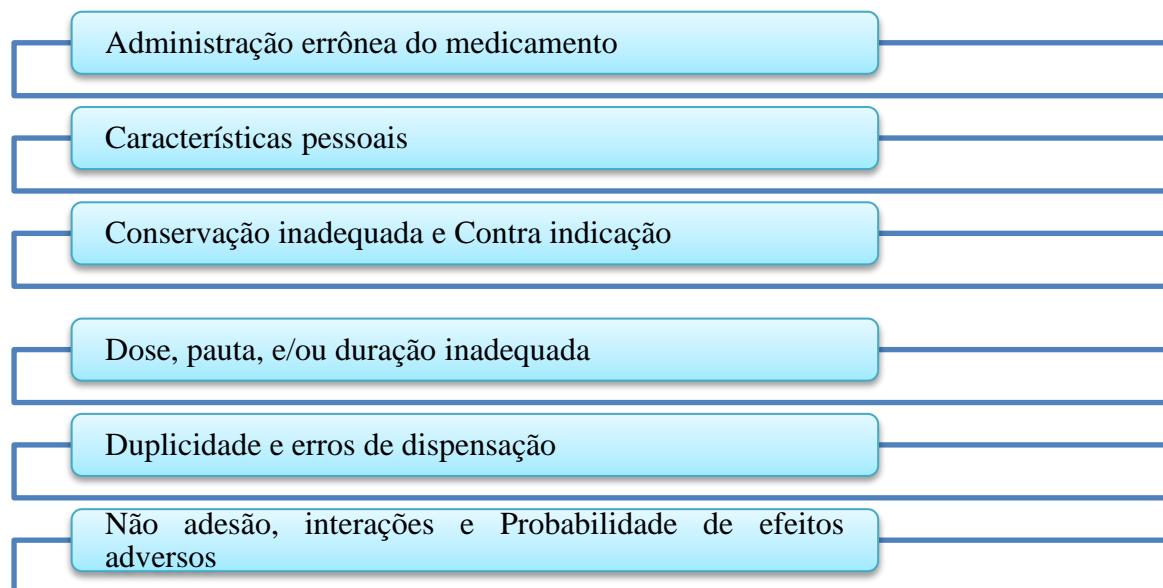
Em 1998, na Espanha, foi definido pela primeira vez o termo PRM, no primeiro Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. Diferentes interpretações da definição original levaram a que o conceito fosse revisto novamente no ano de 2002, no Segundo Consenso de Granada, onde finalmente ficou definido como “problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, devidos à farmacoterapia que, provocados por diversas causas, conduzem ao não alcance do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos não desejados”.

Um dos pontos-chave na definição de PRM dada pelo Segundo Consenso de Granada é que os PRM eram resultados clínicos negativos, pelo que, não deviam ser confundidos com falhas ou problemas que pudessem aparecer ou serem produzidos durante o processo de uso dos medicamentos, que, em todo caso, poderiam ser causas de PRM. Devido às diversas definições e classificações de PRM foram misturados processos (causas) com resultados.

Toda esta confusão que o termo PRM gerava, tornou mais premente a necessidade de se utilizar termos biomédicos, que sendo comumente aceitos, trazem uma maior especificidade e não são refutáveis. Neste sentido, Fernández-Llimós (2004) propuseram a

utilização de: **resultados clínicos negativos da medicação**. O uso desta “nova terminologia” para designar os PRM foi posteriormente acordado por consenso num grupo de peritos (Terceiro Consenso de Granada sobre PRM e RNM), que, por fim, adotou o termo de **resultados negativos associados ao uso dos medicamentos**; de forma abreviada **resultados negativos associados à medicação (RNM)**. Os RNM são problemas de saúde, alterações não desejadas no estado de saúde do doente atribuíveis ao uso (ou desuso) dos medicamentos. Para medi-los utiliza-se uma variável clínica (sintoma, sinal, evento clínico, medição metabólica ou fisiológica, morte), que não atinge os objetivos terapêuticos estabelecidos para o doente (FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al, 2004).

O Terceiro Consenso de Granada propõe classificação de RNM com base em requerimentos que todo medicamento deve ter para ser utilizado: efetividade e segurança; adaptou a definição de seguimento farmacoterapêutico do Documento de Consenso em Atenção Farmacêutica do Ministério de Saúde e Consumo da Espanha, de 2002, como a prática profissional em que o farmacêutico se torna responsável quanto às necessidades do



paciente relacionadas com os medicamentos (DÁDER, 2008).

Ilustração 1. Lista dos principais problemas relacionados com medicamentos.

Fonte: FÓRUM de AF, 2006.

Outros problemas de saúde que afetam o tratamento	
Problema de saúde insuficientemente tratado	
Outros	

Quadro 1. Categorização de problemas relacionados à farmacoterapia e suas causas mais comuns.

Problema	Situação Clínica	Causas Comuns
Farmacoterapia necessária	Há necessidade de iniciar farmacoterapia no paciente	Há um problema de saúde não tratado que requer medicamento / O paciente tem dificuldade de acesso ao medicamento (não usa) / Há necessidade de farmacoterapia preventiva para redução de risco do paciente
Farmacoterapia desnecessária	O paciente utiliza farmacoterapia que não é necessária	Não há uma indicação clínica válida para o medicamento em uso / Múltiplos medicamentos estão sendo usado quando apenas um seria suficiente / O paciente está tratando com medicamento uma RAM que poderia ser resolvida ou evitada / O problema de saúde poderia ser tratado mais adequadamente com medidas não farmacológicas
Inefetividade da Farmacoterapia	A farmacoterapia não alcança a meta terapêutica proposta	O paciente apresenta-se refratário ao tratamento / A forma farmacêutica é inadequada para o problema / O medicamento apresenta problemas de qualidade / O paciente está recebendo uma dose muito baixa / O paciente tem dificuldade de acesso ao medicamento (usa menos) / Há uma interação medicamentosa reduzindo o efeito do medicamento / A frequência de uso ou duração do tratamento é insuficiente para produzir resposta
Insegurança da Farmacoterapia	O medicamento causa um novo problema de saúde no paciente ou agrava um problema pré-existente	O paciente está sofrendo uma reação adversa ao medicamento (RAM) / O medicamento é contra-indicado devido a fatores de risco do paciente / Há uma interação medicamentosa aumentando o efeito do medicamento / O paciente está recebendo uma dose muito alta / A frequência de dosagem está muito curta / A duração do tratamento está muito longa
Baixa adesão do paciente à Farmacoterapia	O paciente não adere apropriadamente à farmacoterapia de forma voluntária ou involuntária	O paciente não entendeu apropriadamente as orientações / O paciente tem dificuldade para se lembrar de tomar os medicamentos / O medicamento não pode ser adquirido pelo paciente / O paciente administra incorretamente o medicamento ou não é capaz de fazê-lo corretamente / O paciente prefere não tomar os medicamentos

Fonte: CORRER; OTUKI; 2012.

Quadro 2. Classificação dos resultados negativos associados ao medicamento (RNMs) pelo terceiro Consenso de Granada (2007).

Necessidade	<ul style="list-style-type: none"> ● RNM - Problema de saúde não tratado: O paciente sofre um problema de saúde associado ao fato de não receber um medicamento que necessita.
	<ul style="list-style-type: none"> ● RNM - Efeito do medicamento não necessário: O paciente sofre um problema de saúde associado ao fato de receber um medicamento que não necessita.
Efetividade	<ul style="list-style-type: none"> ● RNM - Inefetividade não quantitativa: O paciente sofre um problema de saúde associado a um inefetividade não quantitativa do medicamento.
	<ul style="list-style-type: none"> ● RNM - Inefetividade quantitativa: O paciente sofre um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa do medicamento.
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> ● RNM - Insegurança não quantitativa: O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento.
	<ul style="list-style-type: none"> ● RNM - Insegurança quantitativa: O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento.

Fonte: Dáder, 2007.

5. FARMACOVIGILÂNCIA E NOTIFICAÇÃO DE REAÇÕES ADVERSAS

A farmacovigilância é a ciência que analisa e classifica as suspeitas de reações adversas aos medicamentos, levantando hipóteses, analisando incidência estatística, validando ou descartando a possibilidade dessas reações. Consiste desse modo, de atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos. Reação adversa a medicamento é qualquer resposta a um fármaco que seja prejudicial, não intencional, e que ocorra nas doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças, ou para a modificação de uma função fisiológica (ANVISA, 2011).

A notificação de RAM é vista como um instrumento regulatório fundamental para alimentar o sistema de farmacovigilância em um país. Quanto mais forte for o sistema nacional de farmacovigilância e de notificações de RAMs, mais provável será que decisões regulatórias equilibradas sejam tomadas pelos órgãos regulatórios como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária no Brasil. Os Métodos epidemiológicos mais sistemáticos e consistentes que levem em conta as limitações da notificação espontânea são necessários para que essas questões importantes da segurança sejam trabalhadas (ROMEU et al, 2011).

Aos envolvidos na farmacovigilância cabe avaliar sistematicamente as reações adversas aos medicamentos e também identificar precocemente as reações adversas graves e interações não descritas em bula ou na literatura; identificar o aumento na frequência de reações adversas conhecidas; identificar fatores de risco e possíveis mecanismos subjacentes às reações adversas; identificar os sinais de alerta que evidenciam uma relação de causalidade entre fármaco e reação adversa a medicamentos (RAM) e promover a segurança e o uso racional de medicamentos (ANVISA, 2011).

A causalidade da notificação de reação adversa pode ser avaliada com a aplicação de algoritmos desenvolvidos para essa finalidade e, dependendo da consistência da hipótese, da gravidade da RAM observada, do volume de notificações e do número potencial de pessoas afetadas, são tomadas as decisões e as medidas cabíveis. O algoritmo mais comumente utilizado para a determinação da causalidade de um evento adverso é o algoritmo de Naranjo e colaboradores (1981), composto por dez perguntas, com três opções de resposta (sim, não ou desconhecido), e tem a finalidade de buscar informações sobre as reações (**Tabela 1**). Para cada resposta, são atribuídos pontos, sendo que por meio do somatório destes (score), torna-se possível classificar as reações em categorias de probabilidade: definida, provável, possível, condicional ou duvidosa (**Tabela 2**).

Tabela 1. Algoritmo de Naranjo utilizado para determinação da causalidade de reações adversas a Medicamentos.

Questões	Sim	Não	Desconhecido	Soma Scores
1. Existem notificações conclusivas sobre esta reação?	+ 1	0	0	
2. A reação apareceu após a administração do fármaco?	+ 2	- 1	0	
3. A reação melhorou quando o fármaco foi suspenso?	+ 1	0	0	
4. A reação reapareceu quando da sua re-administração?	+ 2	-1	0	
5. Existem causas alternativas (até mesmo outro fármaco)?	- 1	+2	0	
6. A reação reaparece com a introdução de um placebo?	- 1	+1	0	
7. A Concentração plasmática está em nível tóxico?	+ 1	0	0	
8. A reação aumentou com dose maior ou reduziu com dose menor?	+ 1	0	0	
9. O paciente já experimentou semelhante reação anteriormente com medicamentos de mesmo fármaco?	+ 1	0	0	
10. A reação foi confirmada por qualquer evidência objetiva?	+ 1	0	0	
			Total	

Fonte: Naranjo et al, 1981.

Tabela 2. Somatório de scores resultado da utilização do algoritmo, a fim de determinar a causalidade de reações adversas a medicamentos.

Somatório dos scores	Somatório dos scores
9 ou +	Definida
5 a 8	Provável
1 a 4	Possível
0 ou -	Duvidosa

Fonte: Naranjo et al, 1981.

6. ATENDIMENTO PRÉ-NATAL E GESTAÇÃO DE RISCO

O pré-natal é definido como um “conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de acompanhar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde”. A oferta de cuidados qualificados à gestante, à puérpera e ao recém-nascido exige a definição de estratégias de atendimento que envolvam todas as pessoas que, direta ou indiretamente, desempenhem atividades nas unidades de saúde que compõem determinada rede regional de atenção à saúde em particular nas unidades básicas de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros). Deve sempre se buscar atender às necessidades das mulheres nesse momento de suas vidas, favorecendo uma relação ética entre as usuárias e os profissionais de saúde. Para a garantia da qualidade, não se pode prescindir, nas unidades de saúde, de infraestrutura adequada, profissionais capacitados e organização dos processos de trabalho ali desenvolvidos. (BRASIL, 2005).

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (BRASIL, 2012).

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. Embora os esforços dos cientistas para criar um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco não tenham gerado nenhuma classificação capaz de prever problemas de maneira acurada, existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, uma vez que podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador (ACCIOLY, 2005).

O Manual Técnico de Gestação de Risco do Ministério da Saúde (2012) classifica os marcadores e fatores de risco gestacionais em “presentes anteriormente à gestação” e “surgidos no decorrer da gestação”. Os anteriores à gestação se dividem em três categorias: (1) Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; (2) História reprodutiva anterior e (3) Condições clínicas preexistentes. Os outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco. São eles: (4) A exposição indevida ou

acidental a fatores teratogênicos; (5) a doença obstétrica na gravidez atual e (6) as intercorrências clínicas.

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade maior que 35 anos;
- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso pré-gestacional menor que 45 kg e maior que 75 kg (IMC<19 e IMC>30);
- Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
- Situação conjugal insegura;
- Conflitos Familiares
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas e Hábitos de vida – fumo e álcool;
- Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário;
- Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

Fonte: Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco, MS, 2012.

2. História reprodutiva anterior:

- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Parto pré-termo anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e grande multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Diabetes gestacional;
- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

Fonte: Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco, MS, 2012.

3. Condições clínicas preexistentes:

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local) e Ginecopatias;
- Doenças autoimunes e alérgicas
- Neoplasias.

Fonte: Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco, MS, 2012.

4. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.

Fonte: Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco, MS, 2012.

5. Doença obstétrica na gravidez atual

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Insuficiência istmo-cervical;
- Aloimunização;
- Óbito fetal.

Fonte: Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco, MS, 2012.

6. Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Fonte: Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco, MS, 2012.

■ Fatores de risco apresentados pela usuária no AFT.

6.1. Peso pré-gestacional maior que 75 kg ou IMC ≥ 30 (Obesidade na gestação)

Sobrepeso e obesidade são definidos como acúmulo anormal ou excessivo de tecido adiposo que pode levar a prejuízos para a saúde, sendo que a gestação pode atuar como desencadeante da obesidade, ou ser um agravante quando esta for pré-existente. A obesidade é uma doença crônica, complexa e multifatorial, que se desenvolve a partir da interação entre o genótipo e o ambiente, porém sua etiopatogenia ainda não é totalmente compreendida. No entanto, sabe-se que ela envolve a integração de fatores sociais, comportamentais, genéticos, culturais, fisiológicos e metabólicos (GADELHA et al, 2009; MATTAR et al, 2009).

Diante da epidemia mundial de obesidade, vem sendo observado um aumento da prevalência da obesidade também em mulheres em idade reprodutiva e um aumento do ganho de peso na gestação. A gestação está incluída na lista dos fatores clássicos desencadeantes da obesidade. E o início ou manutenção da obesidade nesta fase está associado a inúmeros riscos maternos e fetais. O ganho de peso ideal na gestação é baseado nas recomendações do

Institute of Medicine (IOM, 2009) e leva em consideração o IMC pré-concepcional da paciente (**Tabela 3**) (RASMUSSEN, 2009).

Tabela 3. Ganho de peso recomendado de acordo com o IMC materno pré-gestacional.

Estado nutricional antes da gestação	IMC (kg/m²)	Ganho de peso durante a gestação (Kg)	Ganho de peso por semana no 2° e 3° trimestre (Kg)
Baixo Peso	<18,5	12,5 – 18	0,5
Peso Adequado	18,5-24,9	11 – 16	0,4
Sobrepeso	25,0-29,9	7 – 11,5	0,3
Obesidade	≥30,0	5 – 9	0,2

Fonte: Institute of Medicine (IOM, 2009).

A utilização do IMC (peso(kg)/altura(m)²) representa certa facilidade na compreensão da avaliação nutricional durante a gestação, pois, o mesmo tem sido proposto pela Organização Mundial da Saúde para avaliar o estado nutricional de outros grupos populacionais. O IMC possui boa associação com o grau de adiposidade e com o risco de enfermidades crônicas não transmissíveis, é fácil de calcular e tem a vantagem de não requerer um padrão de referência (ATALAH et al., 1997).

O MS recomendou a partir de 2004 o uso da Curva e Tabela de Atalah como método de avaliação do estado nutricional de gestantes (BRASIL, 2005). O instrumento utilizado (tabela e gráfico equivalente) é baseado no IMC por idade gestacional

Para, Oliveira (2007), as vantagens do uso da Curva de Atalah são a realização de diagnóstico e avaliação nutricional em qualquer momento da atenção pré-natal, possibilitando o monitoramento do estado nutricional mediante a visualização do traçado dos valores de IMC marcados no gráfico, e o uso em situações específicas, como em mulheres muito baixas ou muito altas, já que o cálculo pode ser feito para qualquer estatura.

6.2. Condições Clínicas pré-existentes: Pneumopatias (Asma na Gestação).

A asma encontra-se presente em 4% a 8% das mulheres grávidas e constitui uma causa comum de complicação durante este período, podendo levar a um aumento significativo da morbidade, tanto para a mãe, quanto para o feto. Por outro lado, a gravidez pode também interferir no controle e na severidade da asma (OLIVEIRA, 2008).

É uma doença crônica das vias respiratórias, caracterizada por exacerbações intermitentes de doença aguda pelas crises de asma. Os sintomas de asma consistem em dispnéia e sibilância, bem como produção de muco e tosse. A asma é tanto uma doença pulmonar obstrutiva quanto uma doença inflamatória; o componente obstrutivo caracteriza-se por broncoconstrição, enquanto o componente inflamatório é caracterizado por edema das vias respiratórias, hiperplasia das células caliciformes, secreção de muco e infiltração por uma ampla variedade de células imunes e inflamatórias, que liberam diversas citocinas associadas. Embora a obstrução das vias respiratórias seja, na maioria dos casos, reversível, a asma, com o decorrer do tempo, pode causar remodelagem das vias respiratórias e deterioração permanente da função pulmonar (GOLAN, 2009).

Mulheres grávidas com asma moderada a severa tendem a deteriorar sua condição respiratória e a apresentar maior número de exacerbações. A asma severa e não controlada pode estar associada à morte fetal, parto pré-termo e prematuridade fetal, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial gestacional, hiperemese gravídica, diabetes gestacional, hemorragias anti e pós-parto, aumento nas indicações de cesarianas, aumento da mortalidade perinatal, retardo no crescimento intrauterino, hipóxia neonatal e permanência hospitalar prolongada. Entretanto, se a asma estiver adequadamente tratada e bem controlada, a incidência de complicações não é significativamente diferente das gestantes não asmáticas, o que enfatiza a importância da otimização do tratamento (OLIVEIRA, 2008).

De acordo com estudos realizados, 35% a 42% das asmáticas pioram durante a gestação, 33% a 40% permanecem estáveis e 28% melhoram. De uma maneira mais prática, pode ser utilizada a "regra do terço", considerando que 1/3 das pacientes melhoram, em outro terço os sintomas se agravam e em uma mesma proporção a asma continua estável. Os mecanismos envolvidos com estas alterações ainda são pouco conhecidos, porém, a melhora das crises tem sido relacionada especialmente com os níveis de progesterona, cortisol livre, prostaglandina E₂, dentre outros. Das condições que pioram os sintomas, destacam-se os níveis de prostaglandina F₂ e outras situações que ocorrem em asmáticas não grávidas, tais como, estresse, doença do refluxo gastroesofágico, infecções viróticas, rinite, sinusite, entre outras (SOUSA, 2005).

6.2.1. Manejo da asma em gestantes

De acordo com IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2006) o objetivo do manejo é a obtenção do controle da doença. Controle refere-se à extensão com a qual as

manifestações da asma estão suprimidas, espontaneamente ou pelo tratamento, e compreende dois domínios distintos: pelo controle das limitações clínicas atuais e pela redução dos riscos futuros. Os objetivos do tratamento são: 1) Atingir e manter o controle dos sintomas; 2) Manter as atividades da vida diária normais, incluindo exercícios; 3) Manter a função pulmonar normal ou o mais próximo possível do normal; 4) Prevenir as exacerbações; 5) Minimizar os efeitos colaterais das medicações e 6) Prevenir a mortalidade.

Para Voltarelli e colaboradores (2009), as drogas mais utilizadas no tratamento da asma são:

- **β_2 -Agonistas de Ação Curta**

Os β_2 -agonistas de ação curta, geralmente, são empregados para alívio dos sintomas, portanto o mínimo possível e apenas quando necessário. As drogas desse grupo são salbutamol, fenoterol e terbutalina. A quantidade de medicação usada pelo paciente é um critério de controle clínico. Não há um número absoluto que identifique o controle ou o descontrole, pois pacientes com asma grave podem usar esse tipo de broncodilatador diariamente (uma vez ao dia) e, mesmo assim, ser considerado um excelente resultado em relação à frequência de uso prévia ao tratamento. Os β_2 -agonistas de ação curta são empregados como medicação de alívio, não sendo prescritos como medicação de manutenção (preventiva).

- **Corticosteróides Inalados, Cromonas e Antileucotrienos**

Os corticosteróides inalados estão indicados nos casos de asma persistente, considerados a base do tratamento da asma. São medicamentos empregados para profilaxia dos sintomas e controle da asma; portanto, para uso contínuo e de horário, em geral, duas vezes ao dia, seguidas de higiene oral para prevenção de efeitos colaterais locais. As drogas desse grupo são beclometasona, budesonida, fluticasona e ciclesonida.

- **β_2 -agonistas de Ação Prolongada**

Os β_2 -agonistas de ação prolongada ou LABA (*long acting beta-2 agonists*) (formoterol e salmeterol) são recomendados em associação a corticosteróides inalados, Cromonas ou Antileucotrienos. Os fármacos desse grupo são utilizados apenas por via inalatória na dose de 50 mcg por dose para o salmeterol e 12 mcg para o formoterol, ambos administrados duas vezes ao dia. Os efeitos colaterais mais comuns são semelhantes aos do

β_2 -agonistas de ação curta: tremores, taquicardia e hipocalcemia. Esta é a única classe de broncodilatadores não utilizada na exacerbação aguda da asma.

- **Teofilina e Brometo de Ipratrópio**

Os broncodilatadores teofilina e brometo de ipratrópio são menos eficazes do que os β_2 -agonistas. A teofilina tem a limitação adicional de potenciais efeitos colaterais. Os efeitos colaterais das metilxantinas (teofilina e aminofilina) são insônia, gastrite, piora da úlcera ou refluxo gastroesofágico, taquicardia, náuseas, vômitos, arritmias, cefaléia, hematêmese, hiperglicemia e hipocalcemia. A dosagem do nível sérico deve ser realizada de rotina. O ipratrópio, um anticolinérgico por via inalatória, apresenta como efeito colateral apenas o gosto desagradável. Além disso, pode ser administrado em associação β_2 -agonistas de ação curta (no mesmo produto e dispositivo), o que o torna mais simples de ser utilizado, mais econômico e mais seguro. Por outro lado, as formulações de ação prolongada da teofilina podem auxiliar no controle dos sintomas noturnos, o que não seria possível com o uso do ipratrópio.

- **Corticosteróides Sistêmicos**

Apesar de ser a medicação mais eficaz, é a que causa mais efeitos colaterais: hiperglicemia, aumento do apetite, ganho de peso, retenção hídrica, hipertensão arterial sistêmica, úlcera péptica, alterações cutâneas e do humor. O uso prolongado se associa a outros efeitos ainda mais deletérios como síndrome de Cushing, osteoporose, miopatia e redução do crescimento no caso das crianças. Os fármacos mais empregados são metilprednisolona, prednisolona, prednisona e hidrocortisona, sempre na dose mínima para controle dos sintomas e redução dos riscos de crise fatal de asma.

Em consonância com as atuais Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) para o Manejo da Asma (2012) que se encontram primariamente fundamentadas nas recomendações da Iniciativa Global contra Asma (*Global Initiative for Asthma/GINA*), o manejo de pacientes gestantes e com asma brônquica segue recomendação da FDA (*Food and Drugs Administration*) dos Estados Unidos, que também classifica as drogas quanto ao risco de teratogênese durante o tratamento da asma (**quadros 4 e 5**).

O tratamento da asma deve ser baseado na gravidade da doença. De acordo com as diretrizes, deve ser utilizada a menor dose de medicação necessária para obter um controle adequado dos sintomas. Na prática, isso significa ajustar a dose do medicamento para obter um controle adequado e, a seguir, que ela seja reduzida para a menor dose efetiva. Foi recomendada uma abordagem de cuidados por etapas para facilitar o tratamento ambulatorial

da asma. Deve-se classificar a asma quanto à gravidade para o planejamento terapêutico inicial. No seguimento do paciente, o tratamento se baseia na resposta clínica do paciente à medicação inicialmente empregada. Uma forma de classificação atualmente empregada utiliza os níveis de gravidade intermitente, leve persistente, moderada persistente e grave persistente (**quadro 3**).

Quadro 3. Abordagem terapêutica da asma durante a gravidez.

Classificação	Frequência/Gravidade	Função Pulmonar	Terapêutica
Intermitente	Sintomas ≤ 2 vezes/semana Despertares noturnos ≤ 2 vezes/mês. Exacerbações de curta duração	$\geq 80\%$ (Função pulmonar normal entre episódios)	Agonista $\beta 2$ Inalatórios de ação curta, quando necessário.
Persistente leve	Sintomas > 2 vezes/semana Despertares noturnos > 2 vezes/mês. Exacerbações de curta duração, passíveis de afetar a atividade.	$\geq 80\%$	Cromonas inaladas Continuar inalação se boa resposta prévia à gravidez. Substituir por corticóides inalados , se resposta anterior for inadequada.
Persistente Moderada	Sintomas diários Despertares noturnos > 1 vez/semana Exacerbações frequentes que duram vários dias, afetando a atividade.	60-80%	Corticóides inalados se boa resposta prévia à gravidez. - Adicionar teofilina oral e/ou salmeterol inalado
Persistente Grave	Sintomas contínuos Atividade limitada Despertares noturnos e Exacerbações graves e frequentes	$< 60\%$	Anterior + corticóides orais (dias alternados ou diários, se necessário).

Adaptado de DOMBROWSKI, 2000 e GOLAN, 2009.

Quadro 4. Medicamentos usados no tratamento da asma e risco de teratogênese de acordo com a classificação da *Food and Drugs Administration (FDA)*.

Categoria	Interpretação
A	Estudos controlados mostram risco ausente: Estudos bem controlados, adequados, em mulheres grávidas, não demonstram risco para o feto.
B	Nenhuma evidência de risco em humanos: Achados em animais mostraram risco, mas em humanos não ou, se estudos humanos adequados não foram feitos, os achados em animais foram negativos.
C	Risco não pode ser excluído: Não existem estudos positivos em humanos e em animais para risco fetal ou inexistem estudos. Contudo, os benefícios potenciais justificam o risco potencial.
D	Evidência positiva de risco: Dados de investigação ou após liberação no mercado mostram risco para o feto. Mesmo assim, os benefícios potenciais podem sobrepujar o risco.
X	Contraindicado na gravidez: Estudos em animais e humanos, ou relatos de investigação ou após liberação no mercado, mostraram risco fetal que claramente é maior que os benefícios potenciais.

Fonte: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2006).

Quadro 5. Drogas antiasmáticas na gravidez de acordo com a classificação da *Food and Drugs Administration (FDA)*.

Classe	Droga específica	Categoria FDA
Beta 2-agonistas	Salbutamol	C
	Epinefrina	C
	Salmeterol	C
	Formoterol	C
	Terbutalina	B
Metilxantinas	Teofilina	C
Anticolinérgicos	Ipratrópio	B
Corticosteróides	Prednisona	Não classificada
	Budesonida	B
	Beclometasona	C
	Triancinolona	C
Cromonas	Cromoglicato de sódio	B
	Nedocromil	B
Antileucotrienos	Zafirlucaste	B
	Montelucaste	B

Fonte: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2006).

6.2.2. Medidas profiláticas

A asma será considerada sob controle clínico quando o paciente apresentar o mínimo de sintomas (idealmente, nenhum), incluindo sintomas noturnos; apresentar exacerbações muito raramente e sem necessidade de atendimento de urgência; fazer uso apenas ocasional do broncodilatador e obter a melhor função pulmonar possível. Tão importante quanto a prescrição é a educação em asma, ou seja, o paciente asmático precisa ser orientado a efetuar o tratamento não farmacológico e a utilizar a medicação prescrita corretamente. A educação é um importante fator responsável pela boa resposta terapêutica. Para melhorar o controle da asma, é importante identificar e reduzir a exposição a alérgenos e irritantes, bem como controlar os fatores capazes de intensificar os sintomas ou precipitar exacerbações de asma. A exposição ambiental inclui alérgenos inalados, exposições ocupacionais e irritantes das vias aéreas, sendo muito difícil eliminar completamente esses contatos. (VOLTARELLI et al, 2009).

Quadro 6. Estratégias que comprovadamente melhoram o controle da asma e reduzem a necessidade de medicação.

FATORES DE RISCO	ESTRATÉGIAS
Tabagismo ativo e passivo	Evitar fumaça do cigarro. Asmáticos não devem fumar. Familiares de asmáticos não deveriam fumar
Medicações / alimentos	Evitar se forem sabidamente causadores de sintomas.
Exposição ocupacional	Reduzir ou, preferencialmente, abolir.
Ácaros	Lavar a roupa de cama semanalmente e secar ao sol ou calor. Uso de fronhas e capa de colchão antiácaro.
Pelos de animal doméstico	A remoção do animal da casa é a medida mais eficaz. Pelo menos, bloquear o acesso do animal ao quarto de dormir.
Baratas	Limpeza sistemática do domicílio (asmáticos devem estar fora do domicílio durante dedetizações).
Pólen e fungos	Evitar atividades externas no período da polinização
Mofa	Redução da umidade e infiltrações.
Poluição Ambiental	Evitar atividades externas em ambientes poluídos

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma Baseado em dados de diversos estudos, 2012.

6.3. Condições Clínicas pré-existentes: Quadros alérgicos

De acordo com a World Allergy Organization (WAO), a prevalência de doenças alérgicas está aumentando drasticamente em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Estas doenças incluem asma, rinite, reações anafiláticas e alergia a drogas, alimentos, substâncias químicas e toxinas de insetos, além de eczema, urticária e angioedema. Apesar deste aumento, mesmo no mundo desenvolvido, serviços para pacientes com doenças alérgicas são fragmentados e longe do ideal, sendo poucos países que possuem serviços abrangentes nesta área médica (PAWANKAR et al, 2012).

O termo hipersensibilidade deve ser usado para descrição de sinais e sintomas objetivamente desencadeados por exposição a um estímulo definido em dose tolerada por pessoas normais. Alergia é a reação de hipersensibilidade desencadeada por mecanismos imunológicos específicos. A alergia pode ser mediada por anticorpos ou por células. Na maioria dos pacientes com sintomas alérgicos nas mucosas das vias aéreas e do trato gastrointestinal, o anticorpo pertence ao isotipo IgE, e se pode dizer que esses pacientes têm alergia mediada por IgE. IgE, nesse contexto, refere-se ao anticorpo IgE para um alérgeno (JOHANSSON et al, 2007).

6.3.1. Alergia Medicamentosa

As reações alérgicas a medicamentos (RAs) são eventos adversos que não decorrem das propriedades toxicológicas conhecidas do fármaco, mas sim de reações imunológicas a ele ou a seus metabólitos. Reações a drogas que surgem em consequência de reação imunológica são chamadas de alergia a drogas, acrescentando-se o tipo de mecanismo da reação, por exemplo, alergia a droga mediada por IgE. A maioria das reações a medicamentos não se enquadra nesta categoria, pois não são provocadas por mecanismo imunológico. Assim, pela proposta da WAO, estas reações devem ser consideradas como reações por hipersensibilidade não-alérgica, antes caracterizadas como reações pseudo-alérgicas ou reações por hipersensibilidade não-imune (NAGAO-DIAS et al, 2004; JOHANSSON et al, 2007).

A asma brônquica é um fator de risco para o desenvolvimento de reações aos analgésicos e AINE, assim como para a reatividade cruzada com os inibidores da ciclooxigenase-1. Quadros de urticária e angioedema são as manifestações clínicas mais comuns de hipersensibilidade a analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), sendo que o ácido acetilsalicílico (AAS), a dipirona e outros AINEs são os principais desencadeadores destas reações. A prevalência das reações aos AINEs na população varia de

0,1 e 0,3%, sendo a segunda causa mais frequente de reações de hipersensibilidade a drogas, depois dos antibióticos β -lactâmicos (ENSINA et al, 2009).

6.3.2. Alergia Alimentar

O Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar (2007) define as reações adversas aos alimentos como aquelas representadas por qualquer reação anormal à ingestão de alimentos ou aditivos alimentares. Elas podem ser divididas em reações tóxicas e não tóxicas. Enquanto as reações tóxicas dependem mais da substância a ser ingerida (como as toxinas bacterianas presentes em alimentos contaminados) ou das propriedades farmacológicas de determinadas substâncias (como a cafeína no café ou tiramina em queijos maturados), as reações não tóxicas dependem de susceptibilidade individual e podem ser classificadas em: não imuno-mediadas (intolerância alimentar) ou imuno-mediadas (hipersensibilidade alimentar ou alergia alimentar).

Alergia alimentar é um termo utilizado para descrever reações adversas a alimentos, dependentes de mecanismos imunológicos, IgE mediados ou não. As reações mediadas por anticorpos decorrem da sensibilização a alérgenos alimentares e posterior formação de anticorpos específicos da classe IgE, que se fixam a receptores de mastócitos e basófilos. Contatos subsequentes com este mesmo alimento e sua ligação com duas moléculas de IgE próximas determinam a liberação de mediadores vasoativos, que induzem às manifestações clínicas de hipersensibilidade imediata (SOLÉ et al, 2008).

O Consenso ainda afirma que nos lactentes, se deve priorizar a manutenção do aleitamento materno exclusivo até seis meses com introdução da alimentação complementar posterior a esta idade. Nessas condições, caso se identifique uma alergia alimentar isolada ou múltipla, submete-se a mãe a dieta de exclusão com orientação nutricional adequada para ela e para a criança por ocasião da introdução dos alimentos complementares. A Sociedade Brasileira de Pediatria reconhece a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e total até dois anos ou mais como forma eficaz de prevenção da alergia alimentar e considera, devido à falta de evidências científicas disponíveis, que a alimentação complementar deva ser introduzida a partir do sexto mês, sob observação rigorosa, da mesma forma que o preconizado para crianças que não apresentam risco familiar para atopia.

6.3.3. Alergia a cosméticos

Apesar dos produtos cosméticos serem considerados seguros, algumas pessoas apresentam reações adversas após seu uso, apresentando um efeito inesperado e indesejável à utilização do produto, independentemente do tempo e do local de aplicação. Isso acontece

porque os cosméticos em geral permanecem em contato com a pele por longos períodos de tempo, favorecendo as reações alérgicas e sensibilização que as numerosas substâncias químicas contidas nos cosméticos podem causar (ADDOR, 2007; MACHADO, 2010).

Para o Guia para Avaliação de Segurança de Produtos Cosméticos (2003) a sensibilização corresponde a uma alergia, que é uma reação de efeito imediato (de contato ou urticária) ou tardio (hipersensibilidade). Ela envolve mecanismos imunológicos e pode aparecer em outra área diferente da área de aplicação. Em sua maioria, as reações adversas são de leve intensidade, regredindo totalmente, sem levar a cicatrizes, mas podem ser muito variáveis em suas características; os sinais mais comuns são vermelhidão, descamação, inchaço, bolhas, espinhas, manchas.

O risco de alergia pode decorrer tanto em função dos ingredientes quanto do produto final. Portanto, é importante insistir que no campo da imunologia deve ser constatado se um produto pode desencadear uma resposta alérgica tanto em pessoas pré-sensibilizadas como verificar se o próprio produto não é capaz de induzir uma reação alérgica (BRASIL, 2003).

6.4. Doença obstétrica na gravidez atual (Síndromes hipertensivas da gravidez)

Os distúrbios hipertensivos são as complicações médicas de maior relevância durante o período gravídico-puerperal. O termo "hipertensão na gravidez" é usualmente utilizado para descrever desde pacientes com discreta elevação dos níveis pressóricos, até hipertensão grave com disfunção de vários órgãos. As manifestações clínicas, embora possam ser similares, podem ser decorrentes de causas diferentes (ANGONESI *et al*, 2007).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) a definição de hipertensão na gravidez considera os valores absolutos de PAS > 140 mmHg e/ou PAD > 90 mmHg, baseada na média de pelo menos duas medidas. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação é classificada em três nas seguintes categorias principais: (1) Pré-eclâmpsia, eclâmpsia e pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica, (2) Hipertensão crônica e (3) Hipertensão gestacional:

6.4.1. Pré-eclâmpsia, eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta.

A pré-eclâmpsia pode ser caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (>300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. A prevalência de pré-eclâmpsia (PE) é normalmente descrita como 5 a 8%, apresentando amplas variações na literatura. A eclâmpsia corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não

podem ser atribuídas a outras causas. Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica é definida pela elevação aguda da PA à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas.

6.4.2. Hipertensão crônica

A HAS crônica pode ser definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede a 20ª semana de gravidez, ou além de 12 semanas após o parto. Em relação à HAS crônica, recomenda-se o início ou a reinstituição do tratamento medicamentoso com PAS \geq 150 mmHg e PAD de 95 a 99 mmHg ou sinais de lesão em órgão-alvo. Para gestantes portadoras de HAS crônica que estão em uso de anti-hipertensivos e PA < 120/80 mmHg, sendo recomendado reduzir ou mesmo descontinuar o tratamento e iniciar monitorização cuidadosa da PA.

6.4.3. Hipertensão gestacional

Pode ser caracterizada por HA detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” quando ocorre normalização após o parto, ou “crônica” quando persistir com hipertensão. Como a proteinúria pode aparecer tardiamente, o diagnóstico será retrospectivo, sendo necessário afastar pré-eclâmpsia. Deve-se seguir as condutas clínicas e obstétricas recomendadas para pré-eclâmpsia.

7. MATERIAIS E MÉTODOS

7.1. Tipo de estudo e Metodologia

Entrevistas sucessivas foram realizadas de acordo com a metodologia de Cipolle e colaboradores (2000). É uma pesquisa do tipo exploratória (entrevista com pessoas que tiveram, ou têm, experiências práticas com o problema pesquisado) e descritiva (busca da resolução de problemas melhorando as práticas por meio da observação, análise e descrições objetivas). Empregou-se a técnica de observação direta e entrevista em profundidade, utilizando o método Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico (2007) que dá ao pesquisador a oportunidade de registrar os acontecimentos em tempo real e de retratar o contexto de um evento (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; DÁDER, 2007)

7.2. Questão de ética, local e amostra do estudo.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí aprovou a realização do estudo (CAAE nº 0087.0045.00009), assim como o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Dona Evangelina Rosa, que também deu parecer favorável (**Anexo I**). Para o desenvolvimento do Seguimento Farmacoterapêutico, a amostra foi constituída por uma (1) gestante usuária do serviço de Pré-Natal do Instituto de Perinatologia Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí, e que apresentasse algum fator de risco, de acordo com o manual de gestação de risco do Ministério da saúde (2012). Para esse fim, foi solicitado o auxílio de uma enfermeira da estratégia saúde da Família do município. Os critérios de inclusão foram: apresentar gestação de risco e usar algum medicamento prescrito ou não pelo médico, bem como aceitar participar voluntariamente da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Critérios de exclusão foram: dificuldade em leitura ou em responder ao questionário.

7.3. Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu durante o período de Março a Setembro de 2012, em Formulário de Acompanhamento Farmacoterapêutico. O pesquisador foi um acadêmico do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Piauí, devidamente treinado e sob supervisão. Os registros dos dados foram feitos em formulários próprios específicos (**Anexo II**) para o estudo, por meio de entrevistas com duração variável de 40 minutos a 1 hora, realizadas semanalmente, na residência da usuária. Entre as variáveis pesquisadas, foram buscadas informações como idade, situação conjugal, escolaridade, principais problemas de saúde, hipóteses diagnósticas, interações medicamentosas, reações adversas a medicamentos, problemas relacionados ao medicamento (PRMs), resultados negativos associados ao medicamento (RNMs), medicamentos prescritos e os utilizados durante a prática da automedicação.

7.4. Limitação do trabalho

O desenvolvimento da pesquisa teve como contratempo a distância significativa entre a residência da usuária do serviço e do pesquisador, visto que as visitas domiciliares para o AFT eram marcadas semanalmente, e preferencialmente antes da usuária fazer a primeira refeição da manhã, para coleta da glicemia capilar de jejum.

7.5. Análise dos dados e ferramentas digitais

Publicações regulares de periódicos nacionais e internacionais, diretrizes e protocolos atualizados do Ministério da Saúde, além de livros citados na bibliografia foram utilizados como fonte de informação técnica. Os dados coletados foram tratados por meio da ferramenta Microsoft Excel (plataforma Windows[®]) para criação de tabelas e gráficos. Para elaboração dos boletins informativos foram utilizados o *website* Pixabay (hospedagem de imagens de domínio público, podendo ser usadas em sua forma original ou livre adaptação, para uso pessoal ou comercial, sem atribuição ao autor original) e os programas de edição de imagens Photoscape[®] (versão 2.1.05 licença livre) e Photofilre[®] (versão 7.1.1, licença livre).

8. ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO.

8.1. Descrição do caso

F.L.M.M, sexo feminino, 20 anos, 1,68 m de altura, peso de 95 kg no início das entrevistas (vigésima quarta semana de gestação). Possui o ensino médio completo e mora com a mãe, marido, e três irmãos. Os fatores de risco apresentados foram: ligados a características individuais (Peso pré-gestacional maior que 75 kg ou IMC>30 kg/m²), Condições clínicas preexistentes (asma e alergias) e Doença obstétrica na gravidez atual (pré-eclâmpsia no decorrer do AFT), aumentando as probabilidades de agravos à saúde materna e do bebê. Em relação aos hábitos de vida, a paciente relatou que não era elitista nem tabagista, mas que não seguia as recomendações da nutricionista da Maternidade e que não praticava atividade física. No decorrer das entrevistas, foram coletados dados antropométricos, bioquímicos e fisiológicos (pressão arterial, glicemia capilar e peso corpóreo) na residência da usuária. A taxa de glicemia manteve-se na faixa da normalidade, porém a gestante apresentou picos hipertensivos durante o terceiro trimestre de gravidez.

8.2. Mês: Abril

Foram realizadas duas entrevistas. Na primeira delas, dia 13/04/12, a gestante relatou usar quatro medicações, prescritas por seu obstetra: Suplemento vitamínico, Betametasona intramuscular e xarope de Acetilcisteína 600 mg (ambos da categoria C para gravidez segundo FDA) e xarope de Acebrofilina 50 mg/ml (categoria B para gravidez segundo FDA). Informou que é alérgica a dipirona e alguns alimentos, como abacaxi e frutos do mar. Pesquisando na literatura, foi encontrada uma interação medicamentosa entre o mucorregulador/broncodilatador Acebrofilina e o corticosteroide

Betametasona, que pode potencializar os efeitos da acebrofilina, um derivado das xantinas (Bulário Eletrônico da ANVISA, 2012).

Foi informado na segunda entrevista (23/04/12) que a usuária mudaria de médico, e que a consulta havia sido remarcada para dia 24. Ela foi aconselhada a informar ao novo obstetra as medicações prescritas, para que analisasse o seu uso, uma vez que além da possível interação entre duas medicações, o mucolítico acetilcisteína apresentava restrições de uso em pacientes asmáticos, podendo causar bloqueio das vias respiratórias por aumento da secreção dos fluídos e requerendo monitorização clínica constante (Bulário Eletrônico da ANVISA, 2012). O peso apresentado foi de 97 kg.

- **PRM identificado:** possível ocorrência de interação medicamentosa (Acebrofilina e Betametasona) podendo levar a **RNM de segurança** (insegurança não quantitativa).
- **Intervenção:** Informar a paciente para tomar o xarope de acebrofilina em um horário diferente da administração do anti-inflamatório.
- **PRM identificado:** Restrição de uso do medicamento (acetilcisteína), podendo levar a **RNM de segurança** (insegurança não quantitativa).
- **Intervenção:** Informar ao médico a restrição de uso do medicamento.

8.3. Mês: Maio

Na terceira entrevista (dia 01/05/12), a usuária relatou que o médico havia suspenso os medicamentos acetilcisteína, acebrofilina e Betametasona. Devido às crises de falta de ar esporádicas, decidiu por não prescrever nenhum antiasmático. De acordo com as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma de 2006, o tratamento de gestantes diagnosticadas com crises intermitentes é feito sem a necessidade de medicamentos de manutenção ou então uso de β -Agonistas Inalatórios de ação curta, quando necessário. Assim, houve uma necessidade de informar à usuária um pouco sobre a sua doença e formas de prevenir as crises, por meio de boletim informativo, uma vez que a educação continuada e as medidas de profilaxia são essenciais para o controle da doença (**Ilustração 2**).

Afirmou estar usando metilbrometo de escopolamina, por conta própria, para as cólicas e dores pélvicas. A mesma foi aconselhada a conversar com o médico sobre uma medicação alternativa e tomar cuidado ao compra-la nas drogarias, já que existe um medicamento da mesma marca que contém dipirona em sua formulação. A pressão arterial estava um pouco elevada (140 por 90 mm/Hg), a glicemia em jejum de 84 mg/dL e o peso de 97 quilogramas.



Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso :Farmácia

“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes”

Responsáveis: Alexandre Xavier de Lira da Silva (Acadêmico de Farmácia)

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas (Farmacêutico).



O QUE É ASMA?

A asma é uma doença crônica que acomete os pulmões. Tem como principal característica a presença de uma inflamação nas vias respiratórias

INFLAMAÇÃO



PRINCIPAIS SINTOMAS



falta de ar



cansaço fácil



Tosse (com ou sem catarro)



sensação de “peito preso”, chiado

CAUSAS DE CRISES DE ASMA



Poeira, fumaça de cigarro



Pêlo de animais



Pesticidas



Exercício exagerado



Cosméticos

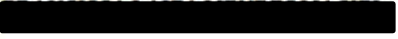

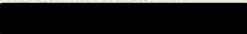

A ASMA É UMA DOENÇA QUE NÃO TEM CURA, PORÉM TEM TRATAMENTO QUE DIMINUI OU FAZ CESSAR A FREQUÊNCIA E A GRAVIDADE DAS CRISES.

É essencial além do uso de medicamentos que aliviem a falta de ar e combatam a inflamação, a adoção de medidas profiláticas, (evitar exposição aos alérgenos inalatórios como poeira, mofo, fumaça de cigarro, pêlos de animais, alguns cosméticos e alimentos, etc.)

Ilustração 2. Boletim informativo sobre fisiopatologia e manejo da asma, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.

Na quarta entrevista realizada (dia 07/05/12), a pressão arterial aferida foi de 130 por 80 mmHg, taxa glicêmica de 80 mg/dL e peso de 99 kg. Pelo cálculo do índice de massa corpórea correlacionado à semana gestacional, a gestante foi inserida dentro do grupo “obesidade” segundo classificação da curva de Atalah (**gráfico 3**), requerendo atenção especial quanto ao ganho de peso excessivo.

Na quinta entrevista, realizada dia 16/05/12, a pressão arterial aferida marcou novamente 130 por 80 mmHg, glicemia de jejum de 77 mg/dL e peso de 101,300 kg. A paciente relatou uma lista completa de todos os cosméticos que apresenta alergia (como maquiagens, xampus e perfumes). No dia 21 de maio, a usuária entrou em contato informando a ocorrência de quadro alérgico ao usar um xampu anticaspas. Imediatamente pediu-se para que a paciente procura-se atendimento médico. Ela procurou atendimento no posto médico do bairro e foi prescrito loratadina, antialérgico sem restrição de uso na gestação. Foi confeccionado um cartão de alergia, baseado no serviço de alergia global, contendo informações sobre as alergias da gestante (**Ilustração 3**).

FOTO 3X4	 NASCIMENTO: 03/10/1991 SEXO: FEMININO	FRENTE	
	TELEFONES DE CONTATO:  CONDIÇÕES DE SAÚDE: PACIENTE ASMÁTICA PLANO DE SAÚDE: NÃO		
- ALERGIAS ALIMENTARES: SIM (Frutos do mar e Abacaxi) - ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: Dipirona -ALERGIAS MEDICAMENTOSAS EM POTENCIAL: Analgésicos não-narcóticos (salicilatos, paracetamol, diclofenaco) pirazolonas (fenazona, propifenazona) ou pirazolidinas (fenilbutazona, oxifembutazona).			VERSO
Em caso de crises: SAMU Teresina, contato: 192 Alexandre Xavier de Lira da Silva (Acadêmico de Farmácia/UFPI) Contato:  Supervisão: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas			




Ilustração 3. Cartão de alergia confeccionado para a usuária durante a prática da ATENFAR.

Para Miranda et al (2010), atualmente, baseado no grande corpo de evidências, os bloqueadores dos receptores histamínicos H₁ de primeira geração (como Difenidramina, Dimenidrinato, prometazina e hidroxizine), não são associados a um risco aumentado de grandes máis-formações ou quaisquer efeitos adversos fetais. Embora haja menos evidências quanto a bloqueadores H₁ de segunda geração (loratadina, desloratadina, Cetirizina, fenoxifenadina) eles também não foram associados a um risco aumentado de desfechos adversos na gravidez. Além disso, nenhum destes anti-histamínicos é excretado no leite materno em quantidade apreciável de forma a ter qualquer efeito adverso no lactente.

Na sexta entrevista (dia 23/05/12), seu peso foi de 101,9 kg, a pressão arterial de 130 por 80 mmHg e Glicemia em jejum de 80 mg/dL. Foi relatado que o médico havia prescrito um antiespasmódico (associação com dipirona + butilbrometo de escopolamina + bromidrato de hiosciamina + metilbrometo de homatropina) e um antianêmico (Ferro quelato glicinato + Ácido Fólico). A paciente fez uso e passou mal, relatando tontura, calafrios, sonolência e náuseas. Contou que acreditava que a dose de dipirona na formulação era pequena e que não pudesse fazer mal, aliada à confiança na prescrição médica.

Ao tomar conhecimento, foi pedida a suspensão do uso do medicamento e que entrasse em contato com o médico. Foi produzido um boletim informativo sobre alergias (**Ilustração 5**) e que a mesma apresentasse em todas as consultas o cartão de alergia confeccionado. A reação adversa foi notificada ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), Número da Notificação: 3232 (**Ilustração 4**).

Para correlacionar a RAM com o uso de medicamento e posterior notificação, foi aplicado o Algoritmo de Naranjo, ferramenta mais comumente utilizada para a determinação da causalidade de um evento adverso. Com a somatória dos escores igual a 8, de acordo com o algoritmo, a reação foi classificada como provável, ou seja, evento clínico, incluindo anormalidades de exames laboratoriais, com um tempo de sequência razoável da administração do medicamento, com improbabilidade de ser atribuído a doença de base ou por outros medicamentos ou substâncias químicas, e que segue uma resposta clinicamente razoável após a retirada. A informação de reintrodução não é necessária para completar esta definição (DIAS, 2008).

Na sétima entrevista (dia 30/05/12) a gestante relatou falta de ar esporádica, principalmente devido à gravidez. Informou que não tomou mais o antiespasmódico e que o médico o havia suspenso. A Pressão arterial apresentada foi de 130 por 80 mmHg, com Glicemia de 134 mg/dL (não-jejum) e peso de 101,7 kg.



Número da Notificação: 3189

Data da Notificação: 13/08/12

Nome do Paciente: [REDACTED]

Medicamento: ADALAT

Fabricante: BAYER HEALTHCARE PHARMACEUTICALS

Efeito Adverso: QUADROS DE TONTURA E DOR DE CABEÇA

Demais Informações: INÍCIO DO TRATAMENTO: 27/06/2012; APARECIMENTO DO EFEITO ADVERSO: 1 DIA APÓS O USO; IDADE: 20 ANOS; CONDIÇÃO DE SAÚDE: PACIENTE GESTANTE; PACIENTE APRESENTOU QUADROS DE TONTURA E DOR DE CABEÇA APÓS A ADMINISTRAÇÃO DE NIFEDIPINA NA DOSAGEM DE 10 MG, VIA ORAL, UTILIZADA 3 VEZES AO DIA, PARA TRATAMENTO DE QUADRO PRÉ-HIPERTENSIVO DEVIDO A UMA PRÉ-ECLÂMPSIA.

Notificador: ALEXANDRE XAVIER DE LIRA DE LIRA DA SILVA; (086) 32117250



Número da Notificação: 3232

Data da Notificação: 17/06/12

Nome do Paciente: [REDACTED]

Medicamento: TROPINAL

Fabricante: EMS SIGMA FARMA LTDA

Efeito Adverso: SONOLÊNCIA, TONTURA, CALAFRIOS E NAÚSEAS

Demais Informações: DATA DO INÍCIO DO USO DO MEDICAMENTO: 17/05/12 DIA DO APARECIMENTO DO EFEITO ADVERSO: 18/05/12 GESTANTE, 20 ANOS, NO 7º MÊS DE GRAVIDEZ, ASMÁTICA, ALÉRGICA A DIPIRONA, ALGUNS ALIMENTOS E COSMÉTICOS. FEZ USO DA ASSOCIAÇÃO DE METILBROMETO DE HOMATROPINA (1,0 MG), SULFATO DE HIOSCIAMINA (0,1037 MG), BROMIDRATO DE HIOSCINA (0,0065 MG) E DIPIRONA () E APRESENTOU REAÇÃO ADVERSA. FEZ USO DE SUPLEMENTO VITAMÍNICO DE FERRO QUELATO GLICINATO E ÁCIDO FÓLICO (NEUTROFER FÓLICO) E PARACETAMOL (TYLENOL).

Notificador: ALEXANDRE XAVIER DE LIRA DA SILVA

Ilustração 4. Notificação Voluntária das reações adversas a medicamentos cadastradas no Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) durante a prática da ATENFAR.



Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso :Farmácia

“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes ”

Responsáveis: Alexandre Xavier de Lira da Silva (Acadêmico de Farmácia)

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas (Farmacêutico).



O QUE É ALERGIA?

A **Alergia** é uma resposta exagerada do **sistema imunológico** a uma substância estranha ao organismo, ou seja uma hipersensibilidade imunológica a um estímulo externo específico. Os portadores de alergias são chamados de atópicos ou alérgicos.

Denomina-se **alérgeno** toda **substância ou partícula** que causa uma **reação alérgica**.

PRINCIPAIS ALÉRGENOS



Pólen



Veneno de insetos



Látex



Alimentos



Cosméticos



Medicamentos

Em situações onde há história familiar positiva para alergia alimentar, recomenda-se a exclusão apenas deste alimento da dieta da mãe durante o período de lactação, evitando-se assim restrições desnecessárias.



Em crianças com alto risco para alergia, o aleitamento materno deve ser ainda mais estimulado e prolongado (até dois anos ou mais).

LEMBRE-SE: A maneira mais eficaz de prevenir o quadro alérgico é não tendo contato com a substância ou partícula que provoque a alergia. Em caso de crise, procure o serviço médico imediatamente.

Ilustração 5. Boletim informativo sobre alergias, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR na residência da paciente.

- **PRM identificado:** Medicamento sem indicação médica (Buscopam[®]) que poderia causar **RNM de necessidade**
- Intervenção Farmacêutica: Aconselhar quanto à importância de evitar a prática da automedicação.

- **PRM identificado:** Reação Adversa à dipirona (Tropinal[®]) resultando em um **RNM de segurança** (problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa).
- Intervenção Farmacêutica: Pedir para entrar imediatamente em contato com o médico e suspender a medicação.

● 8.4. Mês: Junho

Durante a oitava entrevista (dia 07/06/12), a pressão arterial aferida foi de 130 por 80 mmHg, glicemia de 91 mg/dl e peso de 101,500 kg. No dia seguinte, a paciente entrou em contato por telefone para perguntar se podia usar um repelente noturno para insetos no quarto. Ao consultar a embalagem do produto, foi notada a contra-indicação a uso por pacientes asmáticos ou alérgicos. A paciente aceitou a recomendação e não usou o produto. Relatou não sentir mais falta de ar, e que as crises se tornaram pouco frequentes. Como já abordado, as exacerbações tornam-se menos intensa nos últimos quatro meses da gravidez, além de não ser comum é a piora das crises durante o trabalho de parto (SOUSA, 2005).

Na nona entrevista (dia 13/06/12), a usuária apresentou pressão arterial de 130 por 80 mmHg, glicemia de 91 mg/dL e peso de 102,800 kg. Foi feita uma busca sobre os locais de armazenamento dos medicamentos na residência. Foi constatado que os mesmos eram guardados em cima da geladeira, próximos à pia ou então no banheiro. Foi elaborado material educativo acerca do armazenamento correto dos medicamentos (**Ilustração 6**).

Na décima entrevista (dia 20/06/12) a gestante foi alertada para que procurasse atendimento médico o mais rápido possível. Relatou dores de cabeça muito fortes e com sensação de inchaço. A pressão arterial estava elevada 160 por 100 mmHg, glicemia de 98 mg/dl e peso de 104,100 kg. Ao dar entrada na Maternidade, foi diagnosticada com quadro de pré-eclâmpsia; ficou internada por três dias e voltou pra casa. Foi prescrito o anti-hipertensivo nifedipino 10 mg, a ser tomado três vezes ao dia.

Na décima primeira entrevista (dia 27/06/12), relatou mais uma mudança de obstetra. Em uso de Nifedipino para controle da pré-eclâmpsia, afirmou sentir um pouco de dor de cabeça. A bula do medicamento em questão classifica essa reação adversa como leve e a mais frequente junto do inchaço e prisão de ventre (Bulário Eletrônico da Anvisa, 2012). Para Naranjo et al (1981), as reações leves não requerem tratamentos específicos ou antídotos, não sendo necessária a suspensão do medicamento.

A Pressão Arterial estava dentro da normalidade (120 por 80 mmHg), taxa glicêmica de 145 mg/dl (não jejum) e peso de 100,700 kg. Novamente foi feita a correlação entre o uso da medicação e o evento adverso por meio do Algoritmo de Naranjo (somatório dos escores = 8, classificado como RAM provável) e posterior notificação à Vigilância Sanitária - NOTIVISA (Número da Notificação: 3189) (**Ilustração 4**).

- PRM Identificado: Provável evento adverso pelo uso da nifedipina, podendo causar um **RNM de segurança** (insegurança não quantitativa).
- Intervenção: Orientação sobre os efeitos adversos dos medicamentos, e a necessidade de respeitar os horários e a posologia indicada.

- PRM Identificado: armazenamento inadequado dos medicamentos.
- Intervenção: Elaboração de material informativo sobre o armazenamento correto dos medicamentos e compra de um dispositivo exclusivo para este fim.



Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso :Farmácia

“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes ”

Responsáveis: Alexandre Xavier de Lira da Silva (Acadêmico de Farmácia)

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas (Farmacêutico).



QUAL A MELHOR FORMA DE ARMAZENAR SEUS MEDICAMENTOS?

Devemos ter muito cuidado, para conservar os medicamentos de forma adequada, para que os mesmos não percam suas propriedades, e nem venham ser usados de forma inadequada.

É importante que todo e qualquer medicamento fique **longe** da **luz** direta ou fontes de calor, como micro-ondas ou fogão. Conserve-os sempre na sua embalagem original.






A umidade também é uma das maiores causas de deterioração de medicamentos (até mesmo os líquidos, como os xaropes). Mantenha-os ao abrigo de qualquer tipo de umidade e evite guardá-los **em locais úmidos** como banheiros ou cozinha.





Mantenha os medicamentos livres de **pó**, **partículas** e **mofo**. Medicamentos devem ser armazenados isoladamente de **cosméticos**, **produtos de limpeza**, **perfumaria**, etc. Atenção com as pragas domésticas. Os medicamentos devem ser guardados em salas protegidas da entrada **de insetos**, **roedores** e **aves**.





Ilustração 6. Boletim informativo sobre o correto armazenamento de medicamentos, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR na residência da paciente.



Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso :Farmácia

“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes ”

Responsáveis: Alexandre Xavier de Lira da Silva (Acadêmico de Farmácia)

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas (Farmacêutico).



QUAL A MELHOR FORMA DE ARMAZENAR SEUS MEDICAMENTOS?

Evite guardar os medicamentos em cima da **Geladeira**. Os que precisarem de **refrigeração**, não devem ser guardados na porta (grande variações de temperatura) nem no congelador (temperatura muito baixa). **Guarde em uma das prateleiras, longe de água e alimentos.**



Guarde os medicamentos em local seco e arejado, de preferência uma caixinha limpa e conservada.

Não se deve jogar medicamento que tenha sobrado, pelo ralo, ou dentro da pia. Deixe num posto de saúde mais próximo ou no hospital que eles tem o destino mais correto para o medicamento.

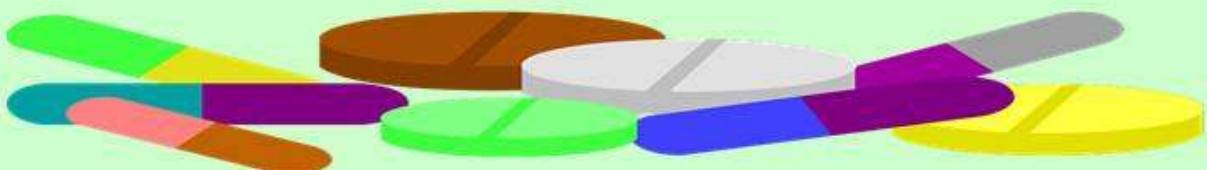


Ilustração 6. Boletim informativo sobre o correto armazenamento de medicamentos, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR na residência da paciente.

8.5. Mês: Julho

Durante a décima segunda entrevista (dia 11/07/12) apresentou pressão arterial de 130 por 80 mmHg, glicemia de jejum de 95 mg/dl, e peso de 100,6. A paciente relatou mais alguns cosméticos que causam urticária, como sabonete e xampu de erva-doce, e que por isso usa xampus caseiros produzidos por um tio. Foi feita recomendação para que ela parasse de usar os cosméticos, em virtude de não saber sua composição e procurasse um dermatologista.

Na décima terceira entrevista (dia 18/07/12), a pressão arterial apresentada foi de 130 por 80, glicemia de jejum de 93 mg/dl e peso de 100,5. Ainda em uso do anti-hipertensivo Nifedipino, relatou estar tomando paracetamol (500 mg) para tratar uma inflamação no dente; ao não notar o alívio, tomou ibuprofeno gotas. Além do paracetamol não ser um medicamento com propriedades anti-inflamatórias consistentes, a interação com o ibuprofeno gera risco potencial de nefrotoxicidade (Bulário Eletrônico da ANVISA, 2012).

- PRM identificado: Uso de paracetamol, sem indicação médica, podendo levar a RNM de necessidade (utilizar um medicamento que não necessita) e RNM por uma **insegurança não quantitativa** (interação medicamentosa entre Paracetamol e Ibuprofeno com potencial risco nefrotóxico).
- Intervenção: Pedir para só usar medicamentos sob orientação médica e farmacêutica.

8.5.1. Parto

Dia 21 de julho ocorreu o parto. O nascimento se deu com 36 semanas de gestação, sexo feminino e peso de 2,540 kg; uma semana a menos recomendada pela OMS, que define como neonatos pré-termo (ou prematuros) os bebês nascidos antes de 37 semanas de gestação. Muito prematuros são aqueles que nascem antes de 33 semanas. Os recém-nascidos com baixo peso são aqueles com peso ao nascer inferior a 2500 g e os de muito baixo peso são aqueles que apresentam peso ao nascer menor que 1500 g. Uma nova faixa de peso é considerada devido aos grandes avanços na Medicina, que permitiram aumentar a sobrevivência de recém-nascidos de extremo baixo peso, definidos como aqueles com peso ao nascimento abaixo de 1000 g (CAÇOLA, 2010).

O bebê da usuária apresentou icterícia ao nascer; para tanto precisou passar uma semana em sessões de fototerapia; A icterícia constitui-se em um dos problemas mais frequentes no período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia. Na

prática, 98% dos RN apresentam níveis séricos de Bilirrubina acima de 1mg/dL durante a primeira semana de vida. A Hiperbilirrubinemia é definida como a concentração sérica de bilirrubina indireta (BI) maior que 1,5mg/dL, e caracteriza-se por nível de Bilirrubina Total sérica que aumenta após o nascimento, atinge seu pico médio ao redor de 6mg/dL no 3º dia de vida (com um valor máximo que não ultrapassa 12,9mg/dL) e então declina em uma semana (BRASIL, 2011). É possível prevenir ou tratar a hiperbilirrubinemia, expondo-se o recém-nascido à luz (fototerapia) com comprimento de onda aproximado de 450nm. Dessa forma os raios luminosos transformam a bilirrubina em isômeros geométricos relativamente estáveis, solúveis em água e reversíveis à forma nativa. A excreção destes fotoprodutos leva ao declínio dos níveis séricos de bilirrubina (SILVA, 2006).

8.6. Mês: Agosto

A décima quarta entrevista foi realizada dia 08/08/12. Paciente relatou algumas dores resultantes do parto. A recém-nascida já estava bem, e sem nenhuma complicação clínica do quadro icterico. A pressão arterial aferida foi de 130 por 80 mmHg, glicemia de 88 mg/dl e peso de 97,300 kg.

Na décima quinta entrevista (dia 15/08/12) a paciente relatou estar em uso do anti-inflamatório nimesulida 100 mg. Foi elaborado um boletim informativo em parceria com o Grupo de estudos sobre o uso de medicamentos (GEUM), a ser apresentado à médica, informando sobre o uso de anti-inflamatórios não esteróides durante a amamentação (**APÊNDICE I**); na literatura, não há dados que comprovem a segurança da nimesulida durante a lactação, sendo o mesmo contraindicado durante este período, e existindo outras classes mais seguras (Bulário Eletrônico da ANVISA, 2012). A pressão arterial aferida de 130 por 90 mmHg, glicemia de 91 mg/dl e peso: 98,000 kg. Também foi produzido boletim informativo sobre os riscos do uso de medicamentos durante a lactação (**Ilustração 7**).

Na décima sexta entrevista, realizada no dia 23/08/12, a aferição da pressão arterial marcou 130 por 80 mmHg, glicemia de 100 mg/dl e peso: 98,800 kg. A usuária relatou sofrer episódios de acidez gástrica e nesse caso utilizava antiácidos para alívio dos sintomas. Foi informado para a mesma ter cuidado com a utilização de antiácidos, concomitantemente a outros medicamentos, incluindo os anti-inflamatórios. No caso da nimesulida, que possui um caráter fracamente ácido, a alcalinização do trato gastrointestinal por antiácidos interfere ao aumentar sua absorção (PEREIRA et al, 2011).



Universidade Federal do Piauí
 Centro de Ciências da Saúde/ Curso de Farmácia
 "Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes"
 Responsável: Alexandre Xavier de Lira da Silva/
 Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



USO DE MEDICAMENTOS E ALEITAMENTO MATERNO.

Muitos medicamentos usados pela mãe são excretados no leite materno, podendo consistir numa fonte potencial de toxicidade para o bebê. Abaixo alguns dos que são **seguros** durante a amamentação e os que **não são recomendados**. **PORÉM ELES SÓ DEVEM SER USADOS EXCLUSIVAMENTE SOB ORIENTAÇÃO MÉDICA. EM CASO DE DÚVIDAS, PROCURE TAMBÉM O FARMACÊUTICO.**



Medicamentos seguros para uso durante a amamentação

- **Anti-inflamatórios e Analgésicos** (cetorolaco, diclofenaco, ibuprofeno, piroxicam, Paracetamol);
- **Anti-inflamatórios esteroides** (Budesonida, hidrocortisona, prednisolona, prednisona);
- **Antialérgicos** (loratadina, desloratadina, fexofenadina, Cetirizina)
- **Antiasmáticos e Broncodilatadores** (Cromoglicato sódico, Nedocromil, salmeterol, isoproterenol, terbutalina, isoproterenol)
- **Anti-hipertensivos e diuréticos** (captopril, enalapril, nifedipina, propranolol, verapamil, acetazolamida, hidroclorotiazida, manitol)
- **Antibióticos** (Amoxicilina, Ampicilina, cefaclor, cefalexina, gentamicina, amicacina, ofloxacina, Azitromicina, eritromicina, ácido clavulônico, trimetropim).

Medicamentos perigosos para uso durante a amamentação

- **Anti-inflamatórios e Analgésicos** (Ácido acetilsalicílico, Colchicina, naproxeno).
- **Anti-hipertensivos** (doxazosina, flunarizina, reserpina, Telmisartana, valsartana).
- **Antidiabéticos** (Glimepirida, repaglinida)
- **Anti-acne** (isotretinoína, tretinoína, Acitretina, adapaleno)
- **Antibióticos** (Cloranfenicol, metronidazol, tetraciclina, Sulfadiazina, ciprofloxacino)
- **Antivirais** (Ganciclovir, Foscarnet, ribavirina)
- **Antiarrítmicos** (amiodarona, tocainide)
- **Hormônios androgênicos; contraceptivos** (Ethinilestradiol, mestranol, estradiol) e outros **hormônios** (tamoxifeno, Dietilestilbestrol, clomifeno)

Ilustração 7. Boletim informativo sobre uso de medicamentos durante a lactação, elaborado para a usuária durante a prática da ATE

A décima sétima entrevista foi realizada dia 29/08/12. Pressão arterial aferida foi de 130 por 90 mmHg, glicemia de 100 mg/dl e peso de 99,000 kg e a usuária relatou estar bem, sem sintomas de falta de ar ou dores.

- **PRM identificado:** Possível ocorrência de interação medicamentosa entre nimesulida e antiácidos, podendo levar a **RNMs** por inefetividade não quantitativa.
- Intervenção: Aconselhar a tomar os medicamentos em horários diferentes.
- **PRM identificado:** Contraindicação do AINE nimesulida durante a lactação, podendo levar a um RNM de insegurança não quantitativa.
- Intervenção: Elaboração de um boletim informativo à médica para avaliação do anti-inflamatório

8.7. Mês: Setembro

A décima oitava entrevista (dia 05/09/12) a pressão arterial apresentada foi 120 por 80, glicemia de 95 mg/dl e peso de 98 kg. A paciente não relatou mais nenhuma dor referente ao parto, e uma diminuição nos casos de acidez gástrica.

Na décima nona entrevista (dia 12/09/12) a pressão arterial foi de 120 por 80, glicemia de 90 mg/dl e peso de 97,1 kg. Devido à grande resistência em relação à avó materna, que insiste em manter tradição de administrar chás para o bebê, por uma herança cultural, e em virtude das dúvidas da mãe em relação à dieta do lactente, foi elaborado boletim informativo acerca da alimentação do bebê, período de lactação e a importância do aleitamento materno para a saúde (**Ilustração 8**).

Antigamente, recomendações sugeriam que recém-nascidos poderiam receber água adoçada, chás de ervas ou ainda a introdução precoce de sucos cítricos. Este fato é inadmissível atualmente, onde a fisiopatologia da absorção demonstra que compostos fenólicos (como os flavonóides) do chá são agentes quelantes do ferro e tem papel no agravo da anemia fisiológica do lactente. A introdução precoce de outros alimentos (antes do sexto mês) também pode ser um fator de risco para anemia ferropriva e para alergia e/ou intolerância alimentar, assim como predispõe a quadros infecciosos, gastrintestinais e respiratórios, dependendo do ambiente que esta criança vive (DANTAS FILHO, 2006).

O último encontro foi realizado no dia 19/09/12, com a entrega dos materiais informativos finais, um formulário a ser preenchido pela paciente para avaliação do serviço em questão (**ANEXO IV**) e o agradecimento pela imensa colaboração com o trabalho.



Universidade Federal do Piauí
 Centro de Ciências da Saúde/ Curso de Farmácia
 “Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes”
 Responsável: Alexandre Xavier de Lira da Silva/
 Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO.

A amamentação supre todas as necessidades dos primeiros meses de vida, para o bebê crescer e se desenvolver sadio

O leite materno é alimento completo porque: Contém vitaminas, minerais, açúcares, proteínas, todos apropriados para o organismo do bebê;



Possui muitas substâncias nutritivas e de defesa, que não se encontram no **leite de vaca** e em nenhum **outro leite**; O leite da mãe é adequado, completo, equilibrado e suficiente para o seu filho. Não existe leite fraco;

Lembre-se: ele é o alimento ideal, não sendo necessário oferecer água, chá, suco, café, leite de vaca e nenhum outro alimento até **os seis meses de idade**. Não utilize mamadeiras. Recomenda-se a amamentação direto do peito.



IMPORTANTE: ALEITAMENTO MATERNO É RECOMENDADO ATÉ DOIS ANOS OU MAIS

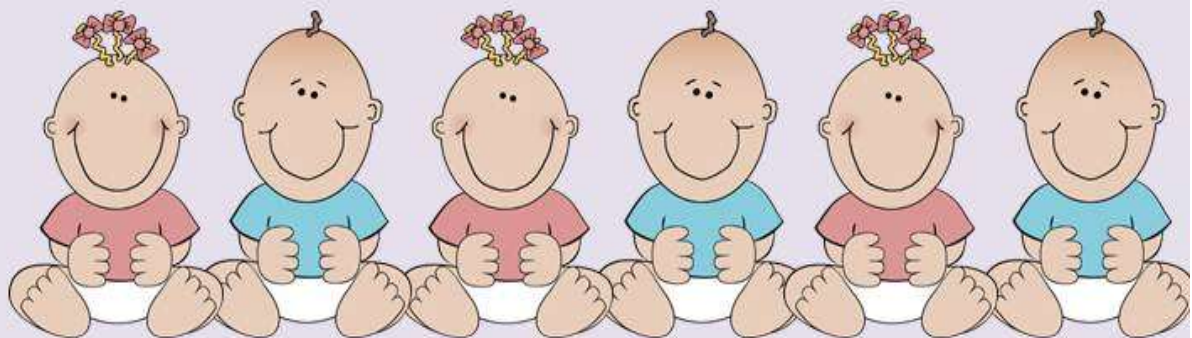


Ilustração 8. Boletim informativo sobre a importância do aleitamento materno, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.



Universidade Federal do Piauí - UFPI
 Centro de Ciências da Saúde/ Curso de Farmácia
 "Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes"
 Responsável: Alexandre Xavier de Lira da Silva/
 Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ

Até 6º. Mês



- Leite materno

A partir do 6º. Mês



- Suco e papinhas de frutas + leite materno

6º. ao 7º. Mês



- Primeira papa salgada (almoço), ovo, suco de frutas + leite materno

7º. ao 8º. Mês



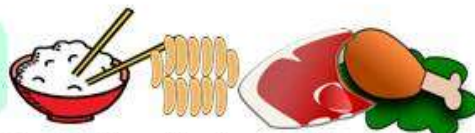
- Segunda papa salgada (jantar) + leite materno

9º. ao 11º. Mês



- Gradativamente passar para comida da família + leite materno

12º. Mês



- Comida da família (em grãos) + leite materno



Ilustração 8. Boletim informativo sobre a importância do aleitamento materno, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.

Tabela 4. Efetividade alcançada com as intervenções sobre os PRMs e RNMs identificados.

PRM	RNM	Intervenção	Seguida	Efetividade
Interação entre Acebrofilina e Betametasona.	Insegurança quantitativa	Tomar as medicações em horários diferentes	SIM	100%
Contra-Indicação (Acetilcisteína)	Insegurança não quantitativa	Informar ao médico	SIM	
Medicamento sem indicação (butilbrometo de escopolamina)	Necessidade e Insegurança não quantitativa	Evitar a prática da automedicação	SIM	
Reação adversa à dipirona	Insegurança não quantitativa	Informar ao médico e notificação à ANVISA	SIM	
Armazenamento inadequado dos medicamentos	—	Material informativo sobre o armazenamento correto	SIM	
Reação adversa à Nifedipina	Insegurança não quantitativa	Orientação sobre os efeitos adversos dos medicamentos	SIM	
Interação entre paracetamol e ibuprofeno (nefrotoxicidade)	Necessidade e Insegurança quantitativa	Aconselhar a usar medicamentos sob orientação médica e farmacêutica	SIM	
Interação medicamentosa (nimesulida e antiácidos)	Inefetividade quantitativa.	Alerta quanto a tomá-los em horários diferentes.	SIM	
Contra-indicação (nimesulida)	Insegurança não quantitativa.	Elaboração de boletim informativo à médica	SIM	

Fonte: Pesquisa Direta, Teresina. 2012.

Tabela 5. Total de medicamentos utilizados durante o acompanhamento farmacoterapêutico.

Medicamento	Indicação	Prescrição Médica
Vitaminas*	Suplementação	Sim
Betametasona	Anti-inflamatório	Sim
Acetilcisteína	Mucolítico	Sim
Acebrofilina	Broncodilatador/mucorregulador	Sim
Metilbrometo de escopolamina	Antiespasmódico	Não
Loratadina	Antialérgico	Sim
Dipirona, butilbrometo de escopolamina, bromidrato de hiosciamina e homatropina	Antiespasmódico	Sim
Ferro quelato glicinato e Ácido Fólico	Antianêmico	Sim
Nifedipino	Anti-Hipertensivo	Sim
Ibuprofeno	Anti-inflamatório/Analgésico	Não
Paracetamol	Anti-inflamatório/Analgésico	Não
Nimesulida	Anti-inflamatório/Analgésico	Sim
Bicarbonato de sódio + ácido cítrico	Antiácido	Não

Fonte: Pesquisa Direta, Teresina. 2012.

Durante o acompanhamento farmacoterapêutico foram usadas 35 substâncias medicamentosas (associadas ou não), sendo 30 sob prescrição médica e 5 por automedicação. A maioria pertence à classe dos antianêmicos, suplementos vitamínicos e sais minerais (57%) antiespasmódicos (14%), anti-inflamatório/analgésicos (11%), seguido de mucorreguladores (6%), antiácidos (6%), anti-hipertensivos (3%) e antialérgicos (3%).

Rodrigues Filho (2011) num estudo realizado com 62 gestantes em uma maternidade pública de Teresina cita as vitaminas e antianêmicos, anti-hipertensivos, antiespasmódicos, analgésicos e anti-inflamatórios como as drogas mais utilizadas pelas usuárias do serviço de pré-natal; porém outras classes também foram citadas como os hormônios, antiácidos, antieméticos e antialérgicos. A maior parte também foi obtida por meio de prescrição médica (70%), corroborado os dados de estudos que mostram que o acesso aos medicamentos é facilitado nesse nível de atenção em saúde (CARMO, 2003; FONTOURA, 2009; BRUM et al, 2011).

* cada componente da formulação é considerado como princípio ativo - acetato de retinol (vitamina A), acetato de racealfatocoferol (vitamina E), ácido ascórbico 90% (vitamina C), ácido fólico, mononitrato de tiamina (vitamina B1), riboflavina (vitamina B2) nicotinamida, cloridrato de piridoxina (vitamina B6), cianocobalamina 0,1% (vitamina B12), colecalciferol (vitamina D3), biotina, pantotenato de cálcio, fosfato dicálcico anidro, óxido de magnésio, fumarato ferroso, óxido de cobre seco, óxido de zinco, sulfato de manganês.

9. ANÁLISE DOS DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FISIOLÓGICOS E BIOQUÍMICOS.

9.1. Peso, altura e cálculo do IMC.

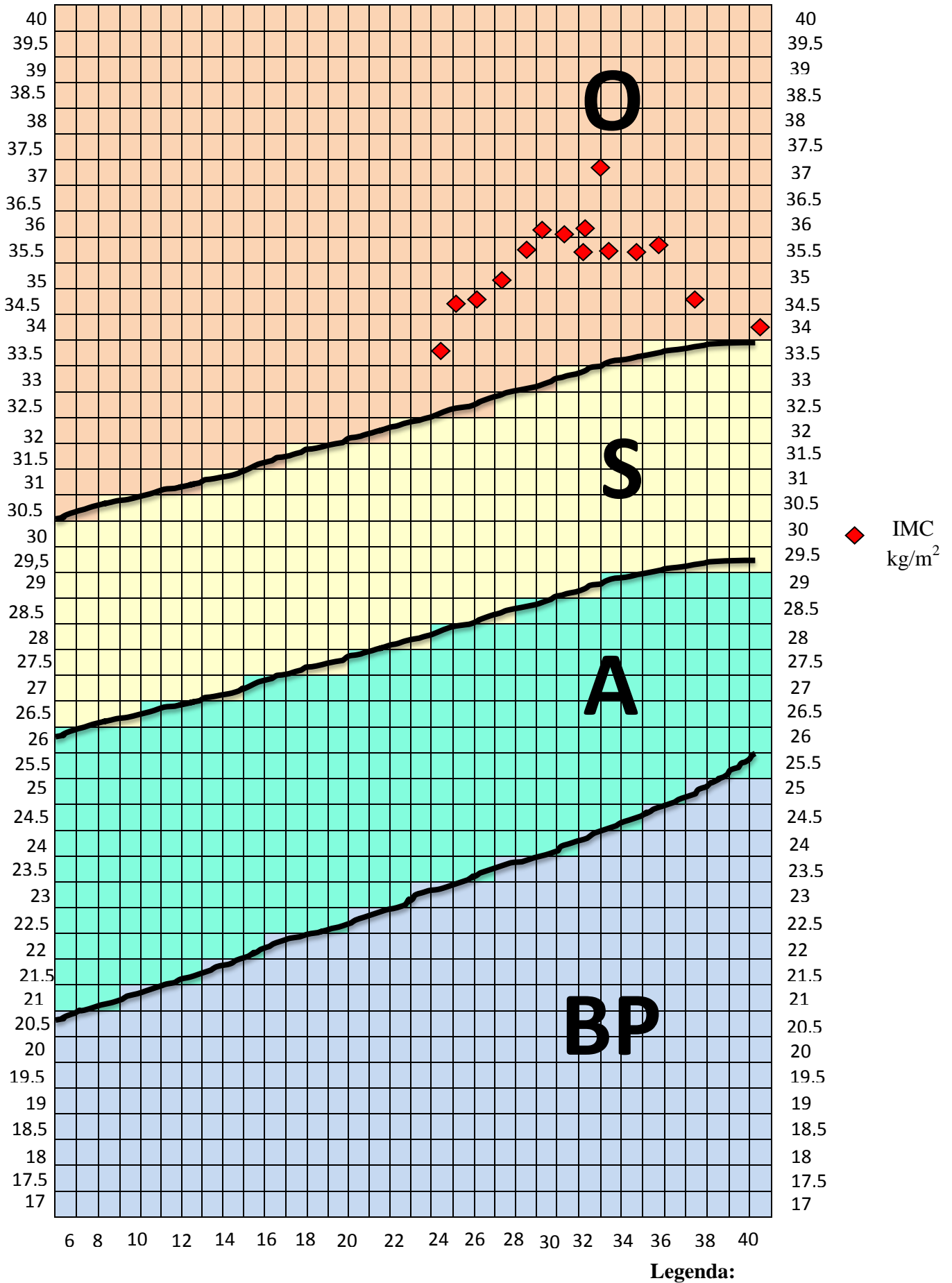
Para Freitas *et al*, 2010, a aferição de medidas antropométricas é essencial na avaliação nutricional da gestante. É o método não invasivo mais rápido e acessível de avaliação, e seus resultados são capazes de prever desfechos da gestação, entre eles o peso do bebê ao nascer. Assim, é possível identificar as gestantes em risco nutricional (baixo peso, sobrepeso ou obesidade) no início da gestação, bem como o ganho de peso baixo ou excessivo para a idade gestacional e realizar orientação adequada para cada caso, visando à promoção do estado nutricional materno, condições para o parto e peso do recém-nascido.

A obesidade é caracterizada quando o IMC encontrado for igual ou maior a 30 kg/m². A Organização Mundial de Saúde (OMS) também subdivide a obesidade em termos de gravidade, classificando-a em: obesidade grau I (moderado excesso de peso, no qual o IMC encontra-se entre 30 e 34,9 kg/m²); obesidade grau II (obesidade leve ou moderada, com IMC entre 35 e 39,9 kg/m²) e obesidade grau III (obesidade grave ou mórbida, na qual o IMC apresenta-se com valores superiores a 40 kg/m²) (SANTOS *et al*, 2012).

O cálculo do Índice de Massa Corpórea utilizando os dados antropométricos (peso e altura) permitiu que a gestante fosse inserida dentro do grupo “obesidade”, e classificada quanto à gravidade (segundo o critério adotado pela OMS) em obesidade grau I no início e ao final das entrevistas (IMC de 33,7 e 34,4 respectivamente) e grau II no decorrer do seguimento farmacoterapêutico (variando de 35,01 a 37,06) como pode ser observado na curva de Atalah (**Ilustração 9**). Dessa forma foi possível prestar orientação nutricional, com o intuito de melhorar a qualidade da alimentação da gestante antes e após a concepção, já que o estado nutricional pré-natal e o ganho de peso adequado são cruciais para a gestação.

A **tabela 6** mostra a relação do peso e Índice de Massa Corporal semanalmente, assim como **ilustração 10**, que destaca o ganho de peso por trimestres. A usuária relatou que a média de peso antes da gestação girava em torno de 90 quilogramas. Dessa forma, no período no qual foi realizado o seguimento farmacoterapêutico, o acumulado foi de 14,600 kg, em desacordo com as recomendações do Instituto de Medicina Norte-Americano (IOM, 2009), cuja proposta é que o ganho de peso para gestantes portadores de obesidade não exceda os 9 kg durante toda a gestação.

Ilustração 9. Monitoramento da evolução ponderal da gestante (Curva de Atalah).



Fonte: Pesquisa Direta, Teresina. 2012.

BP - Baixo Peso A – Adequado S- Sobrepeso O –Obesidade

Tabela 6. Relação do peso e Índice de Massa Corporal durante período gestacional.

Data	Semana	Quilogramas (Kg)	IMC
14/04/12	24 ^a semana	95	33,65
23/04/12	25 ^a semana	97	34,37
01/05/12	26 ^a semana	98,1	34,76
07/05/12	27 ^a semana	99,2	35,18
16/05/12	28 ^a semana	101,3	35,89
23/05/12	29 ^a semana	101,9	36,10
30/05/12	30 ^a semana	101,7	36,03
07/06/12	31 ^a semana	101,5	35,96
13/06/12	32 ^a semana	102,8	36,42
20/06/12	33 ^a semana	104,6	37,06
27/06/12	34 ^a semana	100,7	35,68
11/07/12	35 ^a semana	100,5	35,61
18/07/12	36 ^a semana	100,6	35,64
08/08/12	37 ^a semana	97,2	34,06
15/08/12	40 ^a semana	98	34,72
23/08/12	41 ^a semana	98,8	35,01
28/08/12	42 ^a semana	99	35,08
05/09/12	41 ^a semana	98,2	34,79
12/09/12	42 ^a semana	97,2	34,06

Fonte: Pesquisa Direta, Teresina. 2012.

Ilustração 10. Valores do peso corpóreo de gestante obesa durante Acompanhamento Farmacoterapêutico.



Fonte: Pesquisa Direta, Teresina. 2012.

9.1.1. Orientação Nutricional.

Como a paciente relatou o não seguimento das recomendações da nutricionista da Maternidade, e com seu peso aumentando gradativamente e de forma descontrolada, houve a necessidade de informá-la sobre a sua alimentação diária. Para isso foram elaborados boletins informativos com sugestões de dieta e orientações nutricionais para gestante com excesso de peso, com colaboração de uma nutricionista e professora do Campus Senador Helvídio de Barros, da Universidade Federal do Piauí (**Ilustrações 9 a 13**).

A mulher adulta, sadia, em idade fértil, não grávida e com atividade física moderada necessita ingerir aproximadamente 25 a 30 kcal por kg de peso corporal por dia (25 a 30 kcal/kg/dia), para suprir suas necessidades energéticas sem alterar seu peso corporal. Durante uma gravidez normal são consumidas, para a geração do feto e nos mecanismos de adaptação do organismo materno, aproximadamente 80.000 kcal (durante os 280 dias da gestação), valor do custo energético adicional recomendado pela OMS para um ganho de peso proporcional e com baixo risco de complicações. Esse montante representa acréscimo diário de cerca de 300 kcal na dieta da gestante e também da nutriz; É ilusão a ideia de que a gestante/nutriz necessita de alimentação abundante. O excesso calórico não tem nenhuma vantagem e seus malefícios fisiológicos e estéticos são amplamente conhecidos, sendo o ritmo do ganho de peso na gestação o principal indicador da ingestão calórica (PARIZZI, 2010).

Recomenda-se fazer parte da dieta das gestantes o consumo diário de grãos integrais, folhas verdes e vegetais amarelos para atingir as recomendações de fibras em pelo menos quatro porções de vegetais por dia e de frutas em pelo menos três porções diárias. A ingestão de carnes, aves, peixes, frutos do mar, leguminosas e nozes são fontes importantes de proteína, zinco, ferro e magnésio e são recomendadas pelo menos duas porções por dia. Em relação aos grupos alimentares, o consumo do grupo do cereal, que inclui pães, arroz e massas, deve ser de nove porções diárias. A porção de laticínios deve ser ingerida numa frequência de 2 a 4 vezes por dia (DREHMER, 2008).

As recomendações nutricionais e sugestões de dieta foram baseadas nesse índice calórico, com porções variando de acordo com cada grupo alimentar: de 6 a 8 porções para o grupo dos cereais, 2 a 3 de proteínas, 2 a 5 porções de frutas e de 3 a 5 porções de vegetais, excluindo-se ou diminuindo a quantidade de carboidratos e gorduras em excesso, além de evitar os alimentos ou similares que causam alergia a usuária (**Figuras 11 a 16**).



UFPI

Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso :Farmácia
 “Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes ”
 Responsáveis: Alexandre Xavier de Lira da Silva (Acadêmico de Farmácia)
 Prof. Msc. Joilane Alves Pereira (Nutricionista)
 Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas (Farmacêutico).



ATENFAR



IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO NA GESTAÇÃO

Na gestação, é importante que você aumente a qualidade do que come, pois as necessidades de vitaminas e minerais são dobradas. **MAS ISSO NÃO SIGNIFICA COMER EM EXCESSO.** Os alimentos devem ser sempre os mais nutritivos possíveis.

DICAS ESSENCIAIS

Consuma muitas frutas (laranja, mamão, uva, maçã, melancia, morango, etc.)



verduras e legumes (tomate, abóbora, cebola), vegetais folhosos, etc.



Dê preferência a carnes magras, leite e derivados e mel para adoçar alimentos



frango e outras aves



peixe



carne bovina magra



mel

Evite comer em excesso frituras, alimentos industrializados, com corante, doces, refrigerantes e alimentos que você é alérgica (Camarão, frutos do mar e abacaxi)



DADOS DO PACIENTE:

NOME: F.L.M.M SEXO: FEMININO IDADE: 20 anos

Ilustração 11. Boletim informativo com orientações nutricionais, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.



Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso :Farmácia
“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes”
Responsáveis: Alexandre Xavier de Lira da Silva (Acadêmico de Farmácia)
Prof. Msc. Joilane Alves Pereira (Nutricionista)
Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas (Farmacêutico).



Uma grávida tem de ter o cuidado de comer corretamente, baseando-se numa boa alimentação com todos os nutrientes indispensáveis, que permita uma gravidez saudável. É necessário ingerir alimentos de qualidade. Varie ao máximo os alimentos consumidos diariamente.

Portanto, o cardápio deve contar com: Proteínas - carne vermelha magra, frango, peixe, feijão, castanhas ou ovos, de preferência sem manteiga ou óleo (2 a 3 porções por dia).



Grãos integrais - arroz integral, pão integral, macarrão integral, ou aveia integral (6 a 8 porções por dia). Derivados do leite como leite desnatado, iogurte ou queijo (3 a 4 porções por dia).



Vegetais - brócolis, cenoura, vagem, tomate, couve-flor ou beterraba (3 a 5 porções por dia)
 Frutas - laranja, banana, pêra, mamão, melão, melancia, uva, manga ou maçã (2 a 4 porções por dia).



EXEMPLOS DO QUE É UMA PORÇÃO:

55g de carne cozida, frango ou peixe	½ xícara de frutas picadas,
½ xícara de feijão	½ xícara de arroz
1 fatia de pão	200 ml de suco de fruta.
2 fatias de queijo	1/2 xícara de vegetais cozidos

Ilustração 12. Boletim informativo com orientações nutricionais, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.



Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso :Farmácia

“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes ”

Responsáveis: Alexandre Xavier de Lira da Silva (Acadêmico de Farmácia)

Prof. Msc. Joilane Alves Pereira (Nutricionista)

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas (Farmacêutico).



HÁBITOS ALIMENTARES NA GESTAÇÃO



Coma pequenas porções, mastigue bem, procure **RECLINAR** pelo menos por 15 minutos após as refeições. Estas dicas poderão ajudar a evitar azia (queimação), mais frequente nos meses finais da gestação.

DICAS IMPORTANTES



Garanta o consumo de água ao dia, de preferência, entre as refeições para evitar sensações de náuseas e até mesmo episódios de vômitos.



Procure comer em intervalos de 3 em 3 horas durante dia e em pequenos volumes (5 a 6 refeições ao dia).



Bebidas como cafeína devem ser limitadas a 200mg/dia da substância. Algo em torno de 2 xícaras de café ou 3 de chá-mate ou preto. Chás de ervas devem ser tomados com cuidado: folhas como de hortelã podem estimular contrações.



Não usar o leite como alívio para a azia (queimação), pois este possui um efeito rebote (aumento da azia após um tempo)



Evite o consumo de alimentos fritos e doces, que cooperam para um aumento de peso, durante a gestação.

Ganho de peso excessivo está ligado ao aparecimento de diabetes, hipertensão e a riscos obstétricos. Evite-o.

DADOS DO PACIENTE:

NOME: F.L.M.M	SEXO: FEMININO	IDADE: 20 anos
---------------	----------------	----------------

Ilustração 13. Boletim informativo com orientações nutricionais, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.




Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso :Farmácia
 “Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes”
 Responsáveis: Alexandre Xavier de Lira da Silva (Acadêmico de Farmácia)
 Prof. Msc. Joilane Alves Pereira (Nutricionista)
 Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas (Farmacêutico).



SUGESTÕES DE ALIMENTOS PARA O CAFÉ DA MANHÃ



1 xícara (chá) de café com leite ou 1 copo (200 ml) de vitamina (leite desnatado batido com ½ mamão ou banana) ou copo de leite







2 fatias de pão integral ou 1 pão francês sem miolo + 2 fatias de queijo ou 3 biscoitos integrais






1 fatia de melão ou uma maçã ou metade de um mamão ou uma banana pequena



Não se deve consumir leite e derivados junto do almoço / jantar porque atrapalha a absorção do ferro. Eles são bem vindos no **café da manhã, lanche da tarde e ceia.**

Não abuse da manteiga / margarina. Escolha sempre leite magro ou iogurte, com ou sem sabores.



DADOS DO PACIENTE:

NOME: F.L.M.M SEXO: FEMININO IDADE: 20 anos

Ilustração 14. Boletim informativo com sugestão de dieta, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.



Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso :Farmácia
“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes ”
Responsáveis: Alexandre Xavier de Lira da Silva (Acadêmico de Farmácia)
Prof. Msc. Joilane Alves Pereira (Nutricionista)
Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas (Farmacêutico).



SUGESTÕES DE ALIMENTOS PARA O LANCHE DA MANHÃ

1 copo pequeno (200 ml) de suco de laranja ou limão batido com 1 beterraba pequena crua ou 1 fruta pequena (maçã, banana, laranja) ou uma barra de cereal



SUGESTÕES DE ALIMENTOS PARA O ALMOÇO

4 colheres (sopa) de arroz + 1 concha de feijão + 1 sobrecoxa ou peito de frango assado, sem pele, ou peixe grelhado, ou carne magra (bife acebolado) + salada com legumes e verduras (alface, repolho, pimentão, tomate, pepino, etc).



As fontes de ferro bem absorvidas pelo organismo são as fontes animais como a carne vermelha e grãos e vegetais verdes-escuros que precisam da vitamina C para serem bem absorvidos. Então sempre tenha uma fruta cítrica junto do almoço e jantar como por exemplo a laranja, tangerina ou suco de limão, maracujá, etc.



Ingira 3 a 5 porções de frutas por dia fracionadas. Ou seja, uma fruta por refeição. Consuma 5 pires de vegetais coloridos por dia. Cada cor de vegetal representa um nutriente específico e todos são essenciais na gestação.

Ilustração 15. Boletim informativo com sugestão de dieta, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.



Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso :Farmácia
 “Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – Gestantes”
 Responsáveis: Alexandre Xavier de Lira da Silva (Acadêmico de Farmácia)
 Prof. Msc. Joilane Alves Pereira (Nutricionista)
 Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas (Farmacêutico).



SUGESTÕES DE ALIMENTOS PARA O LANCHE DA TARDE

1 pote (200 ml) iogurte ou 1 copo de leite desnatado ou 1 copo de suco + 2 biscoitos
 cream cracker ou 2 biscoitos maisena ou 1 pão pequeno + 1 fruta







SUGESTÕES DE ALIMENTOS PARA O JANTAR

1 filé médio de peixe ou frango grelhado + cenoura e abóbora refogadas ou sopa de
 legumes ou salada de tomate , alface e pepino







SUGESTÕES DE ALIMENTOS PARA A CEIA




1 copo pequeno (200 ml) de leite desnatado ou 1 pote de iogurte ou uma barra de cereal




DADOS DO PACIENTE:
 NOME: F.L.M.M SEXO: FEMININO IDADE: 20 anos

Ilustração 16. Boletim informativo com sugestão de dieta, elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR.

9.2. Pressão Arterial

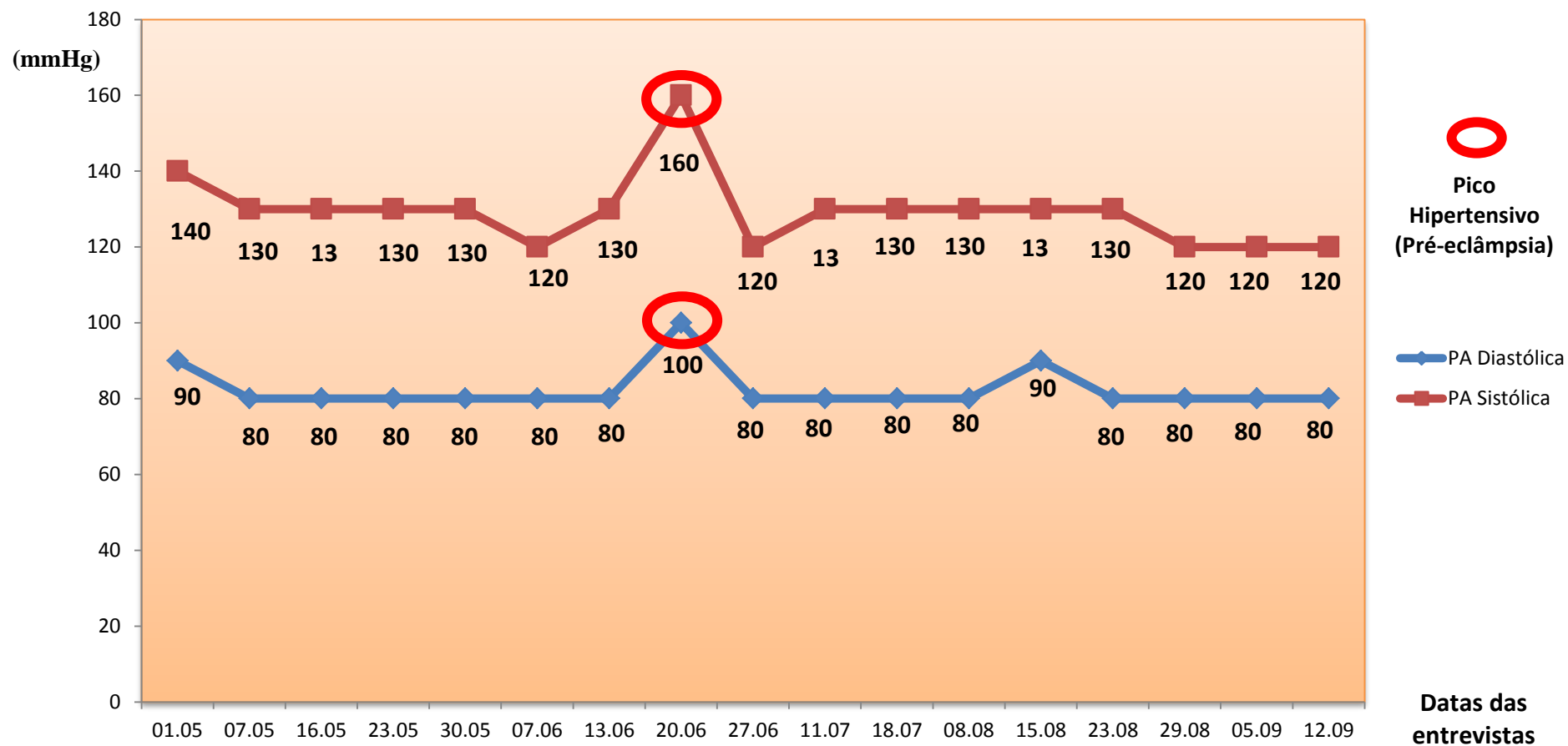
Em relação à pressão arterial da usuária, a mesma se apresentou ligeiramente elevada em alguns momentos do seguimento farmacoterapêutico (PAS maior que 120 mmHg e PAD superior a 80 mmHg) e um pico hipertensivo, diagnosticado como quadro de pré-eclâmpsia grave (pressão arterial em repouso no leito \geq 160 mmHg de sistólica ou 110 mmHg de diastólica, com proteinúria maior que 3 g em uma amostra de urina de 24 horas), porém com estabilização do quadro após terapêutica medicamentosa.

O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é a interrupção da gestação, sempre benéfica para a mãe. Entretanto, a interrupção da gestação pode não ser benéfica para o feto devido às complicações inerentes à prematuridade. Embora o feto esteja também em risco, muitas vezes é instituído tratamento conservador para assegurar maior grau de maturidade fetal. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), em pacientes com pré-eclâmpsia com quadro clínico estabilizado sem necessidade de parto imediato, está indicado tratamento anti-hipertensivo por via oral.

Para as gestantes com diabetes mellitus, obesidade, gestação gemelar, nulíparas, idade acima de 40 anos ou história pessoal ou familiar de pré-eclâmpsia é recomendada a avaliação periódica para proteinúria e elevação rápida da PA. Para os quadros de pré-eclâmpsia, é sugerido que o tratamento medicamentoso seja instituído mais precocemente quando a PA for \geq 150/100 mmHg. O objetivo do tratamento anti-hipertensivo é alcançar PAS entre 130 a 150 mmHg e PAD de 80 a 100 mmHg, resultado alcançado após terapia com bloqueador dos canais de cálcio (Nifedipino), como mostra a **ilustração 17**.

Ainda de acordo com as diretrizes as opções de uso de anti-hipertensivos orais são as mesmas apresentadas para as gestantes portadoras de HA crônica ou preexistente. A alfametildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e não haver evidência de efeitos deletérios para o feto. Outros, como os bloqueadores dos canais de cálcio (nifedipino, anlodipino e verapamil) podem ser considerados drogas de segunda escolha. Existem dados sugerindo que nifedipino é uma droga segura para ser usada durante a gestação, apesar de não haver evidências tão consagradas quanto àquelas referentes à metildopa (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010). O principal efeito colateral é a cefaléia (Como já abordado, umas das RAMs notificadas durante o AFT – **ilustração 4**).

Ilustração 17. Valores da pressão arterial da gestante o Acompanhamento Farmacoterapêutico.



Fonte: Pesquisa Direta, Teresina. 2012.

Legenda: PA – pressão arterial

9.3. Glicemia Capilar em jejum

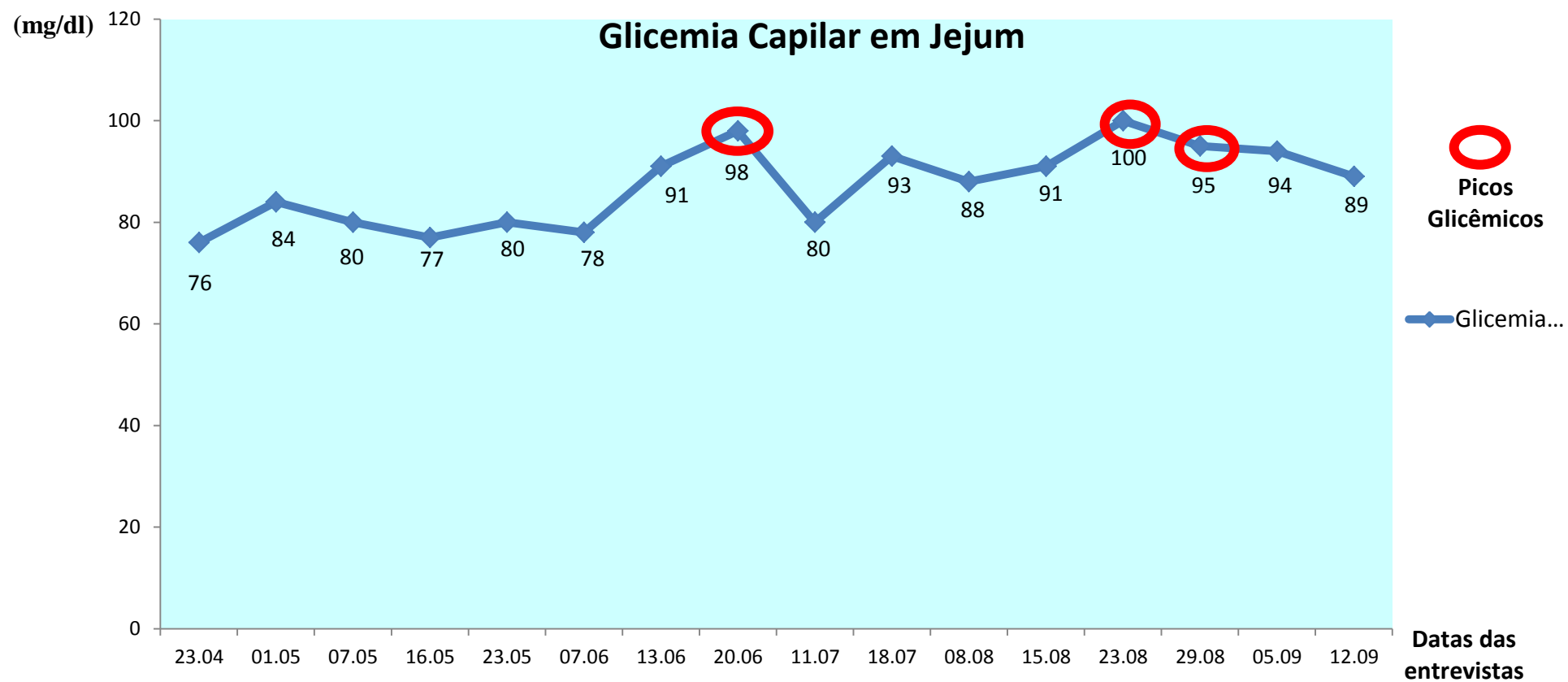
As alterações no metabolismo materno são importantes para suprir as demandas do feto. O desenvolvimento de resistência à insulina (RI) durante a segunda metade da gestação é resultado de adaptação fisiológica, mediada pelos hormônios placentários anti-insulínicos, para garantir o aporte adequado de glicose ao feto. Entretanto, algumas mulheres que engravidam com algum grau de RI, como nos casos de sobrepeso/obesidade, obesidade central e síndrome dos ovários policísticos, este estado fisiológico de RI será potencializado nos tecidos periféricos (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009).

A dosagem da glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, como **teste de rastreamento para o diabetes mellitus gestacional (DMG)**, independentemente da presença de fatores de risco. Se a gestante está no primeiro trimestre, a glicemia de jejum auxilia a detectar alterações prévias da tolerância à glicose (BRASIL, 2006).

Em consonância com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009, todas as gestantes devem ser avaliadas com a glicemia de jejum no primeiro trimestre da gestação, com a finalidade de detectar o diabetes pré-gestacional. O diagnóstico deve ser feito com o critério empregado para adultos não-gestantes (glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl). Uma glicemia de jejum abaixo de 95 mg/dl exclui o diagnóstico; essas gestantes deverão ser reavaliadas no segundo trimestre. A conduta nas gestantes com glicemias entre 95 mg/dl e 126 mg/dl é controversa na literatura. Algumas instituições científicas rotulam essas mulheres como portadoras de diabetes gestacional; outras tantas entidades ainda não se posicionaram a esse respeito. Dessa forma, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), em 2009, sugeriram, até que fossem publicadas novos critérios internacionais, os pontos de corte de glicemia plasmática superior a 95 mg/dl, 180 mg/dl e 155 mg/dl em jejum, uma e duas horas, respectivamente (após sobrecarga de glicose) para diagnóstico de DMG.

A paciente apresentou alguns picos glicêmicos de jejum acima de 95 mg/dl (**Ilustração 18**), porém durante exames do pré-natal não ficou constatado nenhum indício de diabetes pré-gestacional. Mesmo assim, uma única leitura em jejum não é parâmetro diagnóstico. Uma explicação sugerida possa ser um possível não cumprimento das 08 horas mínimas de jejum exigidas para a realização do teste (a coleta era feita semanalmente entre 08:00 e 09:00 da manhã, e eventualmente, a usuária poderia ter ingerido um alimento nas últimas horas da noite) superestimando os resultados da glicemia.

Ilustração 18. Valores de Glicemia capilar de jejum da gestante durante Acompanhamento Farmacoterapêutico



Fonte: Pesquisa Direta, Teresina. 2012.

10. QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

No contexto da saúde, a comunicação é um instrumento essencial para a realização da atenção farmacêutica e a promoção da saúde, pois a prática está baseada na interação com grande variedade de indivíduos, incluindo, pacientes, familiares, profissionais de saúde e outros farmacêuticos. Esta interação social tem sido destacada como a maior indutora da satisfação do paciente em relação aos serviços de saúde. A satisfação do paciente é um importante resultado que reflete o grau de envolvimento do farmacêutico, durante o cuidado clínico humanístico, bem como, as carências e expectativas do paciente durante os atendimentos recebidos (LYRA et al, 2005).

As carências e expectativas dos pacientes podem ser vistas como determinantes para a satisfação, enquanto que os elementos dos cuidados prestados (como a competência profissional e os aspectos interpessoais) são componentes da satisfação. Este tipo de avaliação tem crescido muito nos últimos anos, nos países desenvolvidos, sendo um instrumento multidimensional reconhecido como um indicador de qualidade de serviços farmacêuticos e de saúde. Entretanto, nas pesquisas realizadas no país, a avaliação da satisfação dos pacientes com relação aos serviços de saúde praticamente inexistente. (LYRA et al, 2005).

Correr *et al* (2009) traduziram para português e validaram o Satisfaction with Pharmacy Services Questionnaire (PSQ) de MacKeigan e Larson (1989), uma ferramenta multidimensional, incluindo variáveis como a competência técnica do farmacêutico, a sua simpatia, aspectos relacionados com a eficácia do medicamento adquirido, a disponibilidade do produto solicitado e a qualidade do produto adquirido. O instrumento resultante foi designado de Questionário de Satisfação com os Serviços da Farmácia (QSSF), possuindo 18 questões que medem a satisfação de pacientes com o serviço da farmácia, organizadas em dois domínios e utiliza uma escala de respostas variando do grau 1 (ruim) a 5 (excelente).

O modelo adaptado foi aplicado no final do acompanhamento farmacoterapêutico, a fim de estabelecer o nível de satisfação da usuária quanto aos serviços de atenção farmacêutica ofertados durante a gestação. Obteve-se pontuação máxima no grau excelente (5) em todas as questões, comprovando que o serviço mostra perspectivas de boa aceitação por parte dos usuários, desde que realizado por profissional capacitado, em colaboração com outros profissionais da saúde, dentro dos limites éticos e promovendo qualidade de vida (ANEXO IV).

11. CONCLUSÃO

Durante todo o Acompanhamento Farmacoterapêutico, foram utilizados 35 princípios ativos (associados ou não), dentre os quais os mais utilizados foram antianêmicos, suplementos vitamínicos e sais minerais (57%) antiespasmódicos (14%), anti-inflamatório/analgésicos (11%), seguido de mucorreguladores (6%), antiácidos (6%), anti-hipertensivos (3%) e antialérgicos (3%), a maioria sob prescrição médica. A realização do AFT permitiu a identificação de 9 PRMs e 10 RNMs sendo 2 de necessidade, 1 por inefetividade quantitativa, 5 de insegurança não-quantitativa e 2 de insegurança quantitativa. As intervenções realizadas com o intuito de solucionar os mesmos alcançaram 100% de efetividade, e foram baseadas em orientações verbais a gestante, intervenções junto aos médicos e outros profissionais da saúde, e confecção de boletins informativos. Também foram notificadas duas reações adversas ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária da ANVISA.

Com o monitoramento dos parâmetros antropométricos, bioquímicos e fisiológicos foi possível avaliar os fatores de risco gestacional: IMC pré-gestacional maior que 30 (obesidade variando dos graus I a II), acumulando um total de 14,6 kg durante o AFT e excedendo a quantidade de peso recomendado a ser ganho na gestação; Condições Clínicas pré-existentes (asma e alergia a medicamentos, cosméticos e alimentos) e doença obstétrica da gravidez atual (quadro de pré-eclâmpsia), também alvos de intervenção educativa.

Com a análise do estudo realizado, conclui-se que é notória a importância da atenção farmacêutica no diagnóstico de problemas relacionados a medicamentos durante o período gestacional e a capacidade do farmacêutico na correção dos mesmos, evitando a ocorrência de RNMs; Também cabe ao farmacêutico prestar outras orientações voltadas à saúde da mãe e do bebê, a fim de melhorar a qualidade de vida e evitar complicações durante a gestação e após ela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDOR, F. **Manual de cosmetovigilância para a Indústria de Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos**. ABIHPEC - Associação Brasileira da Indústria de Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos, São Paulo, SP, 2007. 29p.

ANGONESI, J.; POLATO, A. **Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP**. RBAC, Porto Alegre, RS. v. 39(4). p. 243-245, 2007.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia para notificação de reações adversas em oncologia** / Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia - SOBRAFO; São Paulo, SP, Conectfarma Publicações Científicas, 2. ed. 2011. 38p.

ATALAH, S. E., CASTILLO, C. L., CASTRO, R. S. **Propuesta de un nuevo estandar de evaluación nutricional en embarazadas**. Rev Med Chile.; v. 125, p. 1429-36, 1997.

BISSON, M. P. **Paciente Gestante**. In: **Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica**. Editora Manole, 2 ed. p. 258-93, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução nº 44, de 17 de agosto de 2009**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido** – Guia para os Profissionais de Saúde. Intervenções comuns, Icterícia e Infecções. / Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, DF. v.2, 2011. 202p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 5º ed. 2012. 302 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.

BRASIL. Guia para avaliação de segurança de produtos cosméticos. Brasília, DF: Anvisa, 2003. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/cosmeticos/guia/index.htm>>. Acesso em 10 outubro. 2012.

BULÁRIO ELETRÔNICO DA ANVISA, Brasília, DF. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acesso em: 10 de outubro de 2012. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/> >. Acesso em 15 outubro. 2012.

BRUM, L.F. S.; PEREIRA, P.; FELICETTI, L. L.; SILVEIRA, R.D. **Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16(5), p. 2435-2442, 2011.

CAÇOLA, P. **Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento motor: a realidade atual**. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, SP. v. 28(1), p. 70-6, 2010.

CARMO, T. A. **Medicamentos e Gravidez**. *SAÚDE REV*. Piracicaba, SP, v. 5 (10), p. 55-61, 2003.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C.; FRAKES, M. **Resultados del ejercicio de la Atencion Farmacéutica**. *Pharml Care Esp*. v. 2, p. 94-106, 2000.

CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. *Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos"*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24p.

CORRER, C.J. OTUKI, M.F; **Método clínico de atenção farmacêutica**. In: NOBLAT, L. A. C. B.; CASTRO, M. S. **Modelos de seguimento farmacoterapêutico**. 1ed. Florianópolis: Editora da UFSC, v.1, p. 1-22, 2011.

CORRER, C., PONTAROLO, P., MELCHORS, A., SOUZA, R., ROSSIGNOLI, P. E FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F., (2009). **Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do Pharmacy Services Questionnaire para o Brasil**, *Cad, Saúde Pública*, Vol.25, n.1, p87.

DÁDER, M.J.F.; CASTRO, M.M.S.; HERNANDEZ, D.S. **Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico**. Granada 3º ed: Universidad de Granada, 2009.

DÁDER, M.J.F. et al. **Atenção Farmacêutica: conceitos, processos e casos práticos**. Editora RCN. São Paulo, 2008.

DANTAS FILHO, H. F. M. S. **Alimentação adequada no primeiro ano de vida: como contornar os freqüentes erros?** Departamento de Nutrição e de Gastroenterologia Pediátrica da Sociedade Espiritossantense de Pediatria (SOESPE) – Vitória, ES. 2006

DAVIM, R.M.B. **Avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas para alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto**. Orientadora: Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres. Natal, RN. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, 2007, 186 p. Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde).

DIAS, M.F.; **Introdução à Farmacovigilância**. 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. 46-66, 2008.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009. Acesso em 15 de novembro de 2012. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma**, Jornal Brasileiro de Pneumologia,; v. 38(1). p. 1-46, 2012.

DOMBROWSKI, M.P; HUFF, R; LIPKOWITZ, M; SCHATZ, M. **Position statement: the use of newer asthma and allergy medications during pregnancy**. Ann Allergy Asthma Immunol; v. 84, p. 475-480, 2000.

DREHMER, M. **Índice de massa corporal pré-gestacional, fatores relacionados à gestação e ganho de peso materno em unidades básicas de saúde no sul do Brasil – Estudo do consumo e do comportamento alimentar na gestação – ECCAGe**. Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Angélica Antunes Nunes. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, 2008, 136p. Dissertação. (Mestrado em Epidemiologia).

ENSINA, L.F.; FERNANDES, F.R.; DI GESU, G.; MALAMAN, M.F.; CHAVARRIA, M.L.; BERND, L.A. **Reações de hipersensibilidade a medicamentos**. Rev Bras Alergia Imunopatol, v. 32, p. 74-83, 2009.

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; SANTOS, H.; IGLÉSIAS, P.; FAUS, M.J.; RODRIGUES, L.M. **Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos**. Tradução intercultural de Espanhol para Português (europeu). *Acta Médica Portuguesa*. v. 17, p. 59-66, 2004.

FONTOURA, A; **Utilização de medicamentos por gestantes em atendimento pré-natal em uma maternidade do município de Ribeirão Preto – SP**; Orientador: Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto, 2009, 112P. Dissertação. (Mestrado em Farmácia).

GADELHA, P.S. COSTA, A.G. FERNANDES, A.K.S. FARIAS, M.A. **Obesidade e gestação: aspectos obstétricos e perinatais**. Revista Femina, Rio de Janeiro: Editora FEBRASGO, v. 37, n. 1, p. 03-06, 2009.

GEIB, L.T.C.; FILHO, E.F.V.; GEIB, D.; MESQUITA, D.I.; NUNES, M.L.; **Prevalência e determinantes maternos do consumo de medicamentos na gestação por classe de risco em mães de nascidos vivos**. Cad. Saude; v. 23(10), p. 2351-2362, 2007.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T.; **Métodos de pesquisa**. coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.120 p

GOLAN, D. E, ARMSTRONG, A. W, ARMSTRONG, E. J, TASHJIAN, A. H. **Princípios de Farmacologia** - A Base Fisiopatológica da Farmacoterapia, 2^a edição, Editora: Guanabara Koogan (Grupo GEN), Rio de Janeiro, RJ, 2009.

HEPLER C.D.; STRAND L.M. **Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica**. Pharmaceutical Care España, 1999.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA. S 451. J Bras Pneumol; v. 32(7), p. 447-474, 2006.

JOHANSSON, S. G. O.; BIEBER, T.; DAHL, R.; FRIEDMANN, P. S.; LANIER, B. Q.; LOCKEY, R.F.; MOTALA, C.; MARTELL, J.A.O. **Nomenclatura de alergia revisada para uso global**: Relatório do Comitê de Revisão de Nomenclatura da World Allergy Organization, Outubro de 2003. Revista brasileira de Alergia e Imunopatologia – v. 30, p. 1-13, 2007.

LEITE, S. N.; VIEIRA, M.; VEBER A. P. **Estudos de utilização de medicamentos**: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América latina, *Ciência e Saúde Coletiva*, abril, suplemento Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil v.13. p. 793-802, 2008.

LYRA JUNIOR, D.; AMARAL, R.T.; ABRIATA, J.P.; PELÁ, I.R. **A satisfação como resultado de um programa de atenção farmacêutica em Ribeirão Preto (SP) – Brasil**. Seguimiento Farmacoterapêutico, v. 3, p-30-42, 2005.

MACHADO, T. L. Potencial alérgico de conservantes cosméticos. Orientadora: Prof. Msc. Marilucia Rita Pereira. Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, Criciúma, SC 2010, 50p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso).

MATTAR, R; TORLONI, M.R. BETRÁN, A.P. MERIALDI, M. **Obesidade e gravidez**. Rev Bras Ginecol Obstet.; v. 31(3), p. 107-10, 2009.

NAGAO-DIAS, A. T., NUNES, P. B., COELHO, H. L. L., SOLÉ, D. **Reações alérgicas a medicamentos**. Jornal de Pediatria, v. 80, p. 1-15, 2004.

NARANJO, C.A. BUSTO. U. SELLERS, E.M. SANDOR, P. RUIZ, I. ROBERTS, E.A. JANECECK, E. DOMECK, C. GREENBLATT, D.J. **A method for estimating the probability of adverse drug reactions**. Clin Pharmacol Ther; v. 30, p. 239-43, 1981.

OLIVEIRA, M. R. **Asma e gravidez**. Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro, Pulmão RJ; v. 1, p. 28-33, 2008.

OLIVEIRA, A.C. L. **A Curva de Atalah é melhor que a Curva de Rosso na avaliação de pesos ao nascer de risco?** Orientador: Prof. Dr. Rogério Andrade Mulinari. Universidade Federal do Paraná, UFPR, Curitiba, 2007, 84 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde).

PAWANKAR, R., CANONICA, G. W., HOLGATE, S.T., LOCKEY, R. F. **White Book on Allergy**- World Allergy Organization (WAO), Milwaukee, Wisconsin, EUA, ; v.1, p. 1-216, 2012.

PARIZZI, M.R.; FONSECA, J. G.M. Nutrição na gravidez e na lactação. Rev Med Minas Gerais; v.20, nº3, p.341-353, 2010.

PEREIRA, A.V; GARABELI, A.A; SCHUNEMANN, G.D; BORCK P. C. **determinação da constante de dissociação (K_a) do captopril e da nimesulida** - experimentos de química analítica para o curso de farmácia. Quim. Nova. v. 34, nº 9, p.1656-1660, 2011.

PINHEIRO, R.M. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde**. Rev Tempus Actas Saúde Colet. v. 4, nº 3, 2010.

RASMUSSEN, K.M.; YAKTINE, A.L.; **Committee to Reexamine IOM Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines.** Washington, DC: Institute of Medicine USA. National Research Council; 2009.

RODRIGUES FILHO E. P. **Uma proposta de atenção farmacêutica à gestante: da gravidez ao puerpério.** Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas, Universidade Federal do Piauí - UFPI, Teresina, 2011, 84p. Dissertação. (Graduação em Farmácia).

ROMEU, G.A. et al. **Notificação de reações adversas em um hospital sentinela de Fortaleza** – Ceará. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. v. 2, p. 5-9, 2011.

SAUNDERS, C; LACERDA, E.M.A. **Fatores de risco em Obstetrícia.** In: ACCIOLY, E; SAUNDERS, C; LACERDA, E.M.A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria.** Rio de Janeiro: Cultura Médica; p. 72-79, 2003.

SANTOS, A. A; CARVALHO, C. C; CHAVES, E.C.L; GOYATÁ, S.L.T. **Qualidade de vida de pessoas com obesidade grau III: um desafio comportamental.** Rev Bras Clin Med. São Paulo, v.10(5), p. 384-9, 2012.

SILVA, L.R; BARROS, N. **Aspectos especiais da farmacologia pediátrica.** In: SILVA, P. **Farmacologia.** 8°. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1266-77, 2010.

SILVA, M.P.G, NASCIMENTO M.J.P. **Fototerapia no tratamento das hiperbilirrubinemias neonatais.** Rev Enferm UNISA; v. 7, p. 44-7, 2006.

SILVA, L.C. A percepção do farmacêutico sobre a Atenção Farmacêutica nas Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Vitória – ES. Orientador: Prof. Dra. Valéria Ferreira Romano. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ, 2009.116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família)

SIMONI, C. R. **Avaliação do impacto de métodos de atenção farmacêutica em pacientes hipertensos não-controlados.** Orientador: Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, 2009, 184p. Dissertação. (Mestrado em Farmácia).

SOLÉ, D., SILVA, L. R., ROSÁRIO FILHO, N. A., SARNI, R. O. S., e cols **Consenso Brasileiro sobre alergia alimentar, 2007.** Revista Médica de Minas Gerais, v. 18 (1), p. 1-44, 2008.

SOUSA, E.G. **Asma na gravidez.** Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia; Pneumo Atual, v.10, p. 1519-521, 2005.

TOMÉ, J. P.B. **Doença Respiratória e Gravidez.** Serviço de Pneumologia. Hospital Egas Moniz. Acta Médica Portuguesa; v. 20, p. 359-367, 2007.

VIEIRA, F.S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Rev Panam Salud Publica. V.24(2), p. 91-100, 2008. VOLTARELLI, J. C.; DONADI, E. A.; CARVALHO, I. F.; **ARRUDA, L. K.**; LOUZADA J.R.P.; SARTI, W. **Imunologia Clínica na Prática Médica.** 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. v. 1. 1100p.

VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Rev Bras Hipertens; v.13(1), p. 1-68, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE I: Boletim Informativo sobre o uso de AINES na amamentação confeccionado durante a prática da ATENFAR.



Vol. 8, n. 1/2012

ISSN 2237-7387

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA**



CONSULTE O SEU MÉDICO OU FARMACÊUTICO

Boletim Informativo.

Saúde Materna:

*Amamentação e uso de Antiinflamatórios
não esteróides (AINES)*

USO DE ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-ESTERÓIDES (AINES) DURANTE A AMAMENTAÇÃO

É muito frequente o uso de medicamentos e outras substâncias por mulheres que estão amamentando. A maioria é compatível com a amamentação; poucos são os fármacos formalmente contraindicados e alguns requerem cautela ao serem prescritos durante a amamentação, devido aos riscos de efeitos adversos nos lactentes e/ou na lactação. Por isso, cabe ao profissional de saúde, antes de tomar qualquer decisão quanto à recomendação no uso desses medicamentos, buscar informações atualizadas para avaliar adequadamente os riscos e os benefícios do uso de uma determinada droga em uma mulher que está amamentando. Conforme estudos, quase metade dos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) comercializados no Brasil carecem de informações científicas para uso durante a lactação. A maioria possui na bula recomendações para não usar o medicamento ou suspender amamentação. Do ponto de vista clínico, a informação mais adequada a ser incluída na bula, deveria ser uma menção sobre a avaliação do risco-benefício ou usar conforme recomendação médica. Portanto, muito além do que a mensagem de não usar durante amamentação, o elevado número de AINEs sem referência na literatura sobre sua segurança durante a lactação revela a necessidade de maior investimento em pesquisas sobre o tema.

Quadro 1 - Informações em bulas de medicamentos e na literatura sobre o uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) durante a lactação e seus efeitos adversos no lactente.

Medicamento	Informações da bula	Informações científicas
1 – Salicilatos		
Ácido Acetilsalicílico (AAS [®] , Aspirina [®])	Amamentação deve ser descontinuada caso uso regular.	Uso criterioso durante a amamentação. Evitar tratamento prolongado.
2 - Derivados do ácido antranílico		
Ácido Flufenâmico (Mobilisin [®])	Não deve ser utilizado durante amamentação.	Uso compatível com a amamentação.
Ácido mefenâmico (Ponstan [®])	Informar ao médico se está amamentando.	Uso compatível com a amamentação.
Clonixinato de Lisina (Dolamin [®])	Informar ao médico se está amamentando.	Falta de estudos adequados;
3 - Derivados do Ácido propiônico		
Cetoprofeno (Artrosil [®] , Profenid [®])	Uso contraindicado durante amamentação.	Uso compatível com a amamentação.
Ibuprofeno (Advil [®] , Motrin [®])	Seguro durante a lactação	Uso compatível com a amamentação.
Naproxeno (Flanax [®] , Naprosyn [®])	Uso contraindicado durante amamentação.	Uso criterioso durante a amamentação.

4 - Derivados Pirazolônicos		
Fenilbutazona (Butazona [®])	Suspender a lactação ou tratamento	Uso criterioso durante a amamentação.
Oxifembutazona (Tandrex [®])	Suspender a lactação ou tratamento	Uso criterioso durante a amamentação.
Dipirona (Novalgina [®])	Evitar amamentar até 48 após uso do fármaco	Uso compatível com a amamentação.
Antipirina (Salipirina [®])	Contraindicado durante lactação	Efeito tóxico para a medula óssea.
5 - Derivados do Ácido Indolacético		
Indometacina (Indocid [®])	Uso contraindicado durante amamentação.	Uso criterioso durante a amamentação.
Sulindaco (Clinoril [®])	Uso contraindicado durante amamentação.	Sem informação
Glucametacina (Teoremin [®])	Suspender amamentação	Sem informação
6 - Derivados do ácido fenilacético		
Aceclofenaco (Proflam [®])	Contra indicado durante amamentação	Sem informação
Diclofenaco (Biofenac [®])	Informar ao médico se está amamentando.	Uso compatível com a amamentação.
7 - Derivado do ácido pirrolacético		
Cetorolaco (Toragesic [®] , Deocil [®])	Uso contraindicado durante amamentação.	Uso compatível com a amamentação.
Etodolaco (Flancox [®])	Informar ao médico se está amamentando. Não recomendado durante lactação.	Uso compatível com a amamentação.
8 - Derivados do oxicam		
Meloxicam (Inicox [®] , Movatec [®])	Uso contraindicado durante amamentação.	Não há dados sobre segurança para uso durante o período da lactação.
Piroxicam (Feldene [®])	Não recomendado durante amamentação	Uso criterioso durante a amamentação.
Tenoxicam (Tilatil [®])	Suspender a lactação ou tratamento	Sem informação
9- Derivado fenoximetanossulfanilídico		
Nimesulida (Nisulid, Scaflam)	Contra indicado durante amamentação	Sem informação
10- Derivados das sulfonamidas/sulfonas		
Celecoxib (Celebra [®])	Não recomendado durante amamentação	Uso compatível com a amamentação.
Etoricoxib (Arcoxia [®])	Não recomendado durante amamentação	Uso criterioso durante a amamentação.
Lumiracoxib (Prexige [®])	Suspender o aleitamento ou o tratamento	Sem informação
Parecoxib (Bextra [®])	Suspender o aleitamento ou o tratamento	Sem informação

Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias, 2010 e CHAVES, R. *et al* Amamentação e uso de antiinflamatórios não esteróides pela nutriz

Relato de Caso

F.L.M.M, 20 anos, sexo feminino, em período de lactação, encontra-se em uso do anti-inflamatório não esteroideal (**nimesulida 100 mg**). Devido à carência de estudos sobre sua segurança durante a lactação (e seguindo a própria recomendação da bula), disponível no **Bulário Eletrônico da ANVISA**, é recomendado evitar o uso desse medicamento no período de amamentação. No entanto, pode ser observado que a usuária dos nossos serviços encontra-se fazendo uso do referido anti-inflamatório conforme prescrição médica. A usuária foi recomendada a procurar o serviço para obter mais informações quanto ao uso desse AINE durante o período de amamentação.

A confecção desse boletim só foi possível em virtude do trabalho de acompanhamento farmacoterapêutico e de farmacovigilância que vem sendo realizado por meio dos Serviços de Atenção Farmacêutica (ATENFAR) e do Grupo de estudos sobre o uso de medicamentos (GEUM), formado por professores, estudantes e colaboradores da área de saúde, sediado no Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Federal do Piauí, que visa à busca do uso seguro e racional de medicamentos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CHAVES, R. G; LAMOUNIER, J. A; CÉSAR, C. C; **Amamentação e uso de antiinflamatórios não esteróides pela nutriz**: informações científicas versus conteúdo em bulas de medicamentos comercializados no Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (3): 269-276, jul. / set., 2006.



APÊNDICE II: Imagens do acompanhamento farmacoterapêutico durante a prática da ATENFAR.



APÊNDICE III: Certificado do trabalho científico “Atenção Farmacêutica na Gravidez e Puerpério: Relato durante uma gestação de risco”, apresentado no I Encontro Estratégico em Ciências Farmacêuticas e I Seminário Ibero Americano de P & D de Medicamentos.



APÊNDICE III: Certificado do trabalho científico “Relato de Problemas Relacionados a Medicamentos durante uma gestação de risco” apresentado no I Congresso Internacional de Atenção em Saúde: Evidência em APS.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO
COORDENADORIA DE CURSOS E ESTÁGIOS NÃO OBRIGATORIOS

Certificado

Conferido a ALEXANDRE XAVIER DE LIRA DA SILVA

por haver apresentado o Trabalho (VIDE VERSO) I CONGRESSO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO EM SAÚDE: EVIDÊNCIAS NA APS, II CONGRESSO PIAUIENSE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, I ENCONTRO REGIONAL DO PROVAB, IV CESCODONTO e II FÓRUM DE SAÚDE BUCAL DO PIAUÍ

realizado (a) no período de 02 a 04 de maio de 2013, **perfazendo**
um total de _____ **horas/aula.**

Teresina, 05 de maio de 2013

Juliana Sobral _____ *Robson Moura* _____
Coordenadora de Cursos Coordenador de Eventos Participante

SEM Nº 02/01/13 de 2013

Registrado no Livro nº 23 sob nº. 1672
do Livro nº 39 de registro de certificados
Teresina, 05 de maio de 2013
Alexandre
Câmbria nº Rua de S. Alencar
Recp nº Registro de Certificados / PROEX / UFPI

Ministério
de Saúde



TRABALHO:
RELATO DE PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS DURANTE UMA GESTAÇÃO DE RISCO

AUTORES:
ALEXANDRE XAVIER DE LIRA DA SILVA
TAMYRES DE ANDRADE MACEDO
KASSIA KAROLINE LEAL BARROS GOMES
RIVELLISON MENDES DE FREITAS



prontomed

Assembleia Legislativa
do Estado do Piauí



ANEXOS

ANEXO I: Carta de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / MDER.**

“Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, Universidade Federal do Piauí, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição co-participante do presente projeto de pesquisa. Investigação de Problemas Relacionados com Medicamentos: Uma Proposta de Atenção Farmacêutica às Gestantes, e de seu compromisso no resguardado da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Joaquim Vaz Parente
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA E FARMACOLOGIA
BACHARELADO EM FARMÁCIA**

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Investigação de Problemas Relacionados com Medicamentos:

Uma Proposta de Atenção Farmacêutica às Gestantes

Pesquisador responsável: Rivelilson Mendes de Freitas.

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Bioquímica e Farmacologia.

Telefone para contato: 86-8118-2379 ou 86-2315-5870.

Local da coleta de dados: Maternidade Dona Evangelina Rosa, no município de Teresina, Piauí.

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo:

O objetivo do estudo é coletar e anotar os dados para permitir a implantação de um programa de orientação sobre os medicamentos que serão usados durante o seu pré-natal realizado pelos profissionais da Maternidade Dona Evangelina Rosa no município de Teresina, Piauí. Essas informações serão usadas também para a estruturação das atividades de orientação individual (grupos terapêuticos) sobre as doenças e os medicamentos usados durante a gravidez. Como também queremos delinear suas


características sócio-econômicas, e avaliar os principais problemas de saúde, as principais reações adversas e os parâmetros relacionados à sua medicação.

Procedimentos. A sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento de um questionário, respondendo às perguntas formuladas. O projeto também visa estudar os seus tratamentos prescritos, para isso solicita-se o acompanhamento dos registros (prontuários) das senhoras realizadas durante as consultas pelos profissionais de saúde da Maternidade Dona Evangelina Rosa.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. O sujeito dessa pesquisa poderá ser identificado por meio de fotografias e gravações das entrevistas durante o acompanhamento, e os resultados desta pesquisa podem ser divulgados em qualquer forma após a assinatura desse Termo de Livre Consentimento e Esclarecido.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu , estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina, Pi - 23 de *abril* de 2012.


Assinatura

046.946.493-37
Número da identidade

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga
Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI
tel.: (86) 3215-5737 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXO III: Ficha de acompanhamento farmacoterapêutico usada durante a prática da ATENFAR na residência da gestante.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO MINISTRO PETRÔNIO PORTELLA
CURSO DE FARMÁCIA**



UNIDADE DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS: _____

RESPONSÁVEL PELA ENTREVISTA: _____

DADOS DO PACIENTE

Número do Cadastro: _____ Data de Início: ____/____/____

Médico responsável: _____

1. Nome: _____

2. Telefone: _____ 3. Idade: _____ 4. Peso: _____

5. Data de nascimento: ____/____/____ 6. Sexo () M () F

7. Oriundo: () Teresina () Interior, qual? _____

8. Grau de instrução do paciente:

() Analfabeto () Fundamental incompleto

() Fundamental completo () Médio incompleto

() Médio completo () Superior incompleto

() Superior completo

9. Mora sozinho? () Sim () Não; Com quem? _____

10. Possui cuidador? () Sim; Quem? _____ () Não

11. Relação com o cuidador: () Parente Qual? _____

() Contratado(a)

12. Grau de instrução do cuidador:

() Analfabeto () Fundamental incompleto

() Fundamental completo () Médio incompleto

() Médio completo () Superior incompleto

() Superior completo

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Patologias apresentadas: () Hipertensão () Diabetes () Outras

13. Tempo de diagnóstico de hipertensão arterial: _____

14. Tempo de diagnóstico de diabetes? _____

15. Doenças crônicas associadas?

16. História familiar de hipertensão arterial?

() Sim; Grau de parentesco? _____ () Não

17. História familiar de diabetes?

() Sim; Grau de parentesco? _____ () Não

18. algum comprometimento/complicação? () Sim () Não

Qual?

HÁBITOS DE VIDA DO PACIENTE

19. Consome bebidas alcoólicas? () Sim, especifique a frequência () Não

Frequência () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Ocasionalmente

20. Tabagista: () Sim, especifique a frequência () Não

Frequência () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Ocasionalmente

21. Realiza atividade física? () Sim, especifique a frequência () Não

Frequência () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Ocasionalmente

22. Hábitos alimentares:

Exames laboratoriais

Exames	DATA
LDL	
HDL	
TG	
Glicemia	
Exames	DATA
LDL	
HDL	
TG	
Glicemia	

Observações

Data	Descrição

24. Queixas em relação à farmacoterapia:

Queixas	DATA
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

25. Toma algum medicamento não prescrito pelo médico? () Sim, qual? _____ () Não
26. Faz uso de algum chá? () Sim, qual? _____ () Não
27. Já teve alguma reação adversa? () Sim, qual? _____ () Não
28. Histórico de alergia? () Sim, a que? _____ () Não
29. Perfil de adesão (Teste de Morisky):
- Você, alguma vez, esqueceu de tomar o seu remédio? () Sim () Não
 - Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? () Sim () Não
 - Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio? () Sim () Não
 - Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? () Sim () Não
- Resultado: () Não aderente () Pouco aderente () Aderente
30. Existe alguma forma/estratégia utilizada pelo paciente para facilitar a adesão?
 () Sim, qual? _____ () Não

ANEXO IV: Questionário de Satisfação adaptado de Correr e colaboradores, usado ao término da prática da ATENFAR na residência da gestante.



Universidade Federal do Piauí
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia
"Atenção Farmacêutica a grupos específicos de usuários"



Responsável: Maria Deusa de Sousa Neta / Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

Usuário: [REDACTED]

Data: 20/09/12

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DO ESTAGIÁRIO DE FARMÁCIA NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Como você classificaria:

1. A aparência do estagiário de farmácia?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

2. A disponibilidade do estagiário de farmácia em responder suas perguntas?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

3. A relação estagiário de farmácia com você?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

4. A habilidade do estagiário de farmácia em avisá-lo sobre problemas que você poderia ter com seus medicamentos?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

5. A explicação do estagiário de farmácia sobre a ação dos seus medicamentos?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

6. O interesse do estagiário de farmácia pela sua saúde?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

Questionário adaptado com base no "Questionário de satisfação com serviços da farmácia" (Correr et al., 2009).

7. A ajuda do estagiário de farmácia no uso dos seus medicamentos?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

8. O empenho do estagiário de farmácia em resolver os problemas que você tem com seus medicamentos?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

9. A responsabilidade que o estagiário de farmácia assume com o seu tratamento?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

10. As orientações do estagiário de farmácia sobre como tomar os seus medicamentos?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

11. Os serviços prestados pelo estagiário de farmácia em geral?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

12. As respostas do estagiário de farmácia às suas perguntas?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

13. O empenho do estagiário de farmácia em manter ou melhorar a sua saúde?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

14. A cortesia e respeito demonstradas pelo estagiário de farmácia?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

15. A privacidade nas conversas com o seu estagiário de farmácia?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

Questionário adaptado com base no "Questionário de satisfação com serviços da farmácia" (Correr et al., 2009).

16. O empenho do estagiário de farmácia para assegurar que os seus medicamentos façam o efeito esperado?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 X

17. A explicação do estagiário de farmácia sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 X

18. O tempo que o estagiário de farmácia oferece para passar com você?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5 X

Questionário adaptado com base no "Questionário de satisfação com serviços da farmácia" (Correr et al., 2009).