

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FERNANDA GOMES DE SOUZA

**IMPLANTAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO A
PORTADORES DE RETOCOLITE ULCERATIVA: CONTRIBUIÇÕES
FARMACÊUTICAS**

BELÉM-PA
2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FERNANDA GOMES DE SOUZA

**IMPLANTAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO A
PORTADORES DE RETOCOLITE ULCERATIVA: CONTRIBUIÇÕES
FARMACÊUTICAS**

Autor: Fernanda Gomes de Souza

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Heitmann Mares
Azevedo Ribeiro

Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Lo Prete

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado
ao Programa de Pós-graduação em Assistência
Farmacêutica do Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Pará, como requisito
parcial para obtenção do Título de mestre em
Assistência Farmacêutica

BELÉM-PA

2020

**Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da
Universidade Federal do Pará**

BANCA EXAMINADORA
Aluno(a): Fernanda Gomes de Souza

Orientador(a): Profa. Dra. Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro

Co-orientador: Profa. Dra. Ana Cristina Lo Prete

Profa. Dra. Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro
Presidente, orientador
Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade
Federal do Pará, UFPA.

Profa. Dra. Ana Cristina Lo Prete
Co-orientador
Faculdade de Farmácia da Universidade São Judas Tadeu (USJT), São
Paulo

Dra. Jocileide de Sousa Gomes
Membro Titular
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico
Úmido da Universidade Federal do Pará, UFPA.

Prof. Dr. Luann Wendel Pereira de Sena
Membro Titular
Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade
Federal do Pará, UFPA.

Dra. Márcia Cristina Monteiro Guimarães
Membro suplente
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
USP

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva
Membro suplente
Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade
Federal do Pará, UFPA.

Dedicatória

Ao meu querido Deus, por seu amor e sua graça que me sustentam. Aos meus pais Manoel e Mariana; aos meus irmãos Fábio, Fabiana e Fabrícia, obrigada pelo apoio e palavras de incentivo. Ao meu amado esposo Elizeu pelo apoio incondicional. Aos meus lindos sobrinhos Rebeca e Rafael, que sempre tem um abraço para alegrar meus dias, mesmo em tempos difíceis. Grata, amo vocês.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

S719i Souza, Fernanda Gomes de
Implantação do Acompanhamento Farmacoterapêutico a
Portadores de Retocolite Ulcerativa: Contribuições
Farmacêuticas / Fernanda Gomes de Souza. — 2020.
xi,56 f.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Carolina Heitmann Mares
Azevedo Ribeiro

Coorientação: Prof^ª. Dra. Ana Cristina Lo Prete
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em
Assistência Farmacêutica, Instituto de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Pará, Belém, 2020.

1. Acompanhamento Farmacoterapêutico. 2.
Retocolite Ulcerativa. 3. Adesão à Farmacoterapia. 4.
Qualidade de Vida. I. Título.

CDD 615

AGRADECIMENTOS

Agradeço infinitamente a Deus, que é a força que me move e me faz prosseguir.

À minha família, sempre presente nas lutas diárias e pronta a celebrar comigo cada etapa vencida, cada conquista.

Ao meu amado esposo Elizeu Monteiro, por me incentivar a não desistir dos meus sonhos e por me apoiar incondicionalmente em todos os momentos.

Ao querido professor Eduardo Almeida por me ajudar na parte estatística do projeto de pesquisa, sempre muito solidário e prestativo.

À equipe de farmacêuticos da farmácia ambulatorial da Unidade Hospitalar João de Barros Barreto, pelo apoio na divulgação do projeto e captação de pacientes.

Aos residentes de farmácia do Programa de Residência Multiprofissional que colaboraram na divulgação do projeto e no agendamento das consultas farmacêuticas.

Aos meus queridos pacientes que participaram desse projeto, me proporcionando crescimento profissional e pessoal.

Aos meus amigos que torcem por mim, em especial minhas amigas Érica e Suzana, pessoas que sempre tem uma palavra preciosa de incentivo.

A todos os professores que compõe o Programa de Pós Graduação em Assistência Farmacêutica, UFPA.

À minha orientadora Carolina Ribeiro pela paciência e incentivos durante o processo de construção e concretização desse projeto.

Á minha co-orientadora Ana Lo Prete, grata por todo incentivo e contribuição na construção desse trabalho.

RESUMO

Implantação do acompanhamento farmacoterapêutico a portadores de retocolite ulcerativa: contribuições farmacêuticas

Souza, F. G.¹; Lo Prete, A. C.²; Ribeiro, C. H. M. A¹.

¹Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Pará, UFPA. ² Faculdade de Farmácia da Universidade São Judas Tadeu (USJT), São Paulo.

Introdução: A retocolite ulcerativa (RCU) é o tipo mais comum de doença inflamatória intestinal (DII). É uma doença crônica que requer um acompanhamento multiprofissional. O acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) é uma ferramenta que pode contribuir no manejo dessa doença. **Objetivo:** Implantar um projeto piloto de AFT aos pacientes com RCU atendidos no serviço de farmácia de um hospital terciário. **Metodologia:** Utilizou-se o método Dáder de seguimento farmacoterapêutico. Foram avaliados os aspectos sociodemográficos, clínicos, farmacoterapia e a qualidade de vida (QV) dos pacientes. **Resultados e discussões:** Participaram do estudo 14 pacientes, a média de idade foi de 48 anos. A maioria desses pacientes é do sexo masculino (57,1%), provenientes de Belém (64,3%). O estado civil prevalente foi o casado (50,0%) e a maioria (42,9%) possuem apenas o ensino médio completo. Houve diferença estatisticamente significativa em relação a raça dos participantes ($p\text{-valor}=0,0015$), com prevalência da raça parda (78,6%). A maioria dos pacientes apresentavam doença em remissão (66,7%). Quanto a localização, houve maior ocorrência de proctite (40,0%). O medicamento mais utilizado para tratar RCU foi o aminossalicilato, todos os participantes do estudo utilizavam este medicamento. Quanto a adesão ao tratamento para RCU, todos os participantes do estudo, antes do AFT, foram classificados com baixo grau de adesão, segundo o teste de adesão de Morisky e Green. Após o AFT, (35,7%) foi classificado com alto grau de adesão (93,3%). Foram identificados 15 resultados negativos associados a medicamentos (RNM), com média de 1,1 por paciente. O RNM de maior ocorrência estava relacionado a efeito de medicamento não necessário (43,8%). Na avaliação da qualidade de vida, não houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes com RCU para nenhum dos domínios avaliados antes e após o AFT. **Conclusões:** Após o AFT houve melhora na adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes com RCU, foi identificado RNM e realizado as intervenções farmacêuticas.

Palavras-chave: Retocolite ulcerativa; acompanhamento farmacoterapêutico; adesão à farmacoterapia, qualidade de vida.

ABSTRACT

Implementation of pharmacotherapeutic follow-up of patients with ulcerative colitis: pharmaceutical contributions

Souza, F. G.1; Lo Prete, A. C.2; Ribeiro, C. H. M. A 1.

¹Postgraduate Program in Pharmaceutical Assistance, Federal University of Pará, UFPA. ²Faculty of Pharmacy, São Judas Tadeu University (USJT), São Paulo.

Introduction: Ulcerative colitis (UC) is the most common type of inflammatory bowel disease (IBD). It is a chronic disease that requires multidisciplinary monitoring. Pharmacotherapy follow-up (PF) is an effective tool to manage drug therapy in IBD. **Objective:** Implementing a pilot PF project to patients with UC who are treated at the pharmacy service of a tertiary hospital. **Methodology:** The Dáder method for pharmacotherapy follow-up was used. The pharmacotherapy, quality of life (QL), sociodemographic, and clinical aspects from patients were evaluated. **Results and discussions:** 14 patients participated in this study; the average age was 48 years. Most of these patients are male (57.1%), from Belém (64.3%). The prevalent marital status was married (50.0%) and the majority (42.9%) has only completed high school. There was a statistically significant difference in participants race (p-value = 0.0015), with prevalence of *pardos* (78.6%). Most patients had disease in remission (66.7%). As for the location, there was a higher occurrence of proctitis (40.0%). The most widely used medication to treat UC was aminosalicylate, all participants of this study use this medication. As for adherence to UC treatment, all participants, before PF, were classified as having low adherence, according to the Morisky and Green adherence test. After PF, (35.7%) they were classified as having a high degree of adherence (93.3%). Fifteen negative results associated with drugs (NRAD) were identified, with an average of 1.1 per patient. The most frequent NRAD was related to unnecessary medications (43.8%). In assessing quality of life, there was no statistically difference between patients with UC for any of the domains recorded before and after PF. **Conclusions:** After PF, adherence to drug treatment improved in patients with UC, NRDA were identified and pharmaceutical interventions were performed.

Keywords: ulcerative colitis; pharmacotherapy follow-up; pharmacotherapy adherence; quality of life.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

5-ASA	5-aminosalicilato
AFT	Acompanhamento Farmacoterapêutico
AINES	Anti-inflamatórios Não Esteroidais
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CID	Código Internacional de Doença
DC	Doença de Crohn
DII	Doenças Inflamatórias Intestinais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
MS	Ministério da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCR	Proteína C Reativa
PRM	Problemas Relacionadas com Medicamentos
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
RCU	Retocolite Ulcerativa
RCUI	Retocolite Ulcerativa Inespecífica
RMN	Resultados Negativos Associados à Medicação
SOAP	Subjective, Objective, Assessment, Plan
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOM	Therapeutic Outcomes Monitoring
UCDAI	Ulcerative Colitis Disease Activity Index
UDME	Unidade de Dispensação de Medicamento Especializado
UHJBB	Unidade Hospitalar João de Barros Barreto
VHS	Velocidade de Hemossedimentação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	16
	3.1 Objetivo geral:	16
	3.2 Objetivos específicos:	16
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
	4.1 Retocolite Ulcerativa	16
	4.2 Epidemiologia	18
	4.3 Tratamento Farmacológico da RCU	19
	4.4 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da RCU	20
	4.5 Farmácia Clínica e Acompanhamento Farmacoterapêutico	21
	4.6 Problemas relacionados a medicamentos (prm) e resultados negativos associados a medicamentos (rnm)	23
5	METODOLOGIA	25
	5.1 Desenho da pesquisa	25
	5.2 Local do estudo	25
	5.3 População do estudo e amostragem	26
	5.4 Critérios de exclusão do paciente no estudo	26
	5.5 Aspectos éticos	26
	5.6 Variáveis analisadas	26
	5.7 Coleta e análise dos dados	27
	5.8 Projeto piloto de implantação do AFT	29
	5.9 Fontes de consulta	30
	5.9.1 Análise de dados	30
6	RESULTADOS	30
	6.1 Caracterização clínica dos pacientes em AFT	31
	6.2 Características da farmacoterapia	32
	6.3 Avaliação da qualidade de vida	34
7	DISCUSSÃO	34

8 CONCLUSÃO	40
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXO A - FICHA DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA.	51
ANEXO B - INFLAMMATORY BOWEL DISEASE QUESTIONNAIRE (IBDQ) - VERSÃO EM PORTUGUÊS	59

1 INTRODUÇÃO

A retocolite ulcerativa (RCU) e a doença de Crohn (DC) são as principais doenças que compõem as Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) (MOLODECKY et al; 2011). As DII ocorrem em todo o mundo e representam sério problema de saúde, pois são crônicas tendem a ser progressivas, cursam com recidivas frequentes, podendo assumir formas clínicas de alta gravidade (ROCCHI et al; 2012; NGUYEN et al; 2010).

A RCU é o tipo mais comum de DII, caracterizada por inflamação limitada à mucosa do intestino grosso, que acomete o reto em 95% dos pacientes e pode se estender no sentido proximal, geralmente de forma simétrica, circunferencial e contínua. Seus sintomas típicos são diarreia associada a hematoquezia, cólica abdominal, tenesmo e urgência evacuatória (DANESE; FIOCCHI, 2011). Embora sua etiologia não seja totalmente esclarecida, acredita-se que fatores genéticos, socioambientais, microbiológicos e imunológicos tenham papel importante na patogênese da doença (FILHO, 2011).

As DII representam um problema de saúde pública em algumas regiões da América do norte e da Europa ocidental (LEDDIN, 2014). Dados revelam que indivíduos caucasianos, habitantes de áreas urbanas e industriais são mais acometidos por doenças de caráter auto imune, incluindo neste contexto pacientes com DII, porém têm-se observado novos casos em áreas que antes possuíam baixa prevalência, concomitante ao processo de desenvolvimento e urbanização (LOGAN; BOWLUS, 2010).

No Brasil, os dados de incidência e prevalência são restritos, pois as DII não são de notificação obrigatória, há deficiência de registros de serviços públicos e falta de registros do atendimento da rede privada. No entanto, alguns estudos tem apontado para um aumento das DII no Brasil, entre eles o estudo epidemiológico de Parente e col (2015) realizado em um centro de referência de DII no estado do Piauí, na região Nordeste brasileira, que identificou índice anual de ocorrência de DII da região de 0,08 casos/100.000 habitantes/ano, em 1988, para 1.53 casos/100.000 habitantes/ano, em 2007, e 12,8 casos /100.000 habitantes/ano em 2012, com maior frequência de RCU (60,3%). Outros estudos epidemiológicos, como os de Souza e col (2008), Silva e col (2015) e Gasparine (2018), mostram claro aumento da casuística

de casos ambulatoriais e hospitalares, em regiões de características socioeconômicas, geográficas, climáticas e populacionais diversas, em grande medida diferentes das classicamente descritas como de maior incidência e prevalência das DII.

Quanto o diagnóstico de RCU, ele é feito pelo reconhecimento das manifestações clínicas e confirmada por evidências endoscópicas, colonoscópicas, laboratoriais e achados histopatológicos. O tratamento é de longa duração e não curativo, tendo como objetivo induzir e manter a remissão da doença. Os fármacos mais utilizados são os aminossalicilatos, sulfassalazina, glicocorticoides, imunossuppressores e terapia biológica. A adesão ao tratamento é fundamental para alcançar o estado de remissão da doença, uma vez que os medicamentos disponíveis não têm efeito curativo. Assim, mesmo sem manifestação clínica, a continuidade do tratamento precisa ser mantida, o que pode ser dificultado pela possibilidade de inúmeros eventos adversos ou crença pelo paciente de que não precisa mais usá-los nesta fase (DEWULF, 2010; ANANTHAKRISHNAN, 2010; UNGARO et al., 2017; PARK e JEEN, 2015).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), adesão é definida como “o grau em que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde” como tomar o medicamento em quantidade e horário acordados (WHO, 2003). O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e sua qualidade de vida, sendo considerado um problema relevante que pode trazer consequências pessoais, sociais e econômicas (SOUZA TT, 2013; GLOMBIEWSKI JA, et al., 2012). No que diz respeito especificamente à não adesão farmacológica dos pacientes com DII, esta é associada ao aumento da atividade da doença, às recaídas, à maior morbimortalidade, ao aumento do gasto em saúde, à má qualidade de vida e à maior incapacitação (HANAUER SB e PRESENT DH, 2003).

De acordo com Louis e colaboradores (2015), a complexidade, a heterogeneidade, os custos, o impacto na vida do paciente e a natureza vitalícia das DII devem ser, idealmente, gerenciadas por uma equipe multidisciplinar que inclua diversas especialidades e serviços de apoio. Nesse contexto, destaca-se a atuação do profissional farmacêutico. Alguns estudos tem demonstrado que esse profissional tem contribuído para uma maior adesão ao tratamento farmacológico e melhorias na

qualidade de vida de portadores de doenças crônicas, dentre elas, as DII (TIAO, 2017; DEWULF, 2010).

A colaboração ativa do farmacêutico nas equipes multiprofissionais é reconhecida como necessidade para o redesenho do modelo de atenção às condições crônicas e para progresso dos resultados em saúde, por meio da otimização dos procedimentos relacionados à farmacoterapia, entre os quais estão incluídas a identificação, resolução e prevenção dos desfechos clínicos negativos associados à terapia farmacológica, além da seleção de terapêutica, administração de medicamentos e adesão ao tratamento pelo usuário. A participação clínica do farmacêutico consiste em atividades que estabeleçam vínculo terapêutico entre o farmacêutico e o usuário, por meio do entendimento dos fatores que condicionam o comportamento do paciente, respeitando os saberes e práticas populares de saúde, preservando e reafirmando a continuidade e a autonomia dos usuários em relação ao seu próprio cuidado (MARTÍNEZ GRANADOS, POL YANGUAS, 2004; ROTTA et al., 2015; BRASIL, 2014a).

A Farmácia Clínica engloba todas as atividades do farmacêutico orientadas para o paciente que utiliza medicamentos. Entre estas atividades, o acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) apresenta uma efetividade maior para atingir os melhores resultados em saúde possíveis, quando se utilizam medicamentos (SILVA, 2017). O AFT é um serviço farmacêutico realizado no âmbito do cuidado farmacêutico. Corresponde ao gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente. Seu objetivo principal é “prevenir e resolver problemas relacionados à farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde (CFF, 2016).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo implantar um projeto piloto de acompanhamento farmacoterapêutico aos pacientes com RCU atendidos no serviço de farmácia ambulatorial de um hospital terciário, e avaliar o impacto da atuação do farmacêutico junto a esses pacientes.

2 JUSTIFICATIVA

A RCU é o tipo mais comum de DII e ao longo da vida está associada a uma morbidade significativa. Esta doença também pode afetar o bem-estar social e psicológico de uma pessoa, especialmente se mal controlada. Tipicamente, esta doença tem um padrão recorrente-remitente (ROWE, 2011; BARROS, 2014).

A abordagem farmacológica do tratamento da DII, como a RCU, é complexa devido ao desconhecimento da natureza dos agentes responsáveis, à natureza crônica e variável da inflamação e à necessidade de incorporar variações na farmacocinética dos medicamentos relacionados com as características dos pacientes como composição genética, idade e gravidade da doença (GILMAN et al., 2005).

Outro fator importante é que aos efeitos benéficos dos medicamentos utilizados no tratamento da RCU são contrapostos uma variedade de efeitos adversos. Estudos de Veloso (2017), sobre a monitorização dos efeitos adversos ao tratamento farmacológico em portadores de retocolite ulcerativa, computou 128 suspeitas de reações adversas a medicamentos (RAM), sendo 44 tipos diferentes de evento adverso. Entre os fármacos suspeitos estavam: mesalazina, azatioprina, prednisona e infliximabe.

O AFT tem sido utilizado como estratégia para contribuir no tratamento de pacientes com doenças crônicas como hipertensão e diabetes e outras condições crônicas como as DII (AMARANTE et al.2011; BRUNE et al. 2015; SILVA; SOUSA, 2017; AZZOLIN et al.2018). Estudos de Dewulf (2010) demonstrou que a provisão do acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes com DII, diminuiu a expressão do índice clínico, aumentou a adesão ao tratamento e o conhecimento acerca dos medicamentos, melhorando também, aspectos da saúde mental em sua qualidade de vida.

Atualmente, é realizada no serviço de farmácia do hospital onde será executado o estudo, apenas a dispensação orientada, não havendo o monitoramento farmacoterapêutico, idealizado inicialmente pelo Ministério da Saúde, compondo inclusive o próprio Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da RCU (BRASIL, 2002A). Desta forma, o presente estudo propõe a implantação de um projeto piloto de acompanhamento farmacoterapêutico aos pacientes com RCU, com o

objetivo de colaborar na identificação e resolução de problemas relacionados a farmacoterapia, e conseqüente melhoria na qualidade de vida desses indivíduos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Implantar um projeto piloto de acompanhamento farmacoterapêutico aos pacientes com retocolite ulcerativa atendidos no serviço de farmácia da Unidade Hospitalar João de Barros Barreto, e avaliar as contribuições desse serviço para esses pacientes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com RCU atendidos no serviço de farmácia ambulatorial do referido hospital;
- Aplicar o método Dáder de AFT aos pacientes com RCU;
- Realizar o reconhecimento, qualificação e quantificação dos Resultados Negativos associados a Medicamentos (RNM) nesses pacientes;
- Avaliar a contribuição do AFT na adesão a farmacoterapia em pacientes com RCU;
- Avaliar a qualidade de vida de pacientes com RCU e a influência do AFT nesse aspecto.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 RETOCOLITE ULCERATIVA

A RCU é o tipo mais comum de DII e ao longo da vida está associada a uma morbidade significativa (ROWE, 2011; BARROS, 2014). É caracterizada por uma inflamação difusa da mucosa e da submucosa limitada à região do reto e ao cólon (SILVERBERG et al., 2005). Os sintomas da doença incluem diarreia crônica com ou sem sangramento retal e frequentemente dor abdominal. A perda de sangue e líquidos evolui rapidamente para anemia, desidratação e depleção eletrolítica (GOUVEIA; JACQUES, 2010; SILVA; SANTANA, 2014). A RCU também está associada a diversas manifestações extraintestinais, que podem acometer articulações, fígado e

vias biliares, ossos, pele, olhos e cascata de coagulação. Artropatia inflamatória e Colangite Esclerosante Primária são as manifestações extraintestinais mais descritas na RCU (CONRAD et al. 2014).

Outra complicação grave dessa doença é o megacólon tóxico, sendo potencialmente letal. Caracteriza-se por uma dilatação não obstrutiva aguda do cólon podendo ser total ou parcial associada à toxicidade sistêmica, sendo que as manifestações clínicas são muito diferentes dos clássicos sintomas de retocolite em atividade. Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer colorretal são: tempo e gravidade da doença, história familiar para câncer colorretal e presença de displasia. Indivíduos com RCU de longa duração apresentam risco maior para desenvolvimento de câncer colorretal que a população geral (LOPES et al., 2009; CURY; MOSS, 2011).

De acordo com a Classificação de Montreal, a extensão da RCU corresponde a proctite ulcerativa, classificada como E1, colite esquerda (E2) e colite extensa (E3) (DIGNASS et al., 2012; SATSANGI et al., 2006). Na proctite, o acometimento está limitado ao reto. O termo colite esquerda refere-se ao acometimento que se limita à porção colorretal distal à flexura esplênica. A doença é extensa quando ultrapassa a flexura esplênica (SATSANGI et al., 2006).

Segundo essa classificação, a gravidade das recaídas pode ser dividida em quatro categorias. A doença pode estar em remissão (S0), ser leve (S1), moderada (S2) ou grave (S3) (SATSANGI et al., 2006). Pacientes com doença de leve intensidade têm quatro ou menos evacuações por dia, com ou sem sangue, ausência de sinais de toxicidade sistêmica e velocidade de hemossedimentação (VHS) normal. A forma moderada é caracterizada por evacuações mais frequentes com hematoquezia e mínimos sinais de toxicidade sistêmica. A doença grave se manifesta por diarreia (seis ou mais evacuações/dia), hematoquezia e evidência de toxicidade sistêmica, como febre, taquicardia, anemia ou aumento de VHS (>30 mm/h) (DIGNASS et al., 2012; KORNBLUTH; SACHAR, 2010; SATSANGI et al., 2006).

Atualmente, recomenda-se o uso de escores para se determinar a atividade da RCU, como, por exemplo, o Escore Mayo ou Ulcerative colitis disease activity index (UCDAI), que utiliza parâmetros como frequência evacuatória, intensidade e frequência da hematoquezia, aspecto da mucosa intestinal à retossigmoidoscopia e repercussão clínica da doença, para pontuação e definição do grau de atividade da doença (KORNBLUTH; SACHAR, 2010; BRESSLER et al., 2015; TURSI et al., 2010). Quando não há acesso ao exame endoscópico, existe a possibilidade do uso do

Escore Mayo parcial, que não utiliza o parâmetro endoscópico para caracterização da atividade da doença (BRESSLER et al., 2015).

Quanto ao diagnóstico da RCU, ele é realizado com base nos aspectos clínicos e nos achados endoscópicos característicos. O estudo histológico da mucosa intestinal ajuda na confirmação diagnóstica e, principalmente, na exclusão dos diagnósticos diferenciais. É essencial que se excluam outras causas de colite, como, por exemplo, a colite infecciosa, que pode se apresentar de forma semelhante, tanto do ponto de vista clínico quanto endoscópico (KORNBLUTH; SACHAR, 2010).

4.2 EPIDEMIOLOGIA

As DII, que tem como principais entidades a Retocolite Ulcerativa (RCU) e a Doença de Crohn (DC), tem altas taxas de incidência e prevalência em países desenvolvidos, especialmente da Europa e América do Norte, porém com aumento progressivo de sua frequência em todos os continentes (BURISH; MUNKHOLM, 2013; GOH et al., 2009).

Uma revisão sistemática realizada por Kaplan (2015) estudou a incidência e prevalência mundiais das DII. Estas variaram amplamente de acordo com a região geográfica observando-se, por exemplo, uma incidência de RCU $> 7,71$ /100.000 habitantes-ano no norte europeu e América do Norte e de $0,68$ /100.000 habitantes-ano no Sudeste da Ásia. No Brasil, a incidência de RCU variou de $1,86$ a $3,09$ /100.000 habitantes-ano (GASPARINE, 2018). Considerando a variação percentual anual da incidência de RCU, os autores demonstraram que em países industrializados e em desenvolvimento da Ásia e América do Sul, a incidência de RCU se revelou estável ou crescente. No Brasil, foi observada uma variação na incidência para RCU de $+14,9\%$ (IC95% $10,4$ a $19,6$) no período de 1988 a 2012, indicando um aumento significativo da sua incidência (FRÓES et al. 2018).

De acordo com a literatura tem ocorrido um aumento significativo da incidência das DII nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, sugerindo, em geral, uma predominância das DII em caucasianos, o que pode estar relacionado às influências genéticas e ambientais, mas também ao estilo de vida, como por exemplo, indivíduos com melhor padrão socioeconômico, levantando a hipótese de que possa haver associação também com higiene e saneamento básico, acarretando em uma alteração da microbiota intestinal (FERRAZ, 2016).

Estudos de Gasparine (2018) verificou que a taxa de incidência de DII no Estado de São Paulo foi, em média, de 13,31 casos novos / 100.000 habitantes / ano, enquanto a prevalência de DII no Estado de São Paulo foi de 52,5 casos / 100.000 habitantes. Os portadores de DC somavam 10.451 (46,16%), e os de RCU somavam 12.187 (53,83%). O respectivo estudo demonstrou aumento das taxas de incidência e prevalência de Doenças Inflamatórias Intestinais no Estado de São Paulo, especialmente de RCU.

Um estudo epidemiológico recente sobre a prevalência das DII no Brasil identificou 162.894 pacientes com DII, dos quais 59% com RCU. A prevalência da RCU foi descrita como 46/100.000. Taxas ajustadas à população mostraram que os registros para DII mais que triplicaram de 2008 para 2017. Além disso, a distribuição da prevalência demonstrou um gradiente Norte-Sul, com prevalência maior ao Sul-sudeste do país (MOREIRA et al. 2019).

Em relação a idade, a RCU pode acometer indivíduos de todas as faixas etárias, porém afeta principalmente pessoas jovens. A maior taxa de incidência RCU ocorre entre a terceira e quarta décadas, podendo continuar elevada até a sétima década, especialmente no sexo masculino (GASPARINI, 2018; BERNSTEIN et al. 2010).

4.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA RCU

O tratamento em RCU têm evoluído do simples cuidado dos sintomas da doença e indução de remissão clínica para resultados mais eficazes, como a manutenção da remissão livre de esteróides, prevenção de internação e cirurgia, cicatrização da mucosa, melhoria da qualidade de vida e evitar a incapacidade do paciente (ORDÁS et al., 2012; FAUSEL; AFZALI, 2015).

As opções de tratamento para essa doença se expandiram ao longo dos últimos 10 anos e agora incluem vários agentes biológicos, além de opções de medicamentos anteriores, tais como 5-aminosalicilatos, tiopurinas, ciclosporinas, corticosteróides, imunobiológicos e antibióticos. As escolhas dos tipos de fármacos e de quais vias serão administradas depende de fatores, incluindo o tipo, a localização e gravidade da doença do paciente (ORDÁS et al., 2012; FAUSEL; AFZALI, 2015).

O tratamento inicial da RCU em atividade leve a moderada geralmente segue o padrão step-up, no qual os aminossalicilatos (5-ASAs) são a primeira escolha e, de

acordo com a necessidade, outros medicamentos vão sendo acrescentados (SAFRONEEVA et al., 2015).

O corticoide é usado quando 5-ASA não é suficiente para induzir remissão nos pacientes com RCU em atividade leve ou moderada ou nos casos de atividade moderada a intensa da doença, para controle dos sinais e sintomas (BRESSLER et al., 2015).

Nos casos mais graves, classificação S3 de Montreal, que exigem hospitalização do paciente, o corticoide venoso é a primeira alternativa de tratamento. As tiopurinas (azatioprina, 6-mercaptopurina) são utilizadas como “poupadores” de corticoide, para evitar o uso recorrente ou contínuo deste e, portanto, são prescritos principalmente para pacientes corticodependentes (DIGNASS et al., 2012). Os inibidores de calcineurina (ciclosporina, tacrolimus) ou medicamentos biológicos (infliximabe, adalimumabe, golimumabe, vedolizumabe) são mais comumente usados nos casos refratários ao corticoide e/ou às tiopurinas (SAFRONEEVA et al., 2015; FURFARO et al., 2015).

É importante ressaltar que o sucesso do tratamento é dependente de vários fatores, entre eles o uso correto do fármaco de acordo com a indicação (indução ou manutenção), otimização da dose, adesão ao tratamento, o qual deve ser adaptado para a atividade da doença (leve, moderada, grave) e o grau de envolvimento do cólon (proctite, colite do lado esquerdo, ou pancolite) (SIMIAN et al., 2013).

4.4 PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA RCU

O protocolo clínico e diretrizes terapêuticas regulamentada pela Portaria 861, de 12 de novembro de 2002, contém o conceito geral da RCU, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação (BRASIL, 2002A). É de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias da Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes. É obrigatória a certificação do paciente, ou do seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de medicamento preconizado para o tratamento da RCU. O Termo de consentimento informado é obrigatório ao se prescrever medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Os gestores estaduais e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os

serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com a doença.

4.5 FARMÁCIA CLÍNICA E ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

A atuação clínica do farmacêutico como estratégia para a obtenção de melhores resultados com os tratamentos e outras tecnologias em saúde, para a redução da morbimortalidade relacionada ao uso dos medicamentos, para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, já foi comprovada por meio de vários estudos disponíveis na literatura e é amplamente realizada em diversos países (MARTÍNEZ et al.,2014).

A Farmácia Clínica compreende as atividades do farmacêutico para desenvolver e promover o uso racional e apropriado de medicamentos com foco não no fármaco, mas no paciente ou população específica, nas suas necessidades e padrões de uso, bem como os efeitos (desejáveis ou não) dos mesmos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013; EUROPEAN SOCIETY OF CLINICAL PHARMACY, 2015).

A Farmácia Clínica orienta a prática profissional por meio de modelos. Entre eles está o cuidado farmacêutico, modelo que “orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e a comunidade, visando à prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional e ótimo dos medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde” (CFF, 2016).

Esses serviços podem ser realizados em diferentes estabelecimentos de saúde, incluindo farmácia comunitária, farmácia hospitalar, serviços de urgência e emergência, serviços de atenção primária à saúde, ambulatórios, atendimentos domiciliares, instituições de longa permanência, entre outros (CFF, 2016).

O Cuidado Farmacêutico, denominação atual para Atenção Farmacêutica no Brasil, é composto por ações integradas do farmacêutico com a equipe de saúde, focadas no usuário, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas (OPS, 2013, BRASIL, 2015a).

O acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) é um serviço farmacêutico realizado no âmbito do cuidado farmacêutico. Constitui uma das principais atividades em Farmácia Clínica. O farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução

de problemas relacionados a farmacoterapia, de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário/ paciente (IVAMA et al., 2002). Seu objetivo principal é “prevenir e resolver problemas relacionados à farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade de atenção à saúde” (CFF, 2014).

Para fazer o AFT, assim como outras práticas de saúde, é necessário procedimentos de trabalho normatizados e validados para ser realizado com máxima eficiência, possibilitando a avaliação do processo e, sobretudo, dos resultados. Um processo bem descrito possibilita que outros farmacêuticos possam também aplicar o mesmo método, além de facilitar o aprendizado e o ganho de experiência, tornando a comunicação mais efetiva entre os profissionais (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

Há vários métodos disponíveis na literatura relacionados ao acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes. Entre as metodologias mais citadas no Brasil estão o Método Dáder, o Pharmacotherapy WorkUp e o Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM). Todos esses visam fornecer ao farmacêutico algumas ferramentas e um pacote de abordagens e procedimentos para a realização do atendimento clínico. De modo geral, todos os métodos de atenção farmacêutica disponíveis advêm de adaptações do método clínico clássico de atenção à saúde e do sistema de registro SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) proposto por Weed na década de setenta (CORRER; OTUKI, 2011).

O Método Dáder de 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 utilizando este método em vários pacientes. Esse método se baseia na obtenção da história Farmacoterapêutica do paciente, isto é, os 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 a farmacoterapia apresentados pelo paciente. Após esta identificação, são realizadas as intervenções farmacêuticas necessárias para resolução desses problemas e posteriormente é feita a avaliação dos resultados obtidos (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2007).

As principais vantagens do Método Dáder são a sua abordagem inicial, que apesar de extensa é bastante completa, e a disponibilização de tempo para a análise das informações na fase de estudo, o que possibilita avaliação mais criteriosa da literatura disponível. Esse método pode ser utilizado em fases de capacitação, pois o detalhamento e o tempo dedicado à análise das informações obtidas possibilitam melhor condução do processo, facilitam a obtenção e a internalização de conhecimentos, o desenvolvimento das habilidades e do raciocínio clínico necessários para a realização adequada do processo. Após adquirir experiência na realização do processo, métodos mais práticos e objetivos podem ser utilizados ou adaptados, considerando as necessidades do serviço e da população (CORRER et al., 2016).

4.6 PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS (PRM) E RESULTADOS NEGATIVOS ASSOCIADOS A MEDICAMENTOS (RNM)

Existem vários conceitos sobre o que se configura um problema relacionado à farmacoterapia, nesse aspecto permeiam grandes discussões entre os pesquisadores do tema, não havendo hoje uma classificação padronizada e aceita internacionalmente (SOARES, 2018).

Não há também uma definição brasileira para o tema. Em 1990 Strand et al. publicaram a primeira discussão científica por meio de um artigo que abordou conceitualmente o termo drug-related problems, traduzido como Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM). A partir de então, o debate em torno do significado deste termo continuou em aberto. Posteriormente, por meio de uma revisão sistemática da conceituação dos PRMs Fernández-Llimós et al. (2005) sugeriram a utilização de resultados clínicos negativos da medicação. O uso desta nova terminologia foi então acordado por consenso num grupo de peritos no III 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) (AMARILES, FERNÁNDEZ-LLIMÓS, FAUS, 2006; CONSENSO, 2007).

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 paciente inicialmente (CONSENSO, 2007).

E no que diz respeito ao termo PRM, estudiosos propõem a denominação de PRM para aquelas situações que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso dos medicamentos. Portanto, os PRM passam a ser todas as situações que colocam o utilizador de medicamentos em maior risco de sofrer um RNM. Quando os objetivos terapêuticos não são alcançados ou quando, como consequência da utilização de um medicamento, aparece um novo problema de saúde, é quando pode-se afirmar que existe o que é definido como um RNM (CONSENSO, 2007). Os tipos de RNM estão listados no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação dos Resultados Negativos associados a Medicamentos conforme o Terceiro Consenso de Granada (COMITÉ DE CONSENSO, 2007)

Definição de PRM no Terceiro Consenso de Granada: são aquelas situações em que o processo de uso do medicamento causa ou pode causar o aparecimento de resultados negativos associados ao uso de medicamentos.		
Definição de RNM no Terceiro Consenso de Granada: são resultados de saúde, do paciente não adequados ao objetivo de farmacoterapia e associados ao uso ou falha no uso de medicamentos.		
CATEGORIA	TIPO DE RNM	CLASSIFICAÇÃO
Necessidade	Problema de saúde não tratado	O paciente sofre de um problema de saúde associado ao fato de não receber um medicamento que necessita.
	Efeito de medicamento não necessário	O paciente sofre de um problema de saúde associado ao fato de receber um medicamento que não necessita.
Efetividade	Inefetividade não quantitativa	O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa do medicamento.
	Inefetividade quantitativa	O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa do medicamento.
Segurança	Insegurança não quantitativa	O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa do medicamento.
	Insegurança quantitativa	O paciente sofre de um problema de saúde em consequência de uma insegurança quantitativa de um medicamento.

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo com abordagem quantitativa, acerca da implantação de um projeto piloto de acompanhamento farmacoterapêutico a portadores de retocolite ulcerativa, no qual foram realizados atendimentos farmacêuticos, periódicos e regulares, aos pacientes com RCU atendidos no serviço de farmácia ambulatorial da Unidade Hospitalar João de Barros Barreto no período de março de 2019 a janeiro de 2020.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na farmácia ambulatorial da UHJBB, localizada em Belém do Pará, Brasil. O hospital é uma unidade de nível terciário que faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará (UFPA) e tem como missão prestar assistência à saúde da população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Atua na área de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de saúde em pneumologia, infectologia, endocrinologia e diabetes, além de referência nacional em HIV (vírus da imunodeficiência humana).

Possui atendimento específico para pacientes com doenças inflamatórias intestinais. Os pacientes devidamente cadastrados na farmácia do componente especializado da referida unidade hospitalar, têm direito ao fornecimento gratuito de medicamentos, sejam eles essenciais ao tratamento ou de uso excepcional, previstos no PCDT e nas diretrizes terapêuticas regulamentada pela portaria 861, de 12 de novembro de 2002, para pacientes com RCU (BRASIL, 2002A) e pela Portaria 858, de 12 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2002B), para os pacientes com doença crônica.

O serviço de farmácia ambulatorial do referido hospital realiza atendimento aos pacientes através da dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) que se dá através da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo (APAC) pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do sistema informatizado HÓRUS Especializado, importante ferramenta

tecnológica que auxilia os gestores de saúde na qualificação da assistência farmacêutica.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM

O público alvo dessa pesquisa foi pacientes com diagnóstico clínico confirmado de RCU, de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos, cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e atendidos na Unidade de Dispensação de Medicamento Especializado (UDME) da UHJBB. No início do estudo havia uma população total de 44 pacientes com RCU cadastrados no CEAF da UDME do hospital. Destes, conseguiu-se contactar somente 26 pacientes. Aceitaram participar do estudo 20 pacientes, e 6 recusaram. Os pacientes que não aceitaram participar do estudo informaram que são seus respectivos representantes que retiram o medicamento na farmácia do hospital, e que só é possível comparecer ao hospital no período das consultas médicas que ocorrem trimestralmente, inviabilizando a participação deles no AFT. Dos 20 pacientes que aceitaram o AFT, houve exclusão de 1 paciente que apresentava problema cognitivo. Houve desistência de 5 pacientes, 1 por que recebeu alta do tratamento para RCU, visto a imprecisão diagnóstica, e 4 alegaram dificuldade de comparecer nos dias das consultas farmacêuticas. Completaram o AFT 14 pacientes.

5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO PACIENTE NO ESTUDO

Foram excluídos do estudo pacientes com declínio cognitivo e os que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados do estudo foram obtidos após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa da UHJBB sob o registro CAAE nº 18920413.5.0000.5149.

5.6 VARIÁVEIS ANALISADAS

Neste estudo foram analisadas as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, procedência, estado civil, escolaridade e raça. Para análise da história clínica dos pacientes utilizou-se as variáveis internação por RCU, cirurgia por RCU,

histórico familiar de RCU, tempo de tratamento (considerando-se somente o tempo de tratamento iniciado na farmácia ambulatorial da UHJBB, devido a imprecisão de informações quanto a possíveis tratamentos iniciados fora desta unidade), abstenção a compromissos por conta da doença, estresse como possível fator agravante da doença e influência da RCU no estilo de vida.

As informações quanto a atividade da doença, bem como a sua localização, foi consultada no prontuário do paciente. De acordo com as informações descritas no prontuário médico, os pacientes estão em período de remissão ou atividade da doença, levando-se em consideração o quadro clínico, resultados de exames endoscópicos, histopatológicos e laboratoriais de cada caso.

Quanto aos aspectos referentes a farmacoterapia do paciente foi avaliado os medicamentos prescritos, RNM e adesão ao tratamento. E, para verificar a influência da doença na vida dos pacientes, foi analisado a qualidade de vida dos mesmos.

5.7 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Através do sistema HÓRUS-Especializado foi verificado quais pacientes estavam cadastrados para receber medicamento para RCU. Posteriormente, foi consultado na planilha de agendamento da farmácia ambulatorial, o dia e horário que esses pacientes compareceriam para retirada dos medicamentos. Os pacientes foram convidados a participar do estudo no momento em que compareciam à farmácia para pegar o medicamento. Alguns pacientes foram convidados para participar da pesquisa através de contato telefônico.

Mediante aceite em participar do estudo, foi solicitado a assinatura do TCLE, em duas vias, o que constituiu a formalização da participação desses pacientes no estudo. Após assinatura do TCLE foi iniciado o acompanhamento farmacoterapêutico, que ocorreu através de consultas farmacêuticas. O AFT consistiu em seis consultas para cada paciente, uma consulta ao mês, as quais foram agendadas conforme a data de retirada do medicamento.

Neste estudo foi utilizado uma ficha de acompanhamento previamente estruturada e adaptada do Método Dáder (ANEXO A).

Na primeira consulta foi feito o levantamento da história clínica do paciente, incluindo história da doença atual, história médica pregressa, história social e familiar e história medicamentosa. Também foi avaliado a adesão ao tratamento

medicamentoso. Foram utilizadas perguntas para avaliar a adesão ao tratamento segundo Morisky et al (1986).

O teste de adesão de Morisky e Green avalia o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento, através de quatro perguntas, com respostas dicotômicas (sim/não), sendo considerada baixa adesão ao tratamento ter ao menos uma resposta afirmativa às perguntas: 1- Você alguma vez esquece de tomar seu remédio? 2- Você, às vezes, é descuidado com os horários de tomar seu remédio? 3- Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar seu remédio? e 4- Quando você se sente mal, com o remédio, você às vezes deixa de tomar ele?

Também foi avaliado durante a primeira consulta a qualidade de vida dos participantes. Foi utilizado como instrumento para essa avaliação, o questionário Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). O IBDQ foi desenvolvido em 1988 nos Estados Unidos da América por MITCHELL et al., da McMaster University, através de entrevistas amplas com 54 pacientes com doença de Crohn (DC) e 43 com retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI). Em 1989, foi reestruturado por GUYATT et al., que reduziram seus 150 itens originais para os atuais 32, compreendendo quatro domínios (ou dimensões): sintomas intestinais, sintomas sistêmicos, aspectos sociais e aspectos emocionais, sendo as opções de respostas apresentadas sob a forma de múltipla escolha, com sete alternativas. O escore 1 significa pior qualidade de vida e 7, a melhor. Estudos de IRVINE et al., 1994, realizado com número maior de pacientes, concluíram que o IBDQ é medida confiável, com boa reprodutibilidade e que reflete as alterações importantes que ocorrem no estado de saúde dos pacientes com DII, podendo ser plenamente utilizado para averiguação de medidas terapêuticas em ensaios clínicos. Este questionário já foi traduzido para o português e validado para a população brasileira. O IBDQ está disponível no ANEXO B.

Após realizada a entrevista, os dados obtidos foram reunidos e analisados, de modo que se conhecesse detalhadamente os medicamentos em uso e as condições clínicas do paciente. Através do AFT buscou-se identificar se os pacientes apresentavam algum RNM. Neste estudo foi utilizado a classificação de RNM de acordo com o Terceiro Consenso de Granada. O Terceiro consenso de Granada define RNM como sendo “resultados de saúde, do paciente, não adequados ao objetivo de farmacoterapia e associados ao uso ou falha no uso de medicamentos” (Comité de Consenso, 2002).

De acordo com a necessidade de cada paciente foi elaborado um plano de cuidado, executado no decorrer das consultas seguintes. Ao final do AFT, todos os pacientes foram novamente avaliados com relação aos aspectos clínicos e da farmacoterapia. Foi aplicado novamente o teste de adesão ao tratamento e o questionário de qualidade de vida, como forma de avaliar o impacto do AFT nesse público.

5.8 PROJETO PILOTO DE IMPLANTAÇÃO DO AFT

Na fase de implantação do AFT toda a equipe de farmacêuticos da farmácia ambulatorial, bem como residentes de farmácia e auxiliares de farmácia, foram sensibilizados para a importância do projeto, que a princípio, foi voltado para pacientes com RCU, mas futuramente poderá ser aplicado para outras condições de saúde.

Para implantar o projeto piloto de AFT aos pacientes com RCU, primeiramente foi feita a revisão da literatura para maior conhecimento sobre os temas, tanto do papel dos farmacêuticos que assumem o cuidado como o seu modelo de prática profissional e processos de trabalho. Foi realizado também, a revisão de literatura sobre as doenças inflamatórias intestinais, com foco para a retocolite ulcerativa.

Posteriormente foi elaborado o instrumento de AFT (ANEXO A) e escolhidos os instrumentos para avaliação da adesão à farmacoterapia e qualidade de vida dos participantes do estudo. Foi desenvolvido também, folder para convite individual ao paciente no momento da dispensação. Além disso, foi confeccionado material didático para utilização durante o atendimento, visando a facilitação do processo de educação em saúde.

Os farmacêuticos do serviço e os residentes de farmácia foram capacitados para conhecimento e entendimento sobre o desenvolvimento do serviço e para auxiliar no convite individual aos pacientes no momento da retirada dos medicamentos. O convite foi realizado também por contato telefônico pela própria pesquisadora.

Foi autorizado pela chefia de farmácia o acesso direto ao sistema de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica da Unidade de Dispensação de Medicamento Especializado da UHJBB. Através de consulta ao sistema de dispensação, foi possível fazer o levantamento prévio dos pacientes cadastrados para recebimento de medicamentos para RCU.

Em reunião com a equipe de farmacêuticos da farmácia ambulatorial, foi decidido o espaço físico para a realização das consultas farmacêuticas. Foi destinada

uma sala dentro da própria farmácia para a realização dos atendimentos, garantindo privacidade e conforto ao paciente, e permitindo a criação de identidade e vínculo com serviço farmacêutico clínico oferecido.

Em seguida, foi elaborado banco de dados específico para os pacientes participantes da pesquisa, por meio do software Microsoft Office Excel.

5.9 FONTES DE CONSULTA

Para melhor entendimento da história clínica do paciente e respectivo tratamento farmacológico, foi consultado dados das seguintes fontes secundárias: prontuário, Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade APAC – Medicamento e o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica Business Intelligence (BI-Hórus).

5.9.1 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram armazenados em um banco de dados utilizando-se o programa Microsoft Excel e submetidos a estatística descritiva. Para as variáveis categóricas analisadas, foi utilizado o teste do Qui-quadrado. Os dados do estudo foram representados em forma de tabelas.

6 RESULTADOS

A média de idade dos 14 pacientes que aceitaram participar do estudo foi de 49. A maioria desses pacientes é do sexo masculino (57,1%), no entanto, não foi observado diferença estatisticamente significativa na ocorrência de RCU entre os sexos masculino e feminino. Verificou-se também que a maioria dos pacientes em AFT são provenientes de Belém (64,3%), e que o estado civil prevalente foi o casado, correspondendo a (50,0%). Quanto à escolaridade, a maioria dos pacientes (42,9%) possuem apenas ensino médio completo. Houve diferença estatisticamente significativa em relação a raça dos participantes ($p\text{-valor}=0,0015$), com prevalência da raça parda (78,6%). Estes resultados estão representados na Tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos pacientes com retocolite ulcerativa atendidos na farmácia ambulatorial da UHJBB, Belém, Pará, Brasil.

	N	%	p-valor
Sexo			
Masculino	8	57,1	0,5930
Feminino	6	42,9	
Procedência			
Belém	9	64,3	0,0316
RMB*	3	21,4	
Interior	2	14,3	
Estado civil			
Solteiro	2	14,3	0,1826
Casado	7	50,0	
União estável	3	21,4	
Viúvo	2	14,3	
Escolaridade			
Fundamental completo	3	21,4	0,3772
Fundamental Incompleto	2	14,3	
Médio completo	6	42,9	
Superior completo	3	21,4	
Raça			
Parda	11	78,6	0,0015
Branca	2	14,3	
Negra	1	7,1	

*RMB: região metropolitana de Belém

6.1 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES EM AFT

Dos pacientes analisados, (66,7%) apresentavam doença em remissão, e (33,3%) cursavam com doença em atividade. Quanto a localização houve maior ocorrência de proctite (40,0%), seguido de colite esquerda (33,3%), pancolite (20,0%) e proctossigmoidite (6,7%), respectivamente.

Na análise clínica desses pacientes também foi observado que, (28,6%) já precisou ser internado por conta da RCU, no entanto, nenhum paciente do estudo precisou de intervenção cirúrgica. Verificou-se que a maioria desses indivíduos diz não ter histórico familiar de RCU (78,6%). Quanto ao tempo de tratamento da doença, considerando-se somente o tempo de tratamento feito na farmácia ambulatorial da UHJBB, a maioria dos pacientes está em tratamento a mais de cinco anos (42,8%). As demais características clínicas estão detalhadas na Tabela 2.

Tabela 2: História clínica dos pacientes com retocolite ulcerativa atendidos na farmácia ambulatorial da *UHJBB, Belém, Pará, Brasil.

	N	%
Internações por RCU		
Sim	4	28,6
Não	10	71,4
Cirurgia por RCU		
Não	14	100,0
Histórico familiar de RCU		
Sim	3	21,4
Não	11	78,6
Tempo de tratamento		
≤1 Ano	4	28,6
2 – 3 Anos	2	14,3
4 – 5 Anos	2	14,3
>5 Anos	6	42,8
Abstenção ao trabalho/escola/Outros compromissos		
Às vezes	4	28,6
Frequentemente	4	28,6
Nunca	6	42,8
O estresse piora os sintomas		
Sim	10	71,4
Não	4	28,6
A RCU influenciou no seu estilo de vida		
Sim	14	100,0

*Unidade Hospitalar João de Barros Barreto

6.2 CARACTERÍSTICAS DA FARMACOTERAPIA

Na análise da farmacoterapia, verificou-se que o medicamento mais utilizado para tratar RCU foi o aminossalicilato, todos os participantes do estudo utilizavam este medicamento, seja em esquema de monoterapia (71,4%) ou politerapia (28,6%). A associação de medicamentos mais frequente foi a de aminossalicilato e azatioprina (imunossupressor) (70%).

Também foi verificado que (42,8%) dos participantes do estudo, utiliza pelo menos um medicamento que não está prescrito. Ao todo, foram citados pelos pacientes 12 medicamentos, a maioria pertence à classe dos analgésicos (36,4%) e anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) (27,3%).

Em relação a adesão ao tratamento para RCU, todos os participantes do estudo, antes do AFT, foram classificados com baixo grau de adesão, segundo o teste de adesão de Morisky e Green. Após o AFT, (35,7%) foi classificado com alto grau de

adesão. As demais informações em relação a adesão ao tratamento medicamentoso estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3: Dados sobre a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito dos pacientes incluídos no estudo, referente ao teste de Morisky.

GRAU DE ADESÃO	ANTES DO AFT	APÓS O AFT
	n (%)	n (%)
Alto grau de adesão	–	5 (35,7)
Baixo grau de adesão	14 (100)	9 (64,3)
Não intencional	9 (64,3)	8 (57,1)
Intencional	–	–
Ambos os tipos de comportamento	5 (35,7)	1 (7,2)

*AFT: acompanhamento farmacoterapêutico

Neste estudo foram identificados 15 RNM relacionados aos pacientes, com média de 1,1 por paciente. O RNM de maior ocorrência estava relacionado a efeito de medicamento não necessário, seguido por problema de saúde não tratado. Os demais RNM encontrados estão descritos na Tabela 4.

Tabela 4: Frequências absoluta e em porcentagem da quantidade de *RNM relacionadas aos pacientes com **RCU atendidos na ***UHJBB.

CATEGORIA	TIPO DE RNM	n	%	% DE RNM POR CATEGORIA
Necessidade	Problema de saúde não tratado	5	31,3%	75,1%
	Efeito de medicamento não necessário	7	43,8%	
Efetividade	Inefetividade não quantitativa	2	12,5%	18,7%
	Inefetividade quantitativa	1	6,2%	
Segurança	Insegurança não quantitativa	-	-	-
	Insegurança quantitativa	-	-	-
Total		15	100%	

*RNM: resultados negativos associados ao medicamento **RCU: retocolite ulcerativa
 ***UHJBB: Unidade Hospitalar João de Barros Barreto

6.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Na avaliação da qualidade de vida, mediante a aplicação do questionário IBDQ, não houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes com RCU para nenhum dos domínios avaliados antes e após o AFT, como demonstra a Tabela 5.

Tabela 5: Escores dos domínios do Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) dos pacientes com *RCU.

DOMÍNIOS IBDQ	ANTES DO AFT**	APÓS O AFT**	Valor de <i>p</i>
	Esc.Méd±d.p	Esc.Méd±d.p	
Sintomas intestinais	58,3 ±12,4	60,2 ± 10,3	0,2133
Sintomas sistêmicos	26,7 ± 5,7	28,3 ± 4,7	0,0934
Aspectos sociais	30,6 ± 6,2	30,6 ± 7,3	0,5000
Aspectos emocionais	65,6 ± 11,3	69,0 ± 9,9	0,0816

*RCU: retocolite ulcerativa, **AFT: acompanhamento farmacoterapêutico

7 DISCUSSÃO

No presente estudo, não houve diferença significativa na ocorrência de RCU entre os sexos masculino e feminino. Embora alguns estudos tenham reportado leve predomínio em indivíduos do gênero masculino (LAKATOS et al., 2011; ZENG et al., 2013) ou no sexo feminino (VIND et al., 2006), de acordo com estudos da literatura, tem sido encontrada pouca diferença entre os gêneros masculino e feminino nas taxas de doenças inflamatórias intestinais, com distribuição relativamente equalizada entre os sexos, (PONDER; LONG, 2013, M'KOMA, 2013).

A maioria dos pacientes avaliados no AFT foram provenientes de Belém, capital do estado do Pará (64,3%). Este dado está em consonância com o encontrado em outros estudos, nos quais há prevalência de indivíduos com DII em centros urbanos. O processo de urbanização da sociedade tem demonstrado que é um importante fator para o desencadeamento das DII. No entanto, os fatores que proporcionam tal aumento de susceptibilidade ainda precisam ser melhor estudados e bem estabelecidos (SPEHLMANN et al., 2008). Resultados relacionados à distribuição regional das DII no Estado de São Paulo, por exemplo, mostraram maior

prevalência em regiões socioeconomicamente mais desenvolvidas e grandes centros urbanos, com maior densidade populacional. Esses estudos indicam que fatores associados a estilo de vida urbano influenciam no risco para DII, porém sem determinar se a relação ocorre devido ao próprio ambiente ou associado a predisposição genética individual às doenças (SOON, 2012, BURISCH, 2014). Outro fator que deve ser levado em consideração é a localização do hospital de referência na cidade de Belém do Pará, que pode contribuir para uma melhor acessibilidade ao serviço de saúde. Moradores do interior do estado, acabam encontrando dificuldades de acesso ao sistema de saúde.

Além da maior ocorrência de DII em indivíduos provenientes de locais mais urbanizados, vários estudos tem demonstrado maior prevalência dessas doenças em indivíduos brancos e pardos. Foi observado no presente estudo que houve diferença significativa em relação à etnia dos participantes, com maior prevalência de participantes pardos (78,6%). Estudos epidemiológicos em pacientes com DII apontam maior incidência em brancos e pardos, menor em amarelos e negros (FARIA; FERRARI; CUNHA, 2004). Em estudo realizado na região Nordeste brasileira, com a participação de hospitais universitários públicos que apresentam centros de referência para atendimento de pacientes com DII, foi feita a avaliação das características étnicas da população do estudo. Com base na autodeterminação da cor da pele, o estudo revelou predomínio global do grupo de indivíduos que se consideraram com pele parda, indicativa de miscigenação racial. A seguir, vieram os indivíduos de cor branca e cor preta. Depreende-se, assim, que as características étnicas da população deste estudo, assim como os resultados encontrados na região Nordeste referente à cor da pele em pacientes com DII, divergem do padrão daqueles países nos quais tradicionalmente há maior incidência e prevalência da doença em indivíduos caucasianos (BURISCH et al., 2013).

Quanto à média de idade dos participantes deste estudo, verificou-se a média de 49 anos. Estudos de OLIVEIRA e colaboradores (2018) sobre o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com doença inflamatória intestinal internados no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, encontrou a média de idade semelhante para pacientes com RCU (42,8 anos) (GLICKMAN, 1995; SHALE; RILEY, 2003).

Quanto aos aspectos clínicos analisados neste estudo, a maioria dos participantes estavam com a doença em remissão (66,7%). Estudo de DEWULF

(2010) sobre a contribuição farmacêutica ao tratamento de pacientes com DII, também identificou maior número de participantes com quadro remissivo da doença. Em relação a localização da RCU, foi identificado neste estudo maior ocorrência de proctite (40,0%), seguido de colite esquerda (33,3%) e pancolite (20,0%). Estes resultados são semelhantes aos encontrados por OLIVEIRA e colaboradores (2018), que identificou ocorrência de proctite em 38,2% dos pacientes, colite esquerda em 29,4% e a pancolite em 32,4%.

Na avaliação dos aspectos clínicos, também foi observado que 26,7% dos participantes do estudo já precisou ser internado por conta da RCU, embora nenhum tenha precisado de intervenção cirúrgica. FUMERY e colaboradores (2017) observaram em revisão sistemática, um percentual superior aos encontrados neste estudo, no qual, metade dos pacientes com RCU foram hospitalizados em algum momento da doença.

Quanto ao histórico familiar de RCU, (20,0%) dos indivíduos pesquisados disseram ter histórico familiar de RCU, e a maioria (80,0%) considera que o estresse agrava o quadro da doença. As causas das DII são desconhecidas e possivelmente multifatoriais. Estima-se que indivíduos com predisposição genética em contato com agentes ambientais apresentam uma resposta imunológica descontrolada, gerando um processo inflamatório crônico intestinal (ZALTMAN, 2007). Vale ressaltar que agentes infecciosos, fatores emocionais e nutricionais não são reconhecidos como fatores causais das DII, porém as alterações emocionais podem exacerbar essas doenças, bem como alguns alimentos podem propiciar alguns sintomas.

Em relação ao tratamento medicamentoso, o principal fármaco utilizado no tratamento de manutenção da RCU foi o salicilato, já que este tipo de medicamento pode ser eficaz e com baixo índice de efeitos colaterais, além de seu uso estar bem estabelecido no tratamento de manutenção desses pacientes (CATAPANI, 2009). Todos os participantes do estudo estavam utilizando aminossalicilato para tratar RCU, seja em esquema de monoterapia ou em associação com outro medicamento.

A associação mais frequente foi de aminossalicilato com azatioprina, que é um imunossupressor. Medicamentos imunossupressores são muito utilizados no tratamento da RCU, caracterizados como “poupador” de corticoide, para evitar o uso recorrente ou contínuo deste e, portanto, são prescritos principalmente para pacientes corticodependentes (DIGNASS et al., 2012). Está descrito na literatura que os corticosteróides, especialmente prednisona, hidrocortisona e budenisonide, têm se

mostrado eficazes no tratamento das DII, oferecendo rápida e efetiva redução dos sintomas através da inibição da inflamação. Entretanto, o uso prolongado pode aumentar a possibilidade de desenvolvimento de hipertensão arterial, diabetes e osteoporose (BIONDO-SIMÕES, 2003; PEARSON, 2004).

Embora a terapia com azatioprina seja uma alternativa para diminuir o uso de corticoides, seu uso também requer alguns cuidados, é necessário o monitoramento de parâmetros diversos do paciente, como os hematológicos, uma vez que existe o risco aumentado de neutropenia seguida de infecções oportunistas, linfoma e mialgia severa. Um dos participantes do estudo revelou que desenvolveu anemia severa ao uso de azatioprina no início do tratamento, e que precisou ser internado para tratar o quadro de anemia. Esse dado reforça a necessidade de monitorar possíveis RNM em pacientes com RCU.

Na avaliação de adesão ao tratamento para RCU, todos os participantes do estudo foram classificados com baixo grau de adesão no início do acompanhamento farmacoterapêutico, segundo o teste de adesão de Morisky e Green. Outros estudos encontraram um percentual de não adesão menor que o do presente estudo. Ao utilizar este mesmo teste de adesão, DEWULF e colaboradores (2007), encontrou um percentual de 63,3% de não adesão ao tratamento em pacientes com RCU. Apesar de ser indireto, o teste de Morisky, possui a característica de superestimar a não-adesão, devido à rigidez dos seus critérios para caracterizar o paciente como mais aderente (LEITE; VASCONCELOS, 2003). Isso fica mais evidente quando se observa que, em outros estudos, com métodos diversos, a adesão se caracteriza quando há a utilização de 80% ou mais da prescrição médica (KANE et al., 2003; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; SHALE; RILEY, 2003).

Foi observado também, que após o AFT houve melhora na adesão da farmacoterapia. No início do AFT todos os participantes foram classificados com baixa adesão, após o AFT, onde todos os pacientes foram novamente avaliados, (35,7%) apresentou alto grau de adesão. O teste de Morisky mostrou que o comportamento predominante de não-adesão foi do tipo não intencional (esquecimento, descuido).

Dessa forma, destacamos o AFT como um serviço importante a portadores de RCU, como ferramenta para aumentar a adesão ao tratamento farmacológico e reverter possíveis complicações de uma não adesão. De acordo com a literatura, em pacientes com RCU, a não-adesão ao tratamento medicamentoso provoca o aumento da morbidade, a redução na qualidade de vida, o aumento do risco de reincidência da

doença e do desenvolvimento do câncer colo-retal. Pacientes não aderentes apresentaram 61% de risco de sofrer reincidência, comparado a 11% de risco em um paciente aderente. Em relação ao câncer colo-retal, estudos apontam um risco de 31% para pacientes não aderentes e 3% para os pacientes aderentes. Estes resultados indicam que a não-adesão acarreta importante impacto clínico para os pacientes, bem como impacto econômico para o sistema de saúde, que o receberá (KANE, 2006).

A não adesão ao tratamento de qualquer doença crônica chega a alcançar taxas de até 50% nos países desenvolvidos e, no Brasil, pode atingir 87%, de acordo com um estudo piloto realizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Entre os motivos da não adesão estão os horários das medicações, o medo dos efeitos adversos e a necessidade de tomar a medicação fora do período de crises (TAVARES, 2016).

Outro fator muito importante a ser monitorado em pacientes com RCU é a automedicação, visto que isso pode agravar o quadro da doença. Neste estudo foi identificado que (42,8%) dos participantes utiliza pelo menos um medicamento sem prescrição médica. Ao todo, foram citados pelos pacientes 12 medicamentos, a maioria pertence à classe dos analgésicos (36,4%) e anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) (27,3%). De acordo com o estudo caso-controle de FELDER e colaboradores, (2000) que analisou os efeitos de antiinflamatórias não-esteróides na doença inflamatória intestinal, os AINEs provocam atividade da doença tanto na colite ulcerativa quanto na doença de Crohn e devem ser evitados em pacientes com história de DII sempre que possível.

Na análise da farmacoterapia dos pacientes, também foram identificados 15 RNM, com média de 1,1 por paciente. O RNM de maior ocorrência foi o de “efeito de medicamento não necessário”, onde os pacientes utilizavam medicamentos com indicações para problemas de saúde diferentes dos que eram apresentados. Estes pacientes estavam utilizando medicamento por automedicação, sendo que todos os medicamentos citados eram de venda sem prescrição médica. O segundo PRM de maior ocorrência entre os participantes do estudo foi o de “problema de saúde não tratado”. Como causa para a não utilização dos medicamentos foi identificada a decisão do paciente de não realizar o tratamento, seja devido a uma melhora no quadro de saúde, ou por se sentir mal ao utilizar os medicamentos. Durante o acompanhamento farmacoterapêutico todos os RNM identificados neste estudo,

foram tratados individualmente com cada paciente. Foram feitas orientações verbais, distribuição de material educativo e apresentação em Power Point abordando de forma didática sobre a doença e o respectivo tratamento. Em alguns casos, houve necessidade de elaborar uma tabela contendo a escala de medicamentos que o paciente deveria administrar. De acordo com a literatura, o fornecimento adequado de informações ao paciente é uma das ferramentas que vêm sendo muito discutida para o aumento do conhecimento sobre o tratamento, da adesão a ele, e da utilização racional dos medicamentos (WHO, 2003).

Todos os pacientes que estavam tomando medicamentos desnecessários foram esclarecidos dos perigos dessa prática. Além disso, em todas as consultas farmacêuticas era perguntado ao paciente se ele estava tomando algum medicamento sem prescrição de um profissional. A educação em saúde foi amplamente trabalhada junto a esses pacientes. Em relação aos pacientes que não estavam utilizando os medicamentos necessários, buscou-se compreender as razões da não utilização. Entre as razões apresentadas destaca-se sentir-se melhor e sentir-se mal ao tomar o medicamento. A intervenção farmacêutica junto a esses pacientes consistiu no esclarecimento sobre a doença, sintomas e tratamento, como forma de tornar o paciente mais consciente de sua doença e do tratamento medicamentoso, bem como das repercussões negativas que podem ser acarretadas por uma não adesão ao tratamento. Todos os pacientes que suspenderam o tratamento por conta própria durante o período do estudo, alegaram piora do quadro de saúde, voltando a apresentar sintomas como diarreia e sangue nas fezes. Isso demonstra a importância do monitoramento da adesão ao tratamento nesses pacientes, pois a conduta deles em relação ao tratamento medicamentoso pode mudar ao longo do tempo, requerendo dos profissionais de saúde maior atenção, para que as devidas intervenções farmacêuticas possam ser executadas.

Outro RNM identificado neste estudo foi o de inefetividade quantitativa, onde dois pacientes em uso de aminossalicilato (mezalazina) queixavam-se que não estavam apresentando melhoras do quadro de saúde, mesmo utilizando o referido medicamento por período superior a seis meses. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retocolite Ulcerativa, em casos refratários a aminossalicilato deve-se adicionar outro medicamento de acordo com a gravidade da doença (BRASIL, 2002A). Desta forma, a intervenção farmacêutica consistiu em sugestão ao médico prescritor, através de bilhete, de adição de outro medicamento

ao tratamento medicamentoso dos respectivos pacientes. Foi observado no momento da consulta farmacêutica, que os respectivos pacientes apresentaram nova prescrição médica, na qual constava prescrição de aminossalicilato e imunossupressor. Após início desse novo esquema farmacoterápico, os referidos pacientes disseram sentir-se melhor, com diminuição de sangramento e episódios de diarreia.

Somente um dos participantes do estudo apresentou RNM relacionado a uma inefetividade quantitativa do medicamento. O referido paciente além apresentar RCU, também é hipertenso e diabético. Foi observado que o paciente não estava utilizando de forma correta os medicamentos prescritos para tratar a hipertensão e a diabetes. Investigou-se a razão do tratamento incorreto, no qual foi verificado que o paciente esquecia de tomar os medicamentos de forma correta. Neste caso, foi montado um plano personalizado de tomada de medicamento para esse paciente, como forma de ajuda-lo a lembrar dos horários de todos os medicamentos que ele utilizava. Durante as consultas farmacêuticas os horários de tomada dos medicamentos eram frequentemente recapitulados junto a esses pacientes.

Além da análise de fatores relacionados à farmacoterapia, foi avaliado também a qualidade de vida dos participantes do estudo. O Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) é o instrumento específico mais utilizado mundialmente para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com DII, e que foi traduzido para o português e validado para a população brasileira (MASACHS; CASELLAS; MALAGELADA, 2007; PONTES et al., 2011).

Em relação à qualidade de vida dos pacientes estudados, foi observado que não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum dos domínios da escala de qualidade de vida quando comparado o antes e depois do acompanhamento farmacoterapêutico. Embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa na QV dos pacientes, é plausível supor que se o estudo fosse continuado por mais tempo e fosse aplicado a um número maior de pacientes, poderia ser observado diferença significativa, pois observa-se que ao final do AFT houve aumento nos escores médios dos domínios sintomas intestinais, sintomas sistêmicos e aspectos emocionais.

8 CONCLUSÃO

Através da implantação do projeto piloto de AFT aos pacientes com RCU atendidos no serviço de farmácia da UHJBB, foi possível identificar RNM, bem como

fazer ou propor intervenções de acordo com as necessidades observadas para cada paciente.

Foi observado que antes do AFT os pacientes apresentaram um percentual significativo de não adesão ao tratamento, condição que melhorou após o AFT. Esses resultados demonstram a importância do acompanhamento farmacêutico para esses pacientes, visto que, a adesão ao tratamento é fundamental para evitar recidivas da doença.

Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum dos domínios da QV quando comparado o antes e depois do AFT. No entanto, observa-se que ao final do AFT houve aumento nos escores médios dos domínios sintomas intestinais, sintomas sistêmicos e aspectos emocionais.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, L. C. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos usuários da farmácia popular: avaliação das intervenções farmacêuticas. **Arquivos de Ciências da Saúde**, UNIPAR, v. 15, n. 1, p. 29-35, 2011.

AMARILES, P.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M.J. Terminology for problems related to drug use. *Am J Health-Syst Pharm*, 63: 616-617, 2006.

ANANTHAKRISHNAN, A. N; MCGINLEY, E. L; BINION, D.G. Excess hospitalization burden associated with *Clostridium difficile* in patients with inflammatory bowel disease. **Gut**, v. 57, n. 2, p. 205-210, 2010.

AZZOLIN, G. et al. Análise farmacoterapêutica de pacientes atendidos pelo programa HIPERDIA. **Revista Saúde**, v. 44, n. 2, p 1-8, 2018.

BARROS, P.A.C.; SILVA, A.M.R.; NETO, M. L. The epidemiological profile of inflammatory bowel disease patients on biologic therapy at a public hospital in Alagoas. **Journal of Coloproctology**. v. 34, n. 3, p: 131-135, 2014.

BERNSTEIN, C. N. et al. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD in 2010. **Inflammatory bowel diseases**, v.16, n. 1, p.112-24, 2010.

BIONDO-SIMÕES, M. L. P.; MANDELLI, K. K.; PEREIRA, M. S. C.; FATURI, J. L. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. **Revista Brasileira Coloproctologia**, v. 23, n. 3, p.172-182, 2003.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento de Retocolite Ulcerativa. Portaria 861/02, 12 de novembro de 2002. **DOU**, Brasília, no. 214, seção I, p. 87-89, 5 de nov. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília, 108 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1), 2014a.

BRASIL, Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. 1 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2015a.

BRESSLER, B.; et al. Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis: the Toronto consensus. **Gastroenterology**, v.148, n. 5, p.1035-1058, 2015.

BRUNE, M. F. S.; FERREIRA, E. E.; FERRARI, C. K. B. O método Dáder na atenção farmacêutica em pacientes hipertensos no município de Pontal do Araguaia – MT, Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 4, p. 402-404, 2015.

BURISCH, J. et al. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. **Journal of Crohn's & colitis**, v. 7, n. 4, p. 322-337, 2013.

BURISH J, MUNKHOLM P. Inflammatory bowel disease epidemiology. **Clinical and Experimental Gastroenterology**, v. 29, p. 357-362, 2013.

CATAPANI, W. Doença inflamatória intestinal. **Cadernos de Gastroenterologia**, v. 66, n. 11, p. 410-419, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA - CFF No 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 29 ago. 2013.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Consulta pública n.02/2014**, Serviços Farmacêuticos: Contextualização e Arcabouço Conceitual. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia..php?id=2423>>. Acesso em: 10 juh. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Conselho Federal de Farmácia. Brasília: 200 p, 2016.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P.C. **Pharmaceutical Care Practice**. The clinician's guide. 2th Ed. New York: McGraw-Hill, 2004. 394p.

COMITÉ DE CONSENSO. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. **Ars Pharmaceutica**, v.43, n.3-4, p.175-184, 2002.

CONSENSO, Comité. Terce Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Pharmaceutica**, v. 48, n. 1, p. 5-7, 2007.

CONRAD, K.; ROGGENBUCK, D.; L. A. Diagnosis and classification of ulcerative colitis. **Autoimmunity Reviews**, v. 13, n.4, p.463-466, 2014.

CONSENSUS COMMITTEE. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. **Ars Pharmaceutica**. Granada, v. 43, n. 3-4, p. 175-184, 2002.

CORRER, C.J.; OTUKI, M.F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev Pan-Americana Saude**, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

CORRER, C.J.; NOBLAT, L.A.C.B.; CASTRO, M.S. Modelos de seguimento farmacoterapêutico. In: SOARES, L. (Org.). **Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016.

CURY, D. B.; MOSS, A. C. **Doenças inflamatórias intestinais: retocolite ulcerative e doença de Chron**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.

DANESE, S.; FIOCCHI, C. Ulcerative colitis. **The New England Journal of Medicine**, v. 365, n. 18, p. 1713-1725.

DEWULF, N. L. et al. Compliance to drug therapy in inflammatory bowel diseases outpatients from an university hospital. **Arq Gastroenterol**, v. 44, n. 3, p. 289-96, 2007.

DEWULF, N.L.S. **Contribuição da atenção farmacêutica ao tratamento de pacientes com doenças inflamatórias intestinais**. Tese (Doutorado em Ciências médicas). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 148 p. 2010.

DIGNASS, A. et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. **Journal of Crohn's and Colitis**, v. 6, n. 10, p. 965-990, 2012.

EBBESEN, J.; BUAJORDET, I.; ERIKSEN, J. Drug -related deaths in department of internal medicine. **Archives of Internal Medicine**, v. 161, p. 2317-2323, 2011.

ERNST, F. R.; GRIZZLE, A. J. Drug-related morbidity and mortality updating the cost of illness model. *Journal of the American Pharmacists Association*, v. 41, p.192-199, 2011.

EUROPEAN SOCIETY OF CLINICAL PHARMACY. What is clinical pharmacy? 2015.

FARIA, L.C.; FERRARI, M.L.A.; CUNHA, A.S. Aspectos clínicos da doença de Crohn em um centro de referência para doenças intestinais. **Revista GED – Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva**, v. 23, n. 4, p. 151-164, 2004.

FAUSEL, R.; AFZALI, A. Biologics in the management of ulcerative colitis - comparative safety and efficacy of TNF-alpha antagonists. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v.11, p. 63–73, 2015.

FELDER, J. B. et al. Effects of nonsteroidal antiinflammatory drugs on inflammatory bowel disease. **The American Journal of Gastroenterology**, v.95, p. 1949-1954, 2000.

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M.J. From “drug-related problems” to “negative clinical outcomes”. *Am J Health-Syst Pharm*, 62: 2348-50., 2005.

FERRAZ, F. B. Panorama Geral Sobre Doenças Inflamatórias Intestinais: Imunidade e Suscetibilidade da Doença de Crohn e Colite Ulcerativa. **Journal of Health Sciences**. v.18, n.2, p.139-143, 2016.

FILHO, G.B. — **Bogliolo** patologia. 8. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 750 - 753, 2011.

FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA. Documento sobre PRM y RNM: conceptos y definiciones. *Farmacêuticos*, v. 315, p. 28-29, 2006.

FRÓES R. D. S. B, et.al. The socio-economic impact of work disability due to inflammatory bowel disease in Brazil. **The European Journal of Health Economics**, n.19, p. 463–470, 2018.

FUMERY, M. et al. Natural History of adult ulcerative colitis in population-based cohorts: a systematic review. **Clinical Gastroenterology and hepatology**, v. 16, n. 3, p. 542-3565, 2017.

FURFARO, F. et al. Overview of biological therapy in ulcerative colitis: current and future directions. **Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases**, v. 24, n. 2, p. 203-213, 2015.

GASPARINI, R.G. **Incidência e prevalência de doenças inflamatórias intestinais no estado de São Paulo – Brasil.** Tese (Doutorado em Bases gerais da cirurgia). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 91 p. 2018.

GILMAN, A.G.; HARDMAN, J.G.; LIMBIRD, L.E. As bases farmacológicas da terapêutica. 10 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2005. p.527,528,788-791.

GLICKMAN, R.M. Doença inflamatória intestinal. In: ISSELBACHER, K.L.; BRAUNWALD, E. et al. **Princípios de Medicina Interna.** 13ª ed. México – DF: Nueva editora, v. 2, n. 4, 1995. p. 1472-1485.

GLOMBIEWSKI, J. A. et al. Medication adherence in the general population. *PLoS One*, San Francisco, v. 7, n. 12, p. 50537, 2012.

GOH K, XIAO SD. Inflammatory bowel disease: a survey of the epidemiology in Asia. **Journal of Digestive Diseases**, v.10, n. 1, p.1–6, 2009.

GOUVEIA M. S.; JACQUES, F. O. Retocolite ulcerativa idiopática e o tratamento com ácido 5-aminosalicílico. **Uningá review**, v. 4, n. 1, p. 6-16, 2010.

GUYATT, G.; FEENY, D.H.; PATRICK, D.L. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 18:622-9.

HANAUER, S.B.; PRESENT, D.H. The state of the art in the management of inflammatory bowel disease. *Rev Gastroenterol Disord* 2003;3(2):81-92.

IRVINE, E.J.; FEAGAN, B.; ROCHON, J.; ARCHAMBAULT, A.; FEDORAK, R.N.; GROLL, A.; KENNEAR, D.; SAIBIL, F.; MCDONALD, J.W.D. Quality of life: a valid and reliable measure of outcome for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1994; 106:287-96.

IVAMA, A.M., et al. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 24 p. 2002.

KANE, S. V. Expert Column – Nonadherence to medical therapy in ulcerative colitis – Challenges and considerations. *Advances in Inflammatory Bowel Disease*, v 1. 2006. Available in: <<http://www.medscape.com/viewarticle/540705>>.

KANE, S.; HUO, D.; AIKENS, J.; HANAUER, S. Medication nonadherence and the outcomes of patients with quiescent ulcerative colitis. **The American Journal of Medicine**, v. 114, p. 39-43, 2003.

KAPLAN, G. G. The global burden of IBD: from 2015 to 2025. **Nature reviews Gastroenterology & hepatology**, v.12, n. 12, p. 720-727.

KORNBLUTH, A.; SACHAR, D.B. Gastroenterology PPCotACo. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College Of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *The American Journal of Gastroenterology*, v. 105, n. 3, p. 501-523, 2010.

LAKATOS, L et al. Incidence, disease phenotype at diagnosis, and early disease course in inflammatory bowel diseases in Western Hungary, 2002 -2006. **Inflammatory bowel diseases**, v. 17, n. 12, p. 2558-65, 2011.

LEDDIN, D.; TAMIM, H.; LEVY, A. R. Decreasing incidence of inflammatory bowel disease in eastern Canada: a population database study. **BMC gastroenterology**, v. 14, n. 1, p. 140, 2014.

LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LOGAN, I.; BOWLUS, C. L. The geoepidemiology of autoimmune intestinal diseases. **Autoimmunity reviews**, v. 9, n. 5, p. A372–8, 2010.

LOPES, S.; et al. Megacólon tóxico -experiência de um serviço de gastroenterologia. **Revista portuguesa de coloproctologia**. p.10-16, 2009.

M´KOMA, A. E. Inflammatory Bowel Disease: An Expanding Global Health Problem. **Clinical Medicine Insights: Gastroenterology**, v. 6, p. 33–47, 2013.

MANNESSE, C.K.; DERKX, F.H.; DE RIDDER, M.A. Contribution of adverse drug reaction to hospital admission of older patients. **Age Ageing**, v. 29, p. 35-9, 2000.

MASACHS, M.; CASELLAS, F.; MALAGELADA, J.R. Traducción, Adaptación y Validación Al Español Del Cuestionario De Calidad De Vida De 32 Ítems (Ibdq-32) De La Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Revista Espanhola de Enfermagem Digestiva*, v. 99, n. 9, p. 511-519, 2007.

MARTÍNEZ, F. M. et al. Consigue: Informe 2011-2014, medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en mayores

polimedicados, en la farmacia com unitaria española. Madri: Consejo General De Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014. 168 p.

MARTÍNEZ GRANADOS, F.; POL YANGUAS, E. Criterios de optimización de la terapia antipsicótica: margen terapéutico. *Farmacia Hospitalaria*, v. 28, n. 3, p. 214-224, 2004.

MITCHELL, A.; GUYATT, G.; SINGER, J.; IRVINE, E.J.; GOODACRE, R.; TOMPKINS, C.; WILLIAMS, N.; WAGNER, F. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol* 1988; 10:306-10.

MOLODECKY, N. A. et al. Aumento da incidência e prevalência das doenças inflamatórias intestinais com o tempo, com base em revisão sistemática. ***Gastroenterology***, v. 142, p. 46–54, 2011.

MOREIRA, A. L. et al. IBD Epidemiology: What is Going on in the Developing World? Results from 163,000 Patients. ***Gastroenterology***, v. 156, n. 6, p. 73, 2019.

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

NGUYEN, G.C.; LAVEIST, T.A.; HARRIS, M.L.; WANG, M.H.; DATTA, L.W.; BRANT, S.R. Racial disparities in utilization of specialist care and medications in inflammatory bowel disease. ***The American Journal of Gastroenterology***, v. 105, n. 10, p. 2202-2208.

OLIVEIRA, T. C. B. et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com doença inflamatória intestinal internados no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí. ***Jornal de Ciência & Saúde Coletiva***, v. 1, n. 1, p. 34-40, 2018.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta, Brasília, 2002, 24 p.

OPS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Servicios farmacéuticos basados em la atención primaria de salud Documento de posición de la OPS/OMS (La Renovación de la Atención Primaria de Salud em las Américas, n.6). Washington, DC: OPS, 2013.

ORDÁS, I. et al. Ulcerative colitis. ***The Lancet***, v.380, n.9853, p.1606–1619, 2012.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. ***The New England Journal of Medicine***, v. 353, p. 487- 497, 2005.

PARENTE, J. M. et al. Inflammatory bowel disease in an underdeveloped region of Northeastern Brazil. ***World Journal of Gastroenterology***, v. 28, n. 4, p.1197-206, 2015.

PARK, S.C.; JEEN, Y.T. Current and Emerging Biologics for Ulcerative Colitis. ***Gut and Liver***, v. 9, n. 1, p. 18-27, 2015.

PEARSON, C. Inflammatory bowel disease. **Clinical Advanced NT**, v. 100, n. 9, p. 86-90, 2008.

PONDER, A.; LONG, M.D. A clinical review of recent findings in the epidemiology of inflammatory bowel disease. **Clinical Epidemiology**, v. 5, p. 237-247, 2013.

PONTES, R. M. A et al. **Inflammatory bowel disease**. Medscape. v.22, 2011.

ROCCHI, A. et al. Inflammatory bowel disease: A Canadian burden of illness review. **World Journal of Gastroenterology**. 2012; v. 26, n. 11, p. 811-817.

ROTTA, I. et al. Effectiveness of clinical pharmacy services: an overview of systematic reviews (2000–2010). *International journal of clinical pharmacy*, v. 37, n. 5, p. 687- 697, 2015.

ROWE, W. A. Inflammatory bowel disease. Medscape. v.22, 2011.

SABATER HERNÁNDEZ, D.; SILVA CASTRO, M. M.; FAUS DÁDER, M. J. **Método Dáder: guía de seguimiento farmacoterapéutico**. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131), Universidad de Granada, 2007.

SAFRONEEVA, E. et al. Prevalence and risk factors for therapy escalation in ulcerative colitis in the Swiss IBD Cohort Study. **Inflammatory Bowel Diseases**, v. 21, n. 6, p.1348-1358, 2015.

SATSANGI, J.; SILVERBERG, M.S.; VERMEIRE, S.; COLOMBEL, J.F. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. **Gut**, v. 55, n. 6, p.749-753, 2006.

SHALE, M.J., RILEY, S.A. Studies of compliance with delayed-release mesalazine therapy in patients with inflammatory bowel disease. **Alimentary Pharmacology e Therapeutics**, v. 18, p. 191-198, 2003.

SILVA, C.; SOUSA, J. O farmacêutico na unidade básica de saúde: atenção farmacêutica ao portador de Diabetes mellitus em uma unidade de saúde pública, no município de Santarém/PA. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, v. 6, n. 1, p. 38-44, 2017.

SILVA, B.C. et. al. The Demographic and Clinical Characteristics of Ulcerative Colitis in a Northeast Brazilian Population. **BioMed Research International**, 2015.

SILVA, L. **Elaboração de método de acompanhamento farmacoterapêutico em uma unidade de referência em doenças infecciosas: contribuição para a segurança do paciente**. Dissertação (Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica). Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas. Rio de Janeiro, 76 p. 2017.

SILVA, L. R.; SANTANA, G. O. Repercussões nutricionais em crianças e adolescentes na presença de doenças inflamatórias intestinais. **Revista paulista de pediatria**. v.32, n.4, p. 403–411, 2014.

SILVERBERG, M.S. et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel diseases report of a Working Party of the 2005. **Canadian Journal of Gastroenterology**, v. 19, p. 39, 2005.

SIMIAN, D. et al. Rol de infliximab en enfermedad inflamatoria intestinal. Experiencia local. **Revista Médica de Chile**, v. 141, p. 1158-1165, 2013.

SOARES, C.C.R. **Cuidado farmacêutico aos portadores de esclerose múltipla assistidos pela Farmácia Escola da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**. 2018. 159 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2018.

SOON, I.S. et al. The relationship between urban environment and the inflammatory bowel diseases: a systematic review and meta-analysis. **BMC Gastroenterology** v. 12, v. 51, 2012.

SOUZA, M.M.; BELASCO, A.G.S.; AGUILAR-NASCIMENTO, J.E. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso. **Revista Brasileira de proctologia**, v. 28. n3, 2008.

SOUZA, T. T. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais. 2013. 326f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

SPEHLMANN, M.E. et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease in a German twin cohort: results of a nationwide study. **Inflammatory bowel diseases**, v. 14, n. 7, p. 968-76, 2008.

STRAND et al., Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm*, 24(11): 1093-7,1990.

TAVARES, N.U.L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 10, 2016.

TIAO, D.K, et al. Inflammatory bowel disease pharmacist adherence counseling improves medication adherence in Crohn's disease and ulcerative colitis. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2017; 23(8): 1257-1261.

TURSI, A.; BRANDIMARTE, G.; PAPA, A.; GIGLIO, A.; ELISEI, W.; GIORGETTI, G.M. et al. Treatment of relapsing mild-to-moderate ulcerative colitis with the probiotic VSL#3 as adjunctive to a standard pharmaceutical treatment: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 105, n. 10, p. 2218-2227, 2010.

UNGARO, R. et al. Ulcerative colitis. **Lancet**, v. 389, n. 10080, p. 1756-1770, 2017.

VELOSO, R. P. **Monitorização dos efeitos adversos ao tratamento farmacológico em portadores da retocolite ulcerativa**. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2017.

VIEIRA, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p. 213-220, 2007.

VIND, I. et al. Increasing incidences of inflammatory bowel disease and decreasing surgery rates in Copenhagen City and County, 2003-2005: a population-based study from the Danish Crohn colitis database. **The American journal of gastroenterology**, v. 101, n. 6, p. 1274-82, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Disponível em: <http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf>. Acesso em: 28 jun.2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Handbook –Edição 2006. Disponível em www.who.int/mediacentre/news/new/2006/nw05/en/index.htm, acessado 18 dez 2019.

ZALTMAN, C. Doença inflamatória intestinal: qual a relevância da doença no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, 2007.

ZENG, Z. et al. Incidence and clinical characteristics of Inflammatory Bowel Disease in a developed region of Guangdong province, China: A Prospective Population Based Study. **Journal of gastroenterology and hepatology**, v. 28, n. 7, p. 1148-1153, 2013.

**ANEXO A - FICHA DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE
PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA.**

DATA: ___/___/___		
CAMPO 1 - DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS		
INÍCIAS DO NOME DO PACIENTE: _____	NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____anos	PESO: _____
GÊNERO: () 1. Masculino 2. Feminino	COR/RAÇA: () 1. Branca 2. Parda 3. Negra 4. Amarela 5. Indígena	
ESTADO CIVIL: () 1. Solteiro(a)/Divorciado(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. União estável/Outros	PROCEDÊNCIA: () 1. Belém 2. RMB* 3. Interior/litoral do Pará 4. Outra: _____	
ESCOLARIDADE: () 1. Sem escolaridade/Ignorado 2. Fundamental incompleto 3. Fundamental completo 4. Ensino médio incompleto 5. Ensino médio completo 6. Superior incompleto 7. Superior completo 8. Pós graduado(a)	OCUPAÇÃO: () 1. Aposentado(a) 2. Desempregado(a) 3. Autônomo(a) 4. Assalariado(a) 5. Profissional liberal 6. Outra: _____	
COM QUEM MORA: () 1. Sozinho 2. Família (laços sanguíneos) 3. Outros: _____	TEM CUIDADOR: () 1. Sim 2. Não	

*RMB: Região Metropolitana de Belém (Ananindeua, Benevides, Castanhal, Marituba, Santa Bárbara do Pará e Santa Izabel do Pará)

**CID 10: Código Internacional de Doenças

CAMPO 2 – RETOCOLITE ULCERATIVA E PROBLEMAS DE SAÚDE

QUEIXA PRINCIPAL – RAZÃO DO ENCONTRO:

HISTÓRIA CLÍNICA (PERCEPÇÃO DO PACIENTE EM RELAÇÃO À DOENÇA)

HISTÓRIA FARMACOTERAPÊUTICA (PERCEPÇÃO DO PACIENTE EM
RELAÇÃO AOS MEDICAMENTOS)

FATORES DE RISCO (FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A PROGRESSÃO
DA DOENÇA)

CAMPO 3 – HISTÓRIA PREGRESSA

DOENÇAS ANTERIORES: () 1. Sim 2. Não Listar e datar:

CIRURGIAS: () 1. Sim 2. Não Listar e datar:

INTERNAÇÕES: () 1. Sim 2. Não Listar e datar:

HISTÓRICO FAMILIAR DE RETOCOLITE OU OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS:
() 1. Sim 2. Não Listar e datar:

É GESTANTE OU ESTÁ AMAMENTANDO: () 1. Sim 2. Não

CAMPO 4 – USO ANTERIOR DE MEDICAMENTO

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	POSOLOGIA	TEMPO DE TRATAMENTO

CAMPO 5 – REAÇÕES A MEDICAMENTOS			
História de alergia a medicamentos:			
Reações adversas a medicamentos no passado:			
CAMPO 6 – HÁBITOS DE VIDA			
FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA: () 1. Sim 2. Não 3. Às vezes		TABAGISTA: () 1. Sim 2. Não	
ATIVIDADE FÍSICA: () 1. Sim 2. Não		CUMPRE O REGIME ALIMENTAR INSTITUÍDO: () 1. Sim 2. Não 3. Às vezes	
Quais as restrições alimentares:			
USO DE PLANTAS MEDICINAIS: () 1. Sim 2. Não 3. Às vezes		USO DE COMPLEMENTOS ALIMENTARES E VITAMINAS: () 1. Sim 2. Não 3. Às vezes	

NOME DO PRODUTO	INÍCIO DE USO	POSOLOGIA

ABSTENÇÃO TRABALHO/ESCOLA: () 1. Nunca 2. Às vezes 3. Frequentemente	AO	O STRESS PIORA OS SINTOMAS: () 1. Sim 2. Não
---	----	---

A DOENÇA INFLUENCIOU O SEU ESTILO DE VIDA? () 1. Sim 2. Não SE SIM, COMO:
--

CAMPO 1 – PROBLEMAS DE SÚDE ATUAL

QUEIXA PRINCIPAL:

<p style="text-align: center;">DADOS REFERENTES AO DIAGNÓSTICO DE RCU</p> <p>Data do diagnóstico: _____ Idade ao diagnóstico: _____ Idade de início dos sintomas: _____ Manifestações clínicas: diarreia (S/N) _____, hematoquezia (S/N) _____, muco (S/N) _____, tenesmo (S/N) _____, urgência fecal (S/N) _____, dor abdominal (S/N) _____, perda de peso (S/N) _____, febre (S/N) _____ Manifestações extraintestinais (S/N): _____ Quais: _____</p>

CAMPO 2 - REGISTRO DE EXAMES LABORATORIAIS

Verificar exames necessários para cada medicamento no Fluxograma de Dispensação disponível no PCDT para RCU

Medicamentos:

EXAMES						
DATA						
1° mês						
2° mês						
3° mês						
4° mês						
5° mês						
6° mês						

CAMPO 3 – REGISTRO DE USO ATUAL DE MEDICAMENTOS

Medicamento	Indicação	Apresentação e posologia prescrita	Data de início do tratamento
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Toma algum medicamento não prescrito pelo médico: Sim Não Se sim, quais:

Desde que iniciou o tratamento, sentiu-se melhor: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Já teve alguma reação adversa: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, qual dos medicamentos:
Queixas em relação à farmacoterapia:

CAMPO – 4 TESTE DE MORISKY

Você, alguma vez esquece de tomar o seu medicamento?	()
Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu medicamento?	()
Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu medicamento?	()
Quando você se sente mal, com o medicamento, às vezes, deixa de tomá-lo?	()

CAMPO 5 – RESULTADOS NEGATIVOS ASSOCIADOS AOS MEDICAMENTOS

RNM	Medicamento	Descrição da suspeita de RNM	Causa*	Tipo	Data

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Problema identificado			
Descrição da intervenção			
Resultado da intervenção			
Observações			

ANEXO B - INFLAMMATORY BOWEL DISEASE QUESTIONNAIRE (IBDQ) - VERSÃO EM PORTUGUÊS

1. Com que frequência você tem evacuado nas duas últimas semanas? Por favor, indique com que frequência tem evacuado nas últimas duas semanas, escolhendo uma das seguintes opções:

- a) Mais frequente do que nunca
- b) Extremamente frequente
- c) Muito frequente
- d) Moderado aumento na frequência
- e) Pouco aumento
- f) Pequeno aumento
- g) 7. Normal, sem aumento na frequência das evacuações

2. Com que frequência se sentiu cansado, fatigado e exausto nas últimas duas semanas?

- a) Sempre
- b) Quase sempre
- c) Muitas vezes
- d) Poucas vezes
- e) Bem poucas vezes
- f) Raramente
- g) Nunca

3. Com que frequência, nas últimas duas semanas, você se sentiu frustrado, impaciente ou inquieto?

- a) Sempre
- b) Quase sempre
- c) Muitas vezes
- d) Poucas vezes
- e) Bem poucas vezes
- f) Raramente
- g) Nunca

4. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você não foi capaz de ir à escola ou ao seu trabalho, por causa do seu problema intestinal?

- a. Sempre
 - b. Quase sempre
 - c. Muitas vezes
 - d. Poucas vezes
 - e. Bem poucas vezes
 - f. Raramente
 - g. Nunca
5. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve diarreia?
- a. Sempre
 - b. Quase sempre
 - c. Muitas vezes
 - d. Poucas vezes
 - e. Bem poucas vezes
 - f. Raramente
 - g. Nunca
6. Quanta disposição física você sentiu que tinha nas últimas duas semanas?
- a. Absolutamente sem energia
 - b. Muito pouca energia
 - c. Pouca energia
 - d. Alguma energia
 - e. Uma moderada quantidade de energia
 - f. Bastante energia
 - g. Cheio de energia
7. Com que frequência, nas últimas duas semanas, você se sentiu preocupado com a possibilidade de precisar de uma cirurgia, por causa do seu problema intestinal?
- a. Sempre
 - b. Quase sempre
 - c. Muitas vezes
 - d. Poucas vezes
 - e. Bem poucas vezes
 - f. Raramente
 - g. Nunca

8. Com que frequência, nas últimas duas semanas, você teve que atrasar ou cancelar um compromisso social por causa de seu problema intestinal?
- a. Sempre
 - b. Quase sempre
 - c. Muitas vezes
 - d. Poucas vezes
 - e. Bem poucas vezes
 - f. Raramente
 - g. Nunca
9. Com que frequência, nas últimas duas semanas, você teve cólicas na barriga?
- a. Sempre
 - b. Quase sempre
 - c. Muitas vezes
 - d. Poucas vezes
 - e. Bem poucas vezes
 - f. Raramente
 - g. Nunca
10. Com que frequência, nas últimas duas semanas, você sentiu mal estar?
- a. Sempre
 - b. Quase sempre
 - c. Muitas vezes
 - d. Poucas vezes
 - e. Bem poucas vezes
 - f. Raramente
 - g. Nunca
11. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve problemas por medo de não achar um banheiro?
- a. Sempre
 - b. Quase sempre
 - c. Muitas vezes
 - d. Poucas vezes
 - e. Bem poucas vezes
 - f. Raramente

b) 7. Nunca

12. Quanta dificuldade você teve para praticar esportes ou se divertir como você gostaria de ter feito, por causa dos seus problemas intestinais, nas duas últimas semanas?

a. Grande dificuldade, sendo impossível fazer estas atividades

b. Grande dificuldade

c. Moderada dificuldade

d. Alguma dificuldade

e. Pouca dificuldade

f. Raramente alguma dificuldade

g. Nenhuma dificuldade

13. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você foi incomodado por dores na barriga?

a. Sempre

b. Quase sempre

c. Muitas vezes

d. Poucas vezes

e. Bem poucas vezes

f. Raramente

g. Nunca

14. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve problemas para ter uma boa noite de sono ou por acordar durante a noite? (Pelo problema intestinal)

a. Sempre

b. Quase sempre

c. Muitas vezes

d. Poucas vezes

e. Bem poucas vezes

f. Raramente

g. Nunca

15. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu deprimido e sem coragem?

a) Sempre

b) Quase sempre

- c) Muitas vezes
- d) Poucas vezes
- e) Bem poucas vezes
- f) Raramente
- g) Nunca

16. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você evitou ir a lugares que não tivessem banheiros (privada) bem próximos?

- a. Sempre
- b. Quase sempre
- c. Muitas vezes
- d. Poucas vezes
- e. Bem poucas vezes
- f. Raramente
- g. Nunca

17. De uma maneira geral, nas últimas duas semanas, quanto problema você teve com a eliminação de grande quantidade de gases?

- a. O principal problema
- b. Um grande problema
- c. Um importante problema
- d. Algum problema
- e. Pouco problema
- f. Raramente foi um problema
- g. Nenhum problema

18. De uma maneira geral, nas duas últimas semanas, quanto problema você teve para manter o seu peso como você gostaria que fosse?

- a. O principal problema
- b. Um grande problema
- c. Um significativo problema
- d. Algum problema
- e. Pouco problema
- f. Raramente foi um problema
- g. Nenhum problema

19. Muitos pacientes com problemas intestinais, com frequência têm preocupações e ficam ansiosos com sua doença. Isto inclui preocupações com câncer, preocupações de nunca se sentir melhor novamente, preocupação em ter uma piora. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu preocupado ou ansioso?

- a. Sempre
- b. Quase sempre
- c. Muitas vezes
- d. Poucas vezes
- e. Bem poucas vezes
- f. Raramente
- g. Nunca

20. Quanto tempo, nas últimas duas semanas, você sentiu inchaço na barriga?

- a. Sempre
- b. Quase sempre
- c. Muitas vezes
- d. Poucas vezes
- e. Bem poucas vezes
- f. Raramente
- g. Nunca

21. Quanto tempo, nas últimas duas semanas, você se sentiu tranquilo e relaxado?

- a. Nunca
- b. Raramente
- c. Bem poucas vezes
- d. Poucas vezes
- e. Muitas vezes
- f. Quase sempre
- g. Sempre

22. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você teve problemas de sangramento retal com suas evacuações?

- a. Sempre
- b. Quase sempre
- c. Muitas vezes
- d. Poucas vezes

e. Bem poucas vezes

f. Raramente

g. Nunca

23. Quanto do tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu vergonha por causa do seu problema intestinal?

a. Sempre

b. Quase sempre

c. Muitas vezes

d. Poucas vezes

e. Bem poucas vezes

f. Raramente

g. Nunca

24. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você foi incomodado por ter que ir ao banheiro evacuar e não conseguiu, apesar do esforço?

a. Sempre

b. Quase sempre

c. Muitas vezes

d. Poucas vezes

e. Bem poucas vezes

f. Raramente

g. Nunca

25. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu vontade de chorar?

a. Sempre

b. Quase sempre

c. Muitas vezes

d. Poucas vezes

e. Bem poucas vezes

f. Raramente

g. Nunca

26. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você foi incomodado por evacuar acidentalmente nas suas calças?

a) Sempre

b) Quase sempre

- c) Muitas vezes
- d) Poucas vezes
- e) Bem poucas vezes
- f) Raramente
- g) Nunca

27. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu raiva por causa do seu problema intestinal?

- a. Sempre
- b. Quase sempre
- c. Muitas vezes
- d. Poucas vezes
- e. Bem poucas vezes
- f. Raramente
- g. Nunca

28. Quanto diminuiu sua atividade sexual, nas duas últimas semanas, por causa do seu problema intestinal?

- a. Absolutamente sem sexo
- b. Grande limitação
- c. Moderada limitação
- d. Alguma limitação
- e. Pouca limitação
- f. Raramente limitação
- g. Sem limitação alguma

29. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu enjoado?

- a. Sempre
- b. Quase sempre
- c. Muitas vezes
- d. Poucas vezes
- e. Bem poucas vezes
- f. Raramente
- g. Nunca

30. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu irritado?

- a. Sempre

- b. Quase sempre
- c. Muitas vezes
- d. Poucas vezes
- e. Bem poucas vezes
- f. Raramente
- g. Nunca

31. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu falta de compreensão por parte das outras pessoas?

- a. Sempre
- b. Quase sempre
- c. Muitas vezes
- d. Poucas vezes
- e. Bem poucas vezes
- f. Raramente
- g. Nunca

32. Quanto satisfeito, feliz ou agradecido você se sentiu com sua vida pessoal, nas duas últimas semanas?

- a. Muito insatisfeito, infeliz a maioria do tempo
- b. Geralmente insatisfeito, infeliz
- c. Um pouco insatisfeito, infeliz
- d. Geralmente satisfeito, agradecido
- e. Satisfeito a maior parte do tempo, feliz
- f. Muito satisfeito a maior parte do tempo, feliz
- g. Extremamente satisfeito, não poderia estar mais feliz ou agradecido

PONTUAÇÃO DO IBDQ

As questões que compõem cada domínio apresentam-se no questionário de maneira não ordenada, para que sejam evitados vieses nas respostas. Cada questão dentro de cada um dos domínios aferidos tem sete alternativas de respostas. Cada opção de resposta vale seu próprio número em pontos, sendo 1 pior qualidade de vida e 7 a melhor, somando-se o total de pontos obtidos em cada domínio. A soma simples de todos os domínios resultará no escore total obtido pelo paciente. Abaixo são relacionadas os domínios e suas respectivas questões:

1. Questões do componente sintomas intestinais: 01, 05, 09, 13, 17, 20, 22, 24, 26, 29 (Escores podem variar de 10 a 70 pontos).
 2. Questões do componente sintomas sistêmicos: 02, 06, 10, 14, 18 (Escores podem variar de 5 a 35 pontos).
 3. Questões do componente aspectos sociais: 04, 08, 12, 16, 28 (Escores podem variar de 5 a 35 pontos).
 4. Questões do componente aspectos emocionais: 03, 07, 11, 15, 19, 21, 23, 25, 27, 30, 31, 32 (Escores podem variar de 12 a 84 pontos)
- Escore total pode variar de 32 a 224