

O PROFISSIONAL FARMACÊUTICO E A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

BATISTA, Arlane; ROCHA, Marcia Santos da

arlanness@bol.com.br

Centro de Pós-Graduação Oswaldo Cruz

Resumo: *A profissão farmacêutica, vem sofrendo grandes transformações ao longo dos anos. Em meados do século XIII esse profissional era denominado Boticário e, após o evento da revolução industrial, passou a ser visto apenas com um vendedor de medicamento. Essa nova visão gerou na classe farmacêutica e nos estudantes de farmácia um grande descontentamento, o que culminou no movimento da Farmácia Clínica, com isso o profissional farmacêutico volta a se aproximar do paciente e da equipe de saúde. Uma grande conquista do profissional farmacêutico foi o trabalho desenvolvido com a farmácia clínica, dentro dos hospitais, e com grande atuação na Unidade de Terapia Intensiva, onde encontram-se paciente em estado clínico grave e complexo. Sabe-se que pacientes internados em hospitais, principalmente em Unidade de Terapia Intensiva devido ao seu estado crítico, faz uso de muitos medicamentos, nesse contexto o farmacêutico atua visando melhorar a terapia medicamentosa do mesmo e o uso racional desses medicamentos. Portanto o trabalho desenvolvido pelo profissional farmacêutico é interagir com toda a equipe de saúde, ou seja, médicos, nutricionista, enfermeiros e demais profissionais cabíveis. Essa interação visa sempre a melhora clínica e cura do paciente.*

Palavras-chave: Profissão farmacêutica, Unidade de Terapia Intensiva, Uso racional de medicamentos.

Abstract: *The pharmaceutical profession has undergone major changes over the years. In the thirteenth century this professional was called Apothecary and after the event of the industrial revolution came to be seen only with a seller of medicine. This new vision resulted in pharmacists and pharmacy students a great discontent which culminated in the movement of Clinical Pharmacy, the pharmacist it back to approach the patient and the healthcare team. A major achievement of the pharmacist was the work with the clinical pharmacy, in hospitals, and with great performance in the Intensive Care Unit, where patients are in severe clinical condition and complex. It is known that patients in hospitals, especially in ICU due to his critical condition, makes use of many medications, the pharmacist in this context serves to improve drug therapy of the same and the rational use of these medicines. Therefore the work of the pharmacist is to interact with the entire healthcare team, ie, physicians, nutritionists, nurses, and other appropriate professionals. This interaction always aims to clinical improvement and cure the patient. document presents detailed instructions ...*

Keywords: *Pharmaceutical profession, Intensive Care Unit, Rational use of medicines.*

1 INTRODUÇÃO

A profissão farmacêutica vem sofrendo grandes transformações ao longo dos anos. Em meados do sec. XIII, o farmacêutico era denominado boticário, era ele que manipulava e dispensava as preparações magistrais. Com o advento da revolução industrial, a indústria farmacêutica teve seu rápido desenvolvimento e com toda nova tecnologia, o farmacêutico passou a ser visto como simplesmente um vendedor de medicamento.¹

A condição do profissional farmacêutico, após a industrialização farmacêutica, provocou em um grupo de estudantes e professores da Universidade de São Francisco nos EUA, na década de 1960, um descontentamento e uma profunda reflexão, no sentido de o farmacêutico deixar de ser visto como um simples vendedor de medicamentos e passar a ser visto como parte integrante na equipe de saúde e contribuir diretamente na terapêutica e tratamento do paciente. Esse descontentamento resultou no movimento da Farmácia Clínica, com isso, o profissional farmacêutico voltou a se aproximar do paciente e também de toda a equipe de saúde.²

Segundo publicação feita por Carlos Alberto em 2013, cabe ao farmacêutico a " Missão: Contribuir na ampliação do acesso e utilização racional dos medicamentos essenciais no sistema de saúde..."³

A atenção farmacêutica é definida como:

"Conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população".^{6,15}

Um papel importante que o profissional farmacêutico conquistou, nos hospitais, foi a Farmácia Clínica, com seu conhecimento técnico o farmacêutico é capaz de interagir com a equipe multiprofissional buscando o uso racional de medicamentos, monitoramento das reações adversas aos medicamentos, através da farmacovigilância, com o intuito de assegurar uma terapia adequada, fazendo parte do atendimento integral tem por objetivo obter melhor qualidade de vida ao paciente e, conseqüentemente, sua cura. Embora nos hospitais Brasileiros esse segmento seja relativamente novo, é um trabalho importante e relevante para melhorar o atendimento ao paciente.

A unidade de Terapia Intensiva existe e destina-se a monitorização constante de paciente em estado grave, os quais necessitam local separado dos demais pacientes do hospital e requerem cuidados intensivos por parte da equipe médica e da equipe multiprofissional, com vigilância 24 horas por dia e, em geral, esses paciente apresentam baixas chances de sobrevida.^{4,5}

Além de profissionais diferenciados, a Unidade de Terapia Intensiva é uma unidade que requer espaço físico também diferenciado e equipamento de alta tecnologia, sendo crescente o número de pacientes críticos admitidos nessa unidade. Essa unidade faz parte do setor da alta complexidade em saúde, na qual seus serviços são caracterizados por um conjunto de procedimentos, cujo objetivo é o acesso da população a serviços de alta densidade tecnológica

e alto custo, com necessidade de pessoal especializado, integrando-se aos demais níveis de atenção à saúde.^{6,7}

O primeiro conceito de cuidados intensivos veio junto com a Guerra da Crimeia, em 1854, quando uma enfermeira de classe alta decide abandonar sua vida e auxiliar os soldados de guerra. Florence Nightingale, parte com mais 38 voluntárias rumo à guerra⁸. Ao chegar, Florence e as demais voluntárias encontra um cenário preocupante, em que a mortalidade entre os soldados feridos chegava a 40%, então com o conceito de separar os feridos por gravidade de dispor de mais atenção aos mais graves, Florence consegue diminuir a mortalidade para 2%, Florence torna-se então muito respeitada por seu trabalho^{8,9,10}. No entanto, somente no ano de 1926 em Boston, Estados Unidos, idealizada pelo médico Walter Edward Dandy foi criada a primeira Unidade de Terapia Intensiva, a UTI. Essa unidade foi criada apenas com três leitos e se destinava a paciente de pós-operatório. As demais UTI's foram sendo criadas de acordo com a necessidade que as faziam, como foi o caso da unidade para queimados criada na década de 40, também em Boston, após um grande incêndio em um "night club" chamado Coconut Grove Fire.^{5,8,9,10}

O Brasil segue a RDC nº 7-2010 (BRASIL), que dispõe sobre o funcionamento da UTI, e diz que "é obrigatória a existência de Unidade de Terapia Intensiva em todo hospital terciário, e nos secundários que apresentem capacidade igual ou superior a 100 leitos, bem como nos especializados. (BRASIL/MINISTERIO DA SAÚDE)". Porém, em estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina, estima-se que 80% dos hospitais Brasileiros não possuam leitos suficientes para atender a demanda da população e que há necessidade de até 10% dos leitos hospitalares na forma de UTI.^{8,11}

2 FARMACÊUTICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

2.1 Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica na UTI

Os modelos de saúde pública implantados no Brasil fizeram com que o farmacêutico fosse afastado do paciente, cabendo a ele somente a logística e administração dos estoques de medicamentos¹². O farmacêutico muitas vezes não é reconhecido como profissional de saúde pela própria população e seu distanciamento dessa se dá, muitas vezes, pela sua pouca inserção em equipes multiprofissionais de saúde e pela formação acadêmica, que é voltada para a logística e pouco prepara esse profissional para a área clínica.¹³

Porém, em dias atuais, a farmácia clínica ganha mais força com os vários programas de residência multiprofissional farmacêutica, que oferece ao farmacêutico mais vivência junto ao paciente. Essa aproximação proporciona maior conhecimento ao farmacêutico, para que possa contribuir cada vez mais com a terapêutica positiva do paciente.

A sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar definiu, em 1997, a Farmácia Clínica como " Unidade clínica, administrativa e econômica, dirigida por profissional Farmacêutico, ligada hierarquicamente, à direção do hospital integrada funcionalmente com as demais unidades de assistência ao paciente", essa definição já coloca o farmacêutico na assistência, integrando-o a equipe multiprofissional de saúde.¹⁴

Hepler e Strand publicaram, no final de década de 1980, alguns artigos que mostraram que a profissão farmacêutica necessitava de mudanças e, junto com outras publicações, deu-se início ao conceito de " Pharmaceutical Care" que posteriormente foi traduzido para o Português como Atenção Farmacêutica ^{15,12}.

No Brasil o termo Atenção Farmacêutica foi adotado após discussões de lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), Nesse momento a Atenção Farmacêutica foi definida no Brasil. ²

A Atenção Farmacêutica é o

"Conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população" ^{12,13,16}.

Em 2001, houve uma grande preocupação com a atuação da Atenção Farmacêutica no Brasil. Então um grupo composto por entidades e instituições constituiu o Grupo Gestor em Atenção Farmacêutica, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, uma das ações resultantes do grupo foi o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, que passou a nortear o profissional farmacêutico no campo de atuação. ¹⁵

Mesmo o profissional farmacêutico tendo uma base norteadora encontra dificuldades em seu caminho. Ainda existe uma crise de identidade desse profissional que cada vez mais vem buscando conhecimento e ferramenta para sua inserção na equipe de saúde, em sua formação há uma deficiência na prática em que pouco o prepara para os serviços prestados na Atenção Farmacêutica, essa deficiência faz com que o interesse econômico prevaleça sobre os interesses focados na saúde coletiva, fazendo com que a farmácia seja apenas vista como um estabelecimento comercial e uma das maiores dificuldades nesse campo é a maneira de mensuração dos resultados obtidos nas ações de nível coletivo. ¹³

Mesmo diante das dificuldades, a Atenção Farmacêutica é realizada em conjunto com outros profissionais da saúde, cujo o foco principal desse trabalho é identificar e resolver problemas reais relacionados aos medicamentos, bem como tentar evitar os problemas potenciais. Com esse trabalho o farmacêutico torna-se mais próximo da equipe de saúde sendo o maior beneficiário do paciente. ^{15,17}.

Durante o processo da Atenção Farmacêutica, torna-se imprescindível a integração dos farmacêuticos com os demais membros da equipe. Dentro da Unidade de Terapia Intensiva, essa integração favorece a troca de conhecimentos entre esses profissionais e complementam o tratamento do paciente. ¹⁸

2.2 Farmacovigilância

Farmacovigilância é toda atividade que visa obter, aplicando-se indicadores sistemáticos, os vínculos de causalidade provável entre medicamentos e reações adversas de uma população. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 definiu Farmacovigilância como "ciência e atividades relacionadas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou qualquer outro possível problema relacionado com o medicamento".¹⁹

Uma das principais causas de morte nos Estados Unidos são os eventos adversos a medicamentos que são preveníveis. Errar é inerente ao ser humano, por isso o monitoramento da ocorrência dessas reações é muito importante e deve ser feita pela equipe multiprofissional de saúde.^{4,20,21}

No Brasil, somente em 1999 houve a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com ela, veio a consolidação do Sistema Nacional de Farmacovigilância. Já em 2001 o Brasil passou a fazer parte do Programa Internacional de Monitorização de Medicamentos, grupo coordenado pela Uppsala Monitoring Centre (UMC) órgão internacional não governamental que recebe notificações do mundo inteiro e após análise das notificações sugere medidas administrativas para os medicamentos causadores das reações.^{19,22}

Através da farmacovigilância é possível conhecer os riscos e benefícios do fármaco, essa ferramenta ajuda na prescrição racional de medicamentos e melhorar sua eficácia terapêutica.¹⁹

Dentro da Unidade de Terapia Intensiva os pacientes internados apresentam quadro clínico grave, em situação de instabilidade fisiológica e hemodinâmica, por isso faz-se necessário o uso de uma grande variedade de medicamentos, na tentativa que ação sinérgica entre eles melhore o quadro clínico do paciente ou mesmo para tratar doenças coexistentes.^{16,23}

Essa situação torna-se favorável para que ocorra muitas interações medicamentosas, algumas de grande relevância clínica e são capazes de ocasionar as reações adversas a medicamentos e que são monitoradas pela farmacovigilância.¹⁶

Estudos realizados em 2004 demonstraram que estando o farmacêutico inserido na equipe multiprofissional de saúde houve queda significativa no número de erros de medicação e com a intervenção farmacêutica há eficácia na prevenção de quase 50% dos erros.^{16,19}

O farmacêutico, ao constatar a suspeita de reação adversa a medicamentos, após devidas providências junto à equipe de saúde, deve notificar essa suspeita junto a ANVISA, através de formulário específico, que irá analisar os dados, tendo o medicamento alguma irregularidade ou desvio da qualidade a ANVISA pode determinar a suspensão e recolhimento dos medicamentos em questão, esses dados podem ser enviados para a UMC que em nível mundial irá analisar os dados e recomendar sugestões administrativas para o medicamento.¹⁹

2.3 Medicamentos de Alta Vigilância

Uso de medicamentos é a intervenção mais comum no tratamento de pacientes no âmbito hospitalar, por isso também é a maior fonte de erros resultante em evento adverso. Esses eventos adversos aumentam a morbidade e a mortalidade, assim como os custos gerados por esses eventos. Porém, um grupo especial de medicamentos tem um potencial maior de causar danos ao paciente, são os Medicamentos de Alta Vigilância.⁴

Os medicamentos de Alta Vigilância são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização.^{4,24}

Os erros que ocorrem com esses medicamentos podem não ser os mais frequentes, porém suas consequências tendem a ser mais graves, e com potencial maior de ocasionar lesões permanentes ou até mesmo à morte.²⁴

A *Joint Comission*, órgão não governamental especializado em Acreditação Hospitalar, descreve os medicamentos de alta vigilância, ou como chamado pelo órgão também de alto-risco como aqueles “que têm o maior risco de causar danos quando utilizados de maneira incorreta”.

O Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos foi Fundado no Brasil a partir de iniciativas voluntárias de profissionais com experiência na promoção da saúde. A ideia surgiu em Março de 2006, na cidade de Belo Horizonte (MG), durante o I Fórum Internacional Sobre Segurança do paciente e erros de Medicação e se concretizou, por meio de registro formal, em março de 2009.⁴

Os objetivos do ISMP Brasil incluem-se compreender a epidemiologia dos erros de medicação, promover o uso seguro de medicamentos, disseminar informações práticas que auxiliem instituições e profissionais na prevenção desses eventos.⁴

O Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos (ISMP Brasil), periodicamente, divulga uma lista de medicamentos dividida com classe farmacológica e com alguns medicamentos específicos.

As Tabelas 1 e 2 mostram os medicamentos de alta vigilância por classe terapêutica.

2.4 Farmacoeconomia

Até o início da década de 80 existia uma grande preocupação com a terapia adequada para o paciente, nesse contexto sempre eram escolhidas as melhores opções farmacoterapêuticas que fossem seguras e eficazes, sem discussão de valores para tal tratamento.^{2,19}

Porém entre a década de 1970 e 1980, muitos pesquisadores de diversos países, começaram então a desenvolver estudos que comprovaram que os sistemas de saúde teriam, em poucos anos, muitos problemas financeiros, tanto no setor público, quanto no privado, foi então que se começou a pensar nos custos gerados pelos tratamentos. Na década de 1970, a farmacoeconomia ganhou a universidade de McGhan, Rowland e Bootman, essas universidades introduziram os conceitos de custo-benefício e custo-efetividade e no *Jornal of Hospital Pharmacy* no ano de 1978^{19,25}

Tabela 1: Medicamentos de alta Vigilância por Classe Terapêutica

Medicamentos Potencialmente Perigosos em Hospitais

Classes Terapêuticas

- Agonistas adrenérgicos intravenosos (ex. epinefrina, fenilefrina, norepinefrina)
- Anestésicos gerais, inalatórios e intravenosos (ex. propofol, cetamina)
- Antagonistas adrenérgicos intravenosos (ex. propranolol, metoprolol, labetalol)
- Antiarrítmicos intravenosos (ex. lidocaína, amiodarona)
- Antitrombóticos
 - Anticoagulantes (ex. heparina, varfarina, heparinas não fracionadas e de baixo peso molecular (ex. enoxaparina, dalteparina, nadroparina)
 - Inibidor do Fator Xa (ex. fondaparinux, rivaroxabana)
 - Inibidores diretos da trombina (ex. dabigatrana, lepirudina)
 - Trombolíticos (ex. alteplase, tenecteplase)
 - Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa (ex. eptifibatide, tirofibana)
- Bloqueadores neuromusculares (ex. suxametônio, rocurônio, pancurônio, vecurônio)
- Contrastes radiológicos intravenosos
- Hipoglicemiantes orais
- Inotrópicos intravenosos (ex. milrinona)
- Insulina subcutânea e intravenosa (em todas as formas de administração)
- Medicamentos administrados por via epidural ou intratecal
- Medicamentos na forma lipossomal (ex. anfotericina B lipossomal) e Convencionais (ex. anfotericina B deoxicolato)
- Analgésicos opióides intravenosos, transdérmicos, e de uso oral (incluindo líquidos concentrados e formulações de liberação imediata ou prolongada)
- Quimioterápicos de uso parenteral e oral
- Sedativos de uso oral de ação moderada, para crianças (ex. hidrato de cloral)
- Sedativos intravenosos de ação moderada (ex. dexmedetomidina, midazolam)
- Soluções cardioplégicas
- Soluções de diálise peritoneal e hemodiálise
- Soluções de nutrição parenteral

Fonte: <http://www.ismp-brasil.org/site/> consultado em 10/07/2014

Tabela 2: Medicamentos de alta Vigilância Medicamentos Específicos

Medicamentos Específicos

- Água estéril para inalação e irrigação em embalagens de 100mL ou volume superior
- Cloreto de potássio concentrado injetável
- Cloreto de sódio hipertônico injetável (concentração maior que 0,9%)
- Epoprostenol intravenoso
- Fosfato de potássio injetável
- Glicose hipertônica (concentração maior ou igual a 20%)
- Metotrexato de uso oral (uso não oncológico)
- Nitroprussiato de sódio injetável
- Oxitocina intravenosa
- Prometazina intravenosa
- Sulfato de magnésio injetável
- Tintura de ópio
- Vasopressina injetável

Fonte: <http://www.ismp-brasil.org/site/> consultado em 10/07/2014

2.4 Farmacoeconomia

Até o início da década de 80 existia uma grande preocupação com a terapia adequada para o paciente, nesse contexto sempre eram escolhidas as melhores opções farmacoterapêuticas que fossem seguras e eficazes, sem discussão de valores para tal tratamento.^{2,19}

Porém entre a década de 1970 e 1980, muitos pesquisadores de diversos países, começaram então a desenvolver estudos que comprovaram que os sistemas de saúde teriam, em poucos anos, muitos problemas financeiros, tanto no setor público, quanto no privado, foi então que se começou a pensar nos custos gerados pelos tratamentos. Na década de 1970, a farmacoeconomia ganhou a universidade de McGhan, Rowland e Bootman, essas universidades introduziram os conceitos de custo-benefício e custo-efetividade e no *Jornal of Hospital Pharmacy* no ano de 1978^{19,25}

Nesse contexto, surge então a ciência da farmacoeconomia, que tem como base ciências já existentes, como epidemiologia, economia, farmácia e também medicina.¹⁹

Estudos demonstram impacto positivo com a presença de um farmacêutico dentro da Unidade de Terapia Intensiva na redução de custos. Minimizar os erros de medicação e consequentemente as reações adversas, essas ações geram economia ao sistema de saúde.²

Para entendermos o papel do farmacêutico na prática clínica e como é feita a farmacoeconomia, devemos primeiramente entender o que são análises econômicas e quais são elas:

Análise de Minimização de Custos: A análise de minimização de custos é um tipo de análise farmacoeconômica que compara duas terapias alternativas somente em termos de custo, porque seus resultados, tanto de efetividade quanto de segurança devem se mostrar iguais. Essa análise mede e compara custos de insumos e pressupõe que os desfechos sejam equivalentes. Assim, os tipos de intervenções farmacêuticas por esse método são limitados.

Análise de Custo-efetividade : A Análise de Custo-efetividade, representa um dos métodos mais utilizados, pois permite medir os desfechos em unidades clínicas, habitualmente utilizados nos ensaios clínicos. As medidas de efetividade são expressas em termos do custo por unidade clínica de sucesso, tais como anos de vida ganhos, por mortes evitadas, por dias sem dor, entre outros. Os resultados são expressos por um quociente, em que o numerador é o custo e o denominador a efetividade (custo/efetividade).

Análise de Custo-Utilidade : A Análise de Custo-Utilidade o desfecho é medido pelo nível de satisfação do paciente. Neste tipo de análise, considera-se a relação entre os custos da intervenção e os seus benefícios medidos pela Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. É um tipo de análise de custo-efetividade em que os efeitos das tecnologias são medidos em anos de vida ajustados pela qualidade.

Análise de Custo-Benefício: É uma análise econômica em que tanto os custos das tecnologias comparadas quanto seus efeitos são valorizados em unidade monetária. Compara as intervenções de assistência à saúde com os benefícios oferecidos ao paciente, esses resultados são convertidos em valores monetários.

Após analisar a melhor intervenção a ser realizada, o farmacêutico clínico, junto a equipe multiprofissional de saúde, opta pela melhor conduta farmacoeconômica para cada paciente.

2.5 Acompanhamento Farmacoterapêutico

"É um componente da Atenção Farmacêutica e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, da prevenção e da resolução de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário. A promoção da saúde também é componente da Atenção Farmacêutica, e, ao fazer o acompanhamento, é imprescindível que se faça também essa promoção. Entende-se por resultado definido a cura, o controle ou retardamento de uma enfermidade, compreendendo os aspectos referentes à efetividade e segurança." ^{13,20}

A Intervenção farmacêutica " É um ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e aos profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico." ^{13,20}

É necessário transpor a visão que existe de que a farmácia é somente o local físico onde ocorre a dispensação de medicamentos, barreira essa que separa a farmácia, parte física, do paciente. É importante também lembrar que para que haja uma boa terapêutica e uso racional de medicamentos se faz necessário uma dispensação com qualidade e responsabilidade. ^{14,18}

O farmacêutico deve fazer parte das visitas multiprofissionais clínicas a beira do leito, como parte de prevenção e monitoramento de erros de medicação, inconsistência na prescrição, farmacoeconomia, interações medicamentosas e qualquer outra intervenção em benefício do paciente. ²²

As interações medicamentosas são comuns em pacientes da Unidade de terapia Intensiva já que fazem uso de polifarmácia, o que segundo MOURA (2007) nas das internações hospitalares esse percentual pode chegar a quase 70% por isso a avaliação farmacêutica das prescrições acrescenta benefícios podendo-se reconhecer a possibilidade de interações medicamentosas, sendo algumas de baixo risco e outras que necessitam de maior atenção da equipe de saúde, como exemplo desse último grupo existem os medicamentos de alta vigilância, que são perigosos se não respeitados os fatores como: dosagem, funções orgânicas e patologias do paciente. ^{23,26}

A maioria das intervenções realizadas por farmacêuticos , quase 82% , de um hospital de grande porte do Rio de Janeiro, estava diretamente relacionada unicamente com a prescrição médica. ²⁰

Nesse cenário torna-se totalmente importante o trabalho conjunto dos profissionais da saúde, em especial médico, enfermeiros e farmacêuticos para melhor discussão e manejo terapêutico do paciente, devendo levar em consideração o perfil de cada paciente, pois é comum que essas já possuam doenças de base ou mesmo alguma condição desenvolvida, no próprio hospital, que o limite ao uso de algumas drogas. ^{16,18,20}

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do farmacêutico dentro da Unidade de Terapia Intensiva ser uma prática recente, esse profissional se faz presente em muitas ocasiões dentro do hospital, como o acompanhamento do paciente a beira leito, podendo assim conhecer e suprir as necessidades, referente a serviços farmacêuticos, do paciente. Essa aproximação do farmacêutico com o paciente, permite a esse profissional uma atuação não apenas nas funções logísticas e administrativas da farmácia hospitalar, ele passar a ser visto como parte integrante e atuante na equipe multiprofissional de saúde.

A atuação do farmacêutico dentro da Unidade de Terapia Intensiva, tem demonstrado resultados positivos no que se refere a problemas relacionados ao medicamento, interações medicamentosas, farmacoeconomia e orientações seja para os profissionais de saúde e para os paciente e seus familiares. Todo o trabalho do farmacêutico dentro dessa equipe multiprofissional reflete diretamente na melhor clinica e bem estar do paciente.

REFERÊNCIAS

- (1) POSSAMAI, F. P.; DACOREGGIO, M. S. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de Atenção Farmacêutica, Rio de Janeiro, v.5, n.3, 2007.
- (2) ROSSIGNOLI, P.S., GUARIDO, C.F; CESTARI, I.M. Ocorrência de Interações Medicamentosas em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação de prescrições médicas. **Revista Brasileira de Farmácia**, São Paulo, v.87, n.4, p.104-107, 2006.
- (3) GOMES, C. A. P. A Assistência Farmacêutica no Brasil: Análise e Perspectiva 2007. Disponível em: < http://www1.cgee.org.br/arquivos/rhf_pl_af_carlos_gomes.pdf . Acesso em: 14 Set. 2013.
- (4) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI SÃO THIAGO. <http://www.hu.ufsc.br/uti/paciente.html> consultado em 18/05/2014
- (5) Universidade Estadual do Maranhão , Centro de Estudos Superiores de Itapecuru-mirim CESIM , Curso Enfermagem , UTI – Passado, Presente e Futuro. , Itapecuru-mirim , 2010
- (6) NOGUEIRA, L. S. , SOUSA, R. M. C. , PADILHA, K. G. , KOIKE, K. M. . Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. Texto contexto – enferm, vol. 21, n. 1, p. 59-67, 2012.
- (7) GONÇAVES, R. M., PONTES, E. P., Estudo de taxa de ocupação de leitos de UTI do Estado de Minas Gerais, Centro de Convenções Ulysses Guimarães , Brasília/DF – 4, 5 e 6 de junho de 2012
- (8) FERREIRA, D. , Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Disponível em <http://www.medicinaintensiva.com.br/hystory.htm>, consultado em 15/05/2014

- (9) BIONDI, R. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Disponível em <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/florence-nightingale-e-a-historia-da-medicina-intensiva>, consultado dia 18/05/ 2014
- (10) RIBEIRO, C. G.; SILVA, C.V.N.S.; MIRANDA, M.M. O paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão da literatura. *Rev. Min. Enf. Minas Gerais*, 2005, out/dez; 9(4):371 – 377
- (11) ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada- RDC nº 7, 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf>, Acessado em: 22/07/2014.
- (12) PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.44, n.4, Out/Dez., 2008
- (13) **CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, PROPOSTA**. Brasília, 2002.
- (14) ALVES, N.M.C. Farmacêutico Intensivista: um novo profissional na UTI. 2012. 27f. Tese (Mestrado profissionalizante em terapia intensiva) – **Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva- SOBRATI**, João Pessoa.
- (15) CASTRO, M. S.; CHEMELLO C.; PILGER, D. et.al. Contribuição da Atenção Farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. **Revista brasileira de Hipertensão**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 198-202, 2006.
- (16) AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ ANVISA <http://www.anvisa.gov.br/> -consultado dia 30/09/2013 as 09:00
- (17) ANACLETO, T.A.; ROSA, M.B.; NEIVA, H.M.; MARTINS, M.A.P. (Org.). **Comissão de Farmácia Hospitalar do Conselho Federal de Farmácia: Erros de Medicação**. Brasil, 2010. 24 p.
- (18) PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. A interação entre prescritores, dispensadores e paciente: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v.16, n.3, p.815-82,2 jul/set. 2000.
- (19) POLOWOC , B.M. **Farmácia Clínica e Atenção farmacêutica**; 2edição. Editora Manole, 2007
- (20) NUNES, P.H.C; PEREIRA, B.M.G; NOMINATO, J.C.S. et. Al. Intervenção Farmacêutica e prevenção de eventos adversos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v.44, n.4, out/dez. 2008.
- (21) HAMMES, J.A; PFUETZENREITER,F.; SILVEIRA, F. et.al. Prevalência de potenciais interações medicamentosas droga-droga em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Santa Catarina, v.20, n.4, p.349-354, mai/nov. 2008.

(22) ALMEIDA, S.M.; GAMA, C.S.; AKAMINE, N. Prevalência e classificação de interações entre medicamentos dispensados para pacientes em terapia intensiva. **Hospital Israelita Albert Einstein**, São Paulo, v.5, n.4, p.347-351, jul/nov.2007.

(23) MOURA, C.S; RIBEIRO, A.Q.; MAGALHÃES, S.M.S.. Avaliação de Interações Medicamentosas Potenciais em Prescrições Médica do Hospital das Clínica da Universidade Federal de Minas geraia (Brasil). **Latin American Journal of Pharmacy**, 2007, p.596-601.

(24) <http://www.ismp-brasil.org/site/>, INSTITUTO PARA PRATICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS. Consultado em 10/07/2014

(25) TONON, M.T., TOMO T.T., SECOLI, S.R. Farmacoeconomia: análise de uma perspectiva inovadora na prática clínica da enfermeira. Texto contexto Enfermagem. vol.17 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2008

(26) ROSA, M.B; PERINI, E.; ANACLETO, T.Z. et.al. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. **Revista de Saúde Publica**, Minas Gerais, v.43, n.3, p.490-498, 2008.