

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
CCBS - CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA

BRUNA CAROLINA PETRY HOFFMANN

**Sintomas Psicossociais, Tratamento e Adesão em Retocolite
Ulcerativa.**

São Paulo

2018

BRUNA CAROLINA PETRY HOFFMANN

**Sintomas Psicossociais, Tratamento e Adesão em Retocolite
Ulcerativa.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Farmácia da Universidade Presbiteriana Mackenzie sob orientação do Prof. Dr. Eder de Carvalho Pincinato, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

São Paulo

2018

BRUNA CAROLINA PETRY HOFFMANN

**Sintomas Psicossociais, Tratamento e Adesão em
Retocolite Ulcerativa.**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à
Universidade Presbiteriana Mackenzie como
requisito parcial à obtenção do grau Bacharel em
Farmácia.

Orientador: Prof Dr. Eder de Carvalho Pincinato

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof Dr. Eder de Carvalho Pincinato - Orientador
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof (a) Esp. Margarete Akemi Kishi
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof. Dr. Roberto Rodrigues Ribeiro
Universidade Presbiteriana Mackenzie

AGRADECIMENTOS

Agradeço á minha mãe Deise Hoffmann que me proporcionou a melhor educação e lutou para que eu estivesse concluindo mais essa etapa da minha vida. Sei o quanto você se doou – trabalhando duro como professora - para a realização desse sonho, sem você nada disso seria possível, foi você quem me proporcionou o melhor até hoje e espero retribuí-lo um dia. Este sonho e realização do mesmo são tanto meu quanto seu, obrigado por tanto.

Ao meu pai, Inácio Hoffmann que ao longo desses anos sempre me incentivou, me apoiou e me proporcionou segurança para que eu continuasse confiante. Com seu apoio, força e amor incondicional. Sem você, sua paciência, amor e carinho, nada disso seria possível e que me deu mais coragem para continuar.

Á minha irmã, Thais Hoffmann que tanto amo e admiro, que me incentivou desde o início – no qual correu junto comigo a consolação para que eu não perdesse o vestibular - como se estivesse fazendo a faculdade junto comigo e a encará-la da melhor maneira possível, me levando para distrair nos momentos de desesperos e me apoiar nas horas de estudos no qual me escutava e incentivava, acredito que sem ela o caminho seria mais difícil do que foi.

Á minha Vó Lucila (in memoriam), por ter disponibilizado a casa dela para que eu pudesse ter aulas particulares de física, no qual interrompia a todo o momento para nos oferecer lanchinhos. Sem ela, física não teria sido a mesma coisa e a minha vida não teria sido a mesma sem ela, saudades.

Sou grato a todos os professores que contribuíram com a minha trajetória acadêmica, especialmente ao Professor Eder Carvalho, responsável pela orientação do meu projeto. Obrigado por esclarecer tantas dúvidas e ser tão atencioso e paciente.

Dedico esse trabalho á minha Nossa Senhora Aparecida, que foi minha maior força nos momentos difíceis.

*“O sucesso é a soma de
pequenos esforços repetidos dia
após dia.” (Robert Collier)*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	12
2. OBJETIVOS	14
3 METODOLOGIA.....	15
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4.1 Retocolite Ulcerativa	16
4.2 Etiologia e patogenia da retocolite ulcerativa.....	20
4.3. Aspectos Psicossociais.....	19
4.4. Tratamento não medicamentoso	23
4.5 Tratamento medicamentoso	25
4.6 Terapêuticas nos idosos	31
4.7 Terapêuticas nas grávidas e aleitamento	31
4.8 Crianças e Adolescentes.....	31
4.9 Mulher.....	31
4.10 Tabagismo.....	32
5. Cuidados farmacêuticos	33
5.1 Papel do farmacêutico e sua intervenção.....	32
5.2 Atenção Farmacêutica na RCU.....	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

RESUMO

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) é uma denominação genérica utilizada para descrever um conjunto de doenças que afetam o trato gastrointestinal através do desencadeamento de uma cascata de reações inflamatórias que culminam em uma resposta imunitária exacerbada. Os principais objetivos do tratamento da doença de Crohn (DC) e da retocolite ulcerativa idiopática (RCU) são o controle dos sintomas, o equilíbrio nutricional, a melhora da qualidade de vida e mais recentemente o conceito de remissão endoscópica com cicatrização da mucosa. Porém, a terapêutica da DII pode tornar-se complexa, principalmente com o surgimento das novas estratégias terapêuticas, por isso é imprescindível um maior acompanhamento destes pacientes de modo a garantir a eficácia e segurança do tratamento e uma otimização da adesão à terapêutica. Desta forma, este trabalho tem por objetivo realizar um levantamento bibliográfico com o intuito de informar sobre os mecanismos fisiopatológicos da doença, assim como os tratamentos indicados para correta orientação e acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes. De acordo com a análise dos artigos selecionados, observou-se que os medicamentos atuam no bloqueio ou ativação de diferentes células, receptores e mediadores participantes da cascata inflamatória visando à interrupção da inflamação e a remissão da doença. O tratamento convencional se baseia no acréscimo de drogas cada vez mais potentes, porém com mais possibilidades de eventos adversos, conforme a resposta insuficiente na etapa anterior. Os eventos adversos das medicações e a necessidade de um tratamento contínuo mesmo em indivíduos assintomáticos devem ser pontos bem esclarecidos para garantir a adesão adequada ao tratamento proposto. Deste modo, o farmacêutico adquire um papel principal no desempenho destas funções, tornando-se no profissional de saúde com mais habilidades para acompanhar, gerir e responsabilizar-se pela terapêutica dos pacientes com DII.

Palavras – chave: Retocolite Ulcerativa, aspectos psicossociais, tratamento medicamentoso, adesão e atenção farmacêutica.

ABSTRACT

Inflammatory Bowel Disease (IBD) is a generic term used to describe a set of pathologies that affect the gastrointestinal tract by triggering a cascade of inflammatory reactions that culminate in an exacerbated immune response. The main objectives of the treatment of Crohn's disease (CD) and idiopathic ulcerative colitis (RCU) are the control of symptoms, nutritional balance, improvement of quality of life and, more recently, the concept of endoscopic remission with mucosal healing. The drugs act in the blockade or activation of different cells, receptors and mediators participating in the inflammatory cascade aiming at the interruption of inflammation and the remission of the disease. Conventional treatment is based on the addition of increasingly potent drugs, but with more possibilities of side effects, according to the insufficient response in the previous stage. The side effects of medications and the need for continued treatment even in asymptomatic individuals should be clarified points to ensure adequate adherence to the proposed treatment. The treatment of IBD can become complex, especially with the emergence of new therapeutic strategies, so it is essential to follow these patients more closely in order to guarantee the efficacy and safety of treatment and optimization of adherence to therapy. In this way, the pharmacist plays a major role in the performance of these functions, becoming the health professional with more capabilities to monitor, manage and take responsibility for the treatment of patients with IBD.

Palavras – chave: Ulcerative colitis, psychosocial aspects, drug treatment, adherence and pharmaceutical care.

LISTA DE ABREVIÇÕES

5-ASA: ÁCIDO 5-AMINOSSALICÍLICO

DII: DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

TNF-ALFA: FATOR DE NECROSE TUMORAL ALFA

RCU: RETOCOLITE ULCERATIVA

DC: DOENÇA DE CROHN

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização das inflamações na RCU e sua perspectiva denominação. ..	16
Figura 2: Fluxograma de Tratamento da Retocolite Ulcerativa Sulfassalazina, Mesalazina, Hidrocortisona, Prednisona,	27
Figura 3: Fatores que influenciam na adesão (MACHADO, 2008).....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Diferenciação entre a Doença de Crohn e Retocolite ulcerativa	17
Tabela 2: Classificação da retocolite ulcerativa (RCU) quanto á extensão anatômica da inflamação	17
Tabela 3: Classificação da retocolite ulcerativa inespecífica (RCU) quanto à gravidade do surto agudo.....	18
Tabela 4: Principais manifestações extraintestinais da doença inflamatória intestinal, sua frequência e relação com atividade da doença. RCU = retocolite ulcerativa inespecífica; CEP = colangite esclerosante primária; + = relação com atividade inflamatória da doença; - = sem relação com atividade da doença	19
Tabela 5: Principais classes medicamentosas para o tratamento das doenças inflamatórias intestinais.....	30
Tabela 6: Benefícios do aconselhamento ao paciente	40
Tabela 7: Características sociais dos pacientes.	42

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As doenças inflamatórias intestinais podem acometer a maioria das pessoas e representam sérios problemas de saúde, pois atingem preferencialmente pessoas jovens e muitas vezes de forma bastante grave. Trabalhos retrospectivos sobre a epidemiologia das doenças inflamatórias intestinais, sobretudo a partir de 1980, mostram que está havendo, atualmente, uma tendência mundial para o aumento de sua incidência (SOUZA et al., 2002).

Segundo Lanna et al. (2006), na conceituação mais ampla, a doença inflamatória intestinal corresponde a qualquer processo inflamatório envolvendo o trato gastrointestinal, seja agudo ou crônico. Dentre as principais formas, encontram-se a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa inespecífica (RCU), que, apesar de serem doenças distintas, compartilham aspectos clínicos, epidemiológicos e, possivelmente, fatores etiológicos comuns. O curso clínico, cujas manifestações principais são diarreia, dor abdominal e sangramento retal, caracterizam-se por períodos de remissão e exacerbação que podem ser acompanhados de complicações dos mais diversos tipos (DROSSMAN; DOUGLAS, 1998).

Como consequência da natureza e da sintomatologia da retocolite ulcerativa, Knutson, Greenberg e Cronau (2003) argumentam que ela pode criar um impacto negativo na auto-imagem, prejudicando as relações familiares e amigáveis. Esses autores sugerem que o tratamento não deveria focalizar apenas os sintomas físicos da doença, mas também incluir atenção a fatores psicológicos, que, se medidos por ferramentas apropriadas, podem sugerir novas modalidades de tratamento.

Por outro lado, há, na literatura, relatos de que os pacientes que sofrem de doenças crônicas apresentam maior dificuldade de solicitarem auxílio e de terem consciência de suas emoções, o que se reflete, entre outras coisas, na possibilidade de expressá-las verbalmente. Ademais, tendem a se referir às emoções de um modo fácil e apresentam, também, um estilo de raciocínio concreto e objetivo, voltado para a realidade externa (TAYLOR; BAGBY, 2004).

Além disso, nas doenças crônicas cujo tratamento demanda o uso contínuo de medicamentos para maior eficácia da terapêutica, é de extrema importância haver adesão do paciente ao regime medicamentoso prescrito. A adesão pode ser conceituada como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde (HAYNES, TAYLOR, SACKETT, 1981; WHO, 2003; OSTENBERG, BLASCHKE, 2005).

O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, constituindo-se em problema relevante, que pode trazer consequências pessoais, sociais e econômicas inadequadas (MARINKER, SHAW, 2003).

A adesão à terapêutica é um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente. Estes fatores, que podem determinar o comportamento da pessoa em relação às recomendações referentes ao tratamento de sua doença, estão relacionados às condições demográficas e sociais do paciente, à natureza da doença, às características da terapêutica, ao relacionamento do paciente com os profissionais de saúde, bem como a características outras, intrínsecas ao próprio paciente (VERMEIRE *et al* 2003).

Por fim, Biondo-Simões *et al* (2003), afirma que as opções terapêuticas convencionais para a RCU são limitadas tanto pela inabilidade em manter a remissão clínica da doença, como pelos efeitos colaterais.

Portanto, é de grande importância o conhecimento da fisiopatologia da doença, assim como seus tratamentos convencionais e atuais por parte do farmacêutico para que este profissional possa aumentar a adesão do paciente à terapia medicamentosa, a fim de melhorar o prognóstico da doença.

2. OBJETIVOS

2.2 Objetivo Geral

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre os aspectos psicossociais e o tratamento da retocolite ulcerativa e a visão, atenção e assistência do farmacêutico, bem como o seu acompanhamento do processo e sua atuação no meio de pacientes com Retocolite Ulcerativa.

2.3 Os objetivos específicos deste trabalho foram:

- Conceituar as doenças inflamatórias intestinais;
- Descrever sobre os aspectos psicossociais relacionados a estas doenças;
- Apresentar os principais medicamentos utilizados no tratamento durante e depois da retocolite;
- Discorrer sobre os benefícios e desvantagens do uso dos medicamentos

3 METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado através de uma revisão bibliográfica usando como base de pesquisa online as plataformas Scielo, PubMed e arquivos publicados pela ABCD - Associação brasileira de colite ulcerativa e doença de Crohn Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento de retocolite ulcerativa. O levantamento de dados foi realizado de 05/06/2018 a 31/10/2018.

Para a pesquisa de artigos internacionais, utilizou-se os seguintes marcadores booleanos: *Prevalence of non-adherence with maintenance mesalazine in ulcerative retocolitis*, *Cortisone in ulcerative colitis: final report on a therapeutic Trial*, *Prevalence of non-adherence with maintenance the drugs ulcerative colitis*.

Os marcadores booleanos para pesquisa de artigos nacionais foram: Prevalência de não adesão com manutenção de mesalazina em retocolite ulcerativa, Cortisona em colite ulcerativa: relato final de um ensaio terapêutico, Prevalência de não adesão com manutenção de medicamentos em retocolite ulcerativa.

No total, 50 artigos e arquivos foram objeto de análise em um primeiro momento, passando-se a leitura crítica dos títulos e resumos, o número foi reduzido para 30 artigos. Após a leitura crítica, 15 artigos foram selecionados como fonte de dados para o presente trabalho.

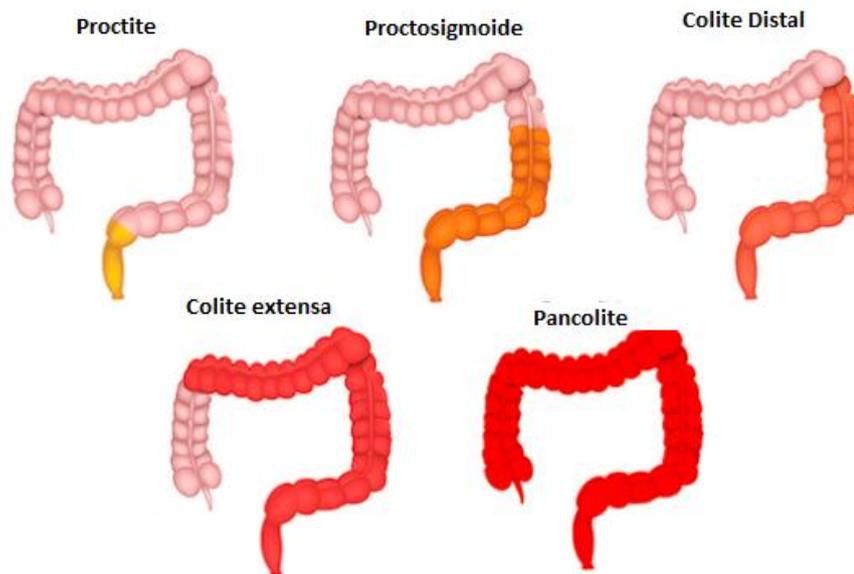
Escolha dos artigos		
Primeira análise	Leitura Critica	Leitura para base de dados
Utilizado processo de distinção das partes de um todo, com o objetivo de compreendê-lo melhor. Ou seja, estudo detalhado sobre a RCU.	Artigos escolhidos para sintetizar as ideias principais do estudo	Artigos usados para acrescentar uma nova conclusão sobre o assunto e obter mais informações para definir a base do trabalho.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Retocolite Ulcerativa

Segundo Biondo-Simões *et al* (2003), a retocolite ulcerativa consiste em uma inflamação idiopática que envolve a mucosa do cólon e do reto, resultando em friabilidade difusa e erosões com sangramento. Pode, em 60 a 70% dos pacientes, ser limitada ao reto ou ao retossigmoide. Em 15 a 25% dos pacientes vai além do sigmóide, não atingindo o cólon em toda a sua extensão e em uma minoria, não mais do que 15%, atinge todo o cólon (figura 1).

Figura 1: Localização das inflamações na RCU e sua perspectiva denominação.



Fonte: Adaptado de <https://www.ibdrelief.com/learn/what-is-ibd/what-is-ulcerative-colitis>

Tabela 1: Diferenciação entre a Doença de Crohn e Retocolite ulcerativa

Doença de Crohn	Retocolite ulcerativa
O intestino delgado está envolvido em 80% dos casos	A doença está confinada ao cólon
O retossigmóide é frequentemente poupado; o envolvimento colônico é geralmente do lado direito	O retossigmóide encontra-se invariavelmente envolvido; o envolvimento colônico é geralmente do lado esquerdo
O sangramento retal macroscópico encontra-se ausente em 15 – 25% dos casos	O sangramento retal macroscópico encontra-se sempre presente
Fístula, massas e desenvolvimento de abscessos são comuns	Não ocorrem fístulas
As lesões perianais são importantes em 25 – 35%	Nunca ocorrem lesões perianais importantes
Ao raio X, a parede intestinal é afetada assimetricamente e em segmentos, com “áreas de salto” entre segmentos doentes	A parede intestinal é afetada simétrica e ininterruptamente, a partir do reto proximalmente
A aparência endoscópica é macular, com ulcerações isoladas separadas por segmentos de mucosa de aparência normal	A inflamação é uniforme e difusa
A inflamação e a formação de fissuras microscópicas se estendem transmuralmente; as lesões têm frequentemente uma distribuição altamente focal	A inflamação é confinada à mucosa, exceto nos casos graves
Granulomas epitelióides (semelhantes a sarcóides) são detectados na parede intestinal ou nos linfonodos em 25 – 50% dos casos (patognomônicos)	Não ocorrem granulomas epiteliais típicos

Fonte: Distúrbios Gastrointestinais - Merck

Tabela 2: Classificação da retocolite ulcerativa (RCU) quanto à extensão anatômica da inflamação

RCU distal (60% a 70%)	Proctite – inflamação da mucosa retal até 15cm da linha denteada
	Proctosigmoide – inflamação da mucosa até 25-30 cm da linha denteada
RCU hemicólon esquerdo (15% a 25%)	Inflamação da mucosa até a flexura esplênica (eventualmente, até o colón transverso distal)
RCU extensa (15%)	Inflamação da mucosa estendendo-se da flexura hepática

Fonte: Grupo editorial; MOREIRA, JUNIOR

Os principais sintomas são: diarreia, enterorragia, tenesmo, eliminação de muco e dor abdominal tipo cólica. A doença é caracterizada por períodos de recidiva sintomática e remissões e os sintomas, em geral, permanecem por semanas e até meses. Além disso, há intensa correlação da gravidade com a extensão da doença. Existem manifestações extra-intestinais em aproximadamente 25% dos pacientes, incluindo o eritema nodoso, a epiesclerite e a artrite não deformante oligoarticular, entre outros (tabela 3).

A etiologia da RCU é desconhecida. Diversas teorias foram propostas, incluindo-se as genéticas, psicossomáticas e imunológicas. No entanto, até os dias atuais, nenhuma foi efetivamente comprovada. (BOCKUS, 1966; CELLO & MEYER, 1981; MORAES FILHO E BETTARELLO, 1988).

Os maiores inconvenientes na investigação desta enfermidade decorrem, principalmente, da falta de presença espontânea em outros indivíduos com a patologia para estudo. A presença de remissões espontâneas inexplicáveis contribui, também, para o fracasso experimental na investigação clínica (BOCKUS, 1966).

A RCU pode ser classificada quanto à extensão anatômica da inflamação (tabela 1) e também quanto à gravidade do surto agudo (tabela 2).

Tabela 3: Classificação da retocolite ulcerativa inespecífica (RCU) quanto à gravidade do surto agudo

	Leve	Moderada	Grave
1. Número de evacuações/dia	≤ 4	5	≥6
2. Sangue vivo nas fezes	±	+	++
3. Temperatura (°C)	Normal	Valores intermediários	Temp. média noturna > 37,5° C ou ≥ 37,8° C em 2 dias, dentro de 4 dias
4. Pulso (bpm)	Normal	Intermediário	> 90 bpm
5. Hemoglobina (g/dL)	> 10,5	Intermediária	≤ 10,5
6. VHS* (mm,1. ^a hora)	≤30	Intermediária	> 30

VHS = velocidade de hemossedimentação

Fonte: Truelove & Witts

Tabela 4: Principais manifestações extraintestinais da doença inflamatória intestinal, sua frequência e relação com atividade da doença. RCU = retocolite ulcerativa inespecífica; CEP = colangite esclerosante primária; + = relação com atividade inflamatória da doença; - = sem relação com atividade da doença

MANIFESTAÇÕES	RCUI	CROHN	RELAÇÃO COM ATIVIDADE DA DOENÇA
Reumatológicas			
• Artralgia/artrite	6 – 30%	15 – 35%	+
• Sacroileíte	5 – 15%		-
• Espondilite anquilosante	1 – 6%		-
Dermatológicas			
• Aftas orais	4 – 25%	10 – 30%	+
• Eritema nodoso	2 – 5%	até 15%	+
• Pioderma gangrenoso	1 – 5%	1 – 2%	+ ou -
Oftálmicas			
• Episclerite	2 – 4%		+
• Uveíte	0,5 – 3,5%		+ ou -
Hepatobiliares			
• CEP	2 – 8%	1 – 2%	+ ou -
• Colelitíase	—	15 – 30%	-
Nefrológicas			
• Nefrolitíase	2 – 5%	5 – 20%	-
• Amiloidose	rara (1%)		-

Fonte: GEDII, 2010

4.2 Etiologia e patogenia da retocolite ulcerativa

A causa da RCU não é totalmente conhecida, havendo várias propostas de explicação forçando a atenção em três teorias principais: susceptibilidade genética; agentes infecciosos aliados a desencadeantes ambientais como o estresse e distúrbios da regulação imune, com ênfase na resposta auto-imune (GLICKMAN, 1998; BALDIN, 2005).

No entanto, parece que todas as teorias estão implicadas, sendo que nenhum fator isolado é o causal. Preconiza-se que indivíduos com predisposição genética ao interagirem com fatores como medo, ansiedade e depressão; prováveis gatilhos da doença desencadeiem uma resposta imunológica descontrolada originando um processo inflamatório crônico intestinal (KANDICE, 2002; ZALTMAN, 2007).

A causa da perda do equilíbrio do intestino, entre os fatores que ativam o sistema imune do hospedeiro, que mantém a integridade da mucosa e que sub-regulam a inflamação, permanece inexplicada. Apesar de pesquisas revelarem muitos paralelos, a doença é designada idiopática (COTRAN, et al.,1999). As tentativas de implicar um agente viral ou bacteriano produziram resultados inconsistentes, estudos familiares disponíveis não sugerem modalidade de transmissão genética e os estudos da distribuição HLA (Sistema Antígeno Leucocitário Humano) nos pacientes com RCU não demonstram um padrão consistente. Entretanto, as anormalidades encontradas não são vistas exclusivamente nos pacientes com RCU, indicando que essas alterações também não são um pré-requisito para o surgimento da doença. Portanto, é possível que as características imunes sejam o resultado, e não a causa, do dano mucoso (RUBIN, 2006; BENETTON et al., 2007; ELIA et al, 2007).

4.3. Aspectos Psicossociais

A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença crônica inflamatória intestinal difusa que, inicialmente, acomete o reto, podendo evoluir para o intestino grosso (PIMENTA, 2008; ROCHA, 2000).

Trata-se de uma condição inflamatória da mucosa, sendo a diarreia seu principal sintoma e presente na maioria dos casos (ROCHA, 2000).

A RCU provoca sintomas que interferem na qualidade de vida do indivíduo. Esta situação estressante gera irritabilidade e angústia e pode instalar, na maioria dos casos, um quadro de depressão (PIMENTA, 2008).

Alguns estudos no Brasil e no mundo discutem a definição do termo de qualidade de vida, que pode ser confundido com estilo de vida, condições de vida e situações de vida, e os instrumentos mais adequados para sua avaliação. Embora existam intensas discussões sobre o assunto, a definição de qualidade de vida ainda não é consensual. Compreende-se que, qualidade de vida diferencia-se do estado de saúde por meio de três dimensões principais: saúde mental, função física e função social. Para o estado de saúde, o fator mais importante é a função física. Ao falar-se de qualidade de vida torna-se importante também a saúde mental e o bem-estar psicológico e social. Sendo assim, instrumentos diferentes devem ser utilizados para a avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde (PIMENTA, 2008; ROCHA, 2000).

Desta forma, a qualidade de vida está associada à autoestima e ao bem-estar pessoal, incluindo capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade ao estilo de vida, associando satisfação com emprego e ou atividades diárias desenvolvidas e o ambiente em que vive (GOMBOSKI, 2010; KIMURA, 2014).

Nestes aspectos, nota-se que para se ter qualidade de vida é importante que as pessoas se sintam satisfeitas em vários pontos, destacando aqueles essenciais em sua vida. Manter a integridade do ser humano é algo muito importante para que o indivíduo se sinta bem consigo e com os outros. Quando há quebra dessa integridade, como exemplo na doença inflamatória intestinal, problemas de ordem física, psicológica e social podem aparecer (MAHJOURI et al, 2014; KIMURA, 2014).

Existem muitos trabalhos que enfatizam as alterações psicológicas e psiquiátricas nos pacientes acometidos com retocolite ulcerativa.

A associação entre ansiedade e crises de diarreias começou a ser citada nos textos médicos como "diarreia nervosa", a partir da primeira metade do século XIX (SULLIVAN, 1936).

Segundo Prasko, Jelenova e Mihal (2010), altos níveis de depressão, comportamento de inibição e instabilidade emocional são típicos entre pessoas com doença crônica específica e inespecífica do trato gastrointestinal, considerando os sintomas e manifestações de doença. No que concerne aos pacientes com RCU, estes manifestam maiores índices de depressão e de ansiedade, comparativamente à população sem a doença, o que afeta de modo significativo a sua qualidade de vida (FIEST et AL, 2014). Na RCU, a depressão tem sido associada a recaídas frequentes, bem como uma maior recorrência aos serviços médicos (FIEST et al., 2016).

Dependendo da gravidade, a doença crônica é uma condição incapacitante que requer longo tempo de cuidado, ação contínua e concomitante de prevenção primária e secundária e, de acesso aos serviços de reabilitação. As pessoas acometidas por doenças crônicas sofrem mudanças em seu estilo de vida e, muitas vezes, perdas importantes, sejam elas nas esferas social, econômica e pessoal. O processo de cura é muito lento ou inexistente, gerando incapacidade residual e frequentes recorrências da doença. Desta maneira um paciente com doença crônica vive em situação constante de ansiedade, pois se preocupa com a possibilidade da evolução negativa, atrelada à sua doença. (COSTA, 2009)

A RCU provoca sintomas que interferem na qualidade de vida do indivíduo. Esta situação estressante gera irritabilidade e angústia e pode instalar, na maioria dos casos, um quadro de depressão. (SERAFIM, 2009).

A tristeza e o pesar são sentimentos normais para uma pessoa que obteve conhecimento de uma doença crônica, pois questões como resposta ao tratamento, tempo de sobrevida e índice de cura causam ansiedade e são fatores estressantes entre os portadores de determinadas patologias. Isto causa aumento do risco de depressão em pacientes internados nas clínicas não psiquiátricas. A depressão secundária, ou seja, aquela decorrente de alterações fisiológicas de outras doenças com frequência está presente em pacientes com doenças crônicas, mas é,

geralmente, subdiagnosticada, já que seus sintomas depressivos podem ser confundidos com os apresentados em alguma doença crônica debilitante (SERAFIM, 2009).

Segundo Medeiros, 2010 o tratamento da RCU deve basear-se na natureza e gravidade dos sintomas, no grau de perturbação fisiológica e comprometimento funcional e nas características das alterações psicossociais. A estratégia terapêutica atual vai depender da natureza e intensidade dos sintomas, do grau de comprometimento funcional e de fatores psicossociais envolvidos. Desse modo, a maneira mais adequada de tratar o paciente é por meio de abordagem ampla e integral, individualizada, tentando identificar os fatores desencadeantes ou agravantes da sintomatologia, inerentes a cada paciente. O encaminhamento ao psiquiatra não deve ser retardado nos casos indicados.

4.4. Tratamento não medicamentoso

O tratamento deve começar pelo diagnóstico preciso. Para FATURI JL *et al.* (2003), este depende do conjunto da história clínica, dos achados de exame físico, endoscópico, radiológico e histológico, assim como dos exames laboratoriais.

Os pacientes com RCU apresentam um maior risco de nutrição inadequada e deficiência nutricional, pois as características da DII conduzem à falta de apetite, diminuição da ingestão de nutrientes e alteração do seu metabolismo, nomeadamente a absorção. A má nutrição pode conduzir a insuficiência no crescimento, perda de peso, redução da massa muscular e doenças dos ossos. Nos adultos é muito frequente a deficiência de micronutrientes incluindo vitaminas e minerais como cálcio e ferro. Esta deficiência pode ser justificada não só pela extensão da doença, com envolvimento dos locais de absorção, mas também pelo fato dos pacientes frequentemente excluírem da sua dieta habitual alimentos como o leite, cereais, frutos e legumes. Em contrapartida, a deficiência de macronutrientes é um problema clinicamente mais relevante nas crianças e adolescentes com RCU. Não existe uma dieta ou plano alimentar específico para a RCU, as recomendações alimentares têm de ser adaptadas a cada doente de acordo com a zona específica do trato gastrointestinal que está afetada, com os sintomas do doente e as suas

necessidades nutricionais (BIONDO-SIMÕES MLP et. al 2003). manejo da DII, incluindo a RCU, vai depender da gravidade, da extensão e do local envolvido. (BIONDO-SIMÕES MLP et. al 2003).

Até 60-70% dos pacientes internados por RCU apresentam algum déficit nutricional. Esses valores caem para até 40-50% na RCU, quando consideramos pacientes ambulatoriais. A via preferencial deve ser a enteral, ficando a nutrição parenteral reservada para os casos em que o paciente não pode receber a dieta enteral (ex.: obstrução intestinal). Dietas poliméricas (proteínas íntegras), oligoméricas (peptídeos) ou monoméricas (aminoácidos) são igualmente eficazes. A terapia nutricional enteral, em adultos, é inferior ao tratamento com corticoide na fase aguda e deve ser usada como medida adjuvante, no pré e no pós-operatório, podendo ser considerada em casos refratários de DII. Em crianças e adolescentes, a terapia nutricional exclusiva pode ser usada como medida primária no tratamento da RCU evitando-se assim o uso de corticóides.

Ainda assim, é preferível manter uma alimentação diversificada. Contudo, é importante identificar os pacientes que se encontram desnutridos com o objetivo de estabelecer uma intervenção nutricional. A intervenção foca-se na maximização do estado nutricional, manutenção da ingestão adequada e eliminação ou evitar alimentos que possam causar exacerbação dos sintomas. Existem algumas dietas que podem ser recomendadas, particularmente uma dieta com baixo teor de sal em pacientes com corticoterapia ou com baixo teor em fibras para evitar a estimulação dos movimentos peristálticos. As dietas de exclusão podem ser aconselhadas desde que justificadas, pois podem levar a um agravamento da deficiência de micronutrientes, por exemplo a eliminação da lactose pode ser particularmente benéfica, contudo nesses casos a suplementação com cálcio deve ser aconselhada de modo a minimizar os riscos de perda de densidade óssea FATURI JL *et al.* (2003).

4.5 Tratamento medicamentoso

As DII não têm cura, mas podem ser tratadas com medicamentos que têm como propósito levar à remissão da doença, diminuir os sintomas, minimizar o processo inflamatório e assim, propiciar melhor qualidade de vida aos pacientes (HABR-GAMA et al., 2011). Os protocolos de tratamento convencionais para esse agravo incluem o uso de anti-inflamatórios como sulfassalazina e mesalazina (forma ativa da sulfassalazina), utilizados em forma de enemas, supositórios ou comprimidos revestidos para liberação intestinal. Entretanto, o custo da medicação e os efeitos colaterais, como a nefrotoxicidade, podem ser limitantes ao paciente (KARAGOZIAN; BURAKOFF, 2007; UMA MAHADEVAN, 1970).

Vale ressaltar que os mecanismos moleculares desses compostos ainda não foram devidamente elucidados. Além disso, o uso de corticoides e imunobiológicos também são utilizados exclusivamente ou de forma complementar, em casos onde a resposta ao tratamento convencional não foi obtida de forma satisfatória ou quando o paciente apresenta comorbidades que limitem o tratamento. O uso crônico de corticosteroides e imunobiológicos apresentam graves danos à saúde do indivíduo, além de levar à imunossupressão (KARAGOZIAN; BURAKOFF, 2007; UMA MAHADEVAN, 1970).

Os anti-inflamatórios mais utilizados na fase aguda são os corticosteróides, podendo levar à remissão da crise e, com menos eficiência, a sulfassalazina. Estudos sobre a eficácia dessas drogas em prevenir recidivas após ressecção intestinal são conflitantes; no entanto o uso da sulfassalazina como droga de primeira escolha pode reduzir o uso de corticosteróides, quando necessários (BARBIERI, 200; BRASIL),

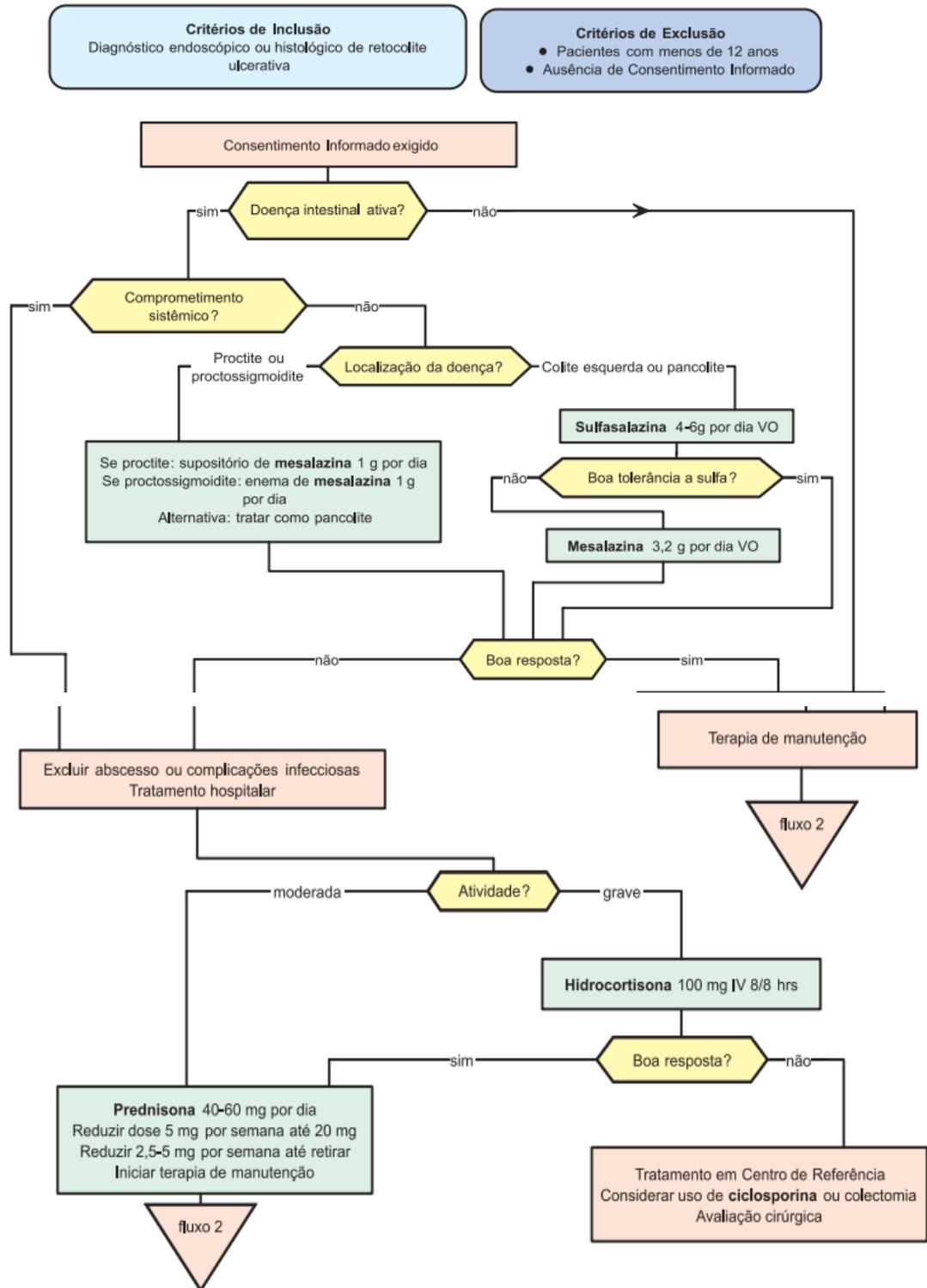
A **prednisona** é um glicocorticoide sintético com potente efeito anti-inflamatório sendo utilizado para os casos mais graves de RCU. Atua inibindo a inflamação em seus diferentes níveis, seja inibindo a produção de interleucinas, seja inibindo a fosfolipase A2, com conseqüente inibição da produção de prostaglandinas inflamatórias (CARTER; LOBO e TRAVIS, 2004; HOFER, 2002).

Os medicamentos mais utilizados para o tratamento da RCU nos serviços de saúde como Hospital das Clínicas (HCFM-USP) são os corticosteróides, a sulfassalazina e a mesalazina e a azatioprina, de acordo com recomendações nacionais (BRASIL, 2002A, 2002B) e internacionais (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004). A indução da remissão clínica é feita com o emprego de corticosteróides (prednisona, habitualmente) ou aminossalicilatos (sulfassalazina e mesalazina), dependendo da gravidade do quadro e da localização predominante das lesões (figura 2) (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004).

São considerados dependentes de corticóides todos os pacientes que respondem ao tratamento com corticóide na fase aguda, mas recidivam durante a retirada do corticoide. Para manter a doença em remissão ou em baixa atividade, tais pacientes necessitam de doses variáveis de corticóide e frequentemente apresentam complicações com o uso prolongado do medicamento (tabela 4). Nesse grupo de pacientes o tratamento com imunossupressor ou anti-TNF está indicado no auxílio da retirada do corticoide (GEDIIB; 2010).

Já os derivados salicílicos, neste grupo de medicamentos podem citar a sulfassalazina (SSZ) e os derivados salicílicos. A SSZ é desdobrada no cólon, por ação da enzima azoredutase bacteriana, em sulfapiridina e ácido 5-aminossalicílico (5-ASA), sendo este último o princípio ativo do medicamento, que age de forma tópica. Entre os vários mecanismos de ação do 5-ASA estão a modulação da secreção de citocinas pró-inflamatórias, a inibição da produção de leucotrienos e prostaglandinas, as habilidades de assimilação de radicais livres e de diminuição do estresse oxidativo, a redução da atividade dos efeitos colaterais com a SSZ são mais comumente dosedependentes, relacionados com níveis séricos de sulfapiridina, e ocorrem principalmente nos indivíduos com baixa capacidade genética de acetilação hepática da droga (acetiladores lentos), em até 45% dos pacientes. Incluem: dor abdominal, náusea, vômitos, anorexia, cefaleia, hemólise, infertilidade masculina etc. Menos frequentemente, os efeitos colaterais da SSZ podem ocorrer por hipersensibilidade (alergia ou idiosincrasia): febre, “rash” cutâneo, linfadenopatia, Stevens-Johnson, agranulocitose, hepatite, pancreatite, exacerbação da diarreia etc. (Consensos GEDIIB; 2010).

Figura 2: Fluxograma de Tratamento da Retocolite Ulcerativa Sulfasalazina, Mesalazina, Hidrocortisona, Prednisona,



Fonte: Portaria SAS/MS nº 861, de 04 de novembro de 2002

A **sulfassalazina** é a combinação de sulfonamida (sulfapiridina) e um salicilato (ácido 5-aminosalicílico, a mesalazina ou 5-ASA) que se apresentam unidos por uma ligação azo. Esta ligação é desfeita no cólon, pela ação das bactérias da microbiota local, liberando então o princípio ativo, o ácido 5-aminossalicílico. Este medicamento é utilizado habitualmente para induzir a remissão da RCU, em casos de menor atividade da doença (BARBIERI, 200; BRASIL), com localização predominante ou exclusiva das lesões no intestino grosso.

A **azatioprina** é um imunossupressor que pode ser utilizada no tratamento da RCU como adjuvante aos corticosteróides, bem como na manutenção da remissão (BARBIERI, 2000).

Com o tratamento das complicações mais frequentes da RCU, as doenças perianais ativas e as fistulas utilizam-se de antibióticos. Os de escolha, para este tratamento, são o metronidazol e o ciprofloxacina que podem, no entanto, ser também utilizados tanto para indução da remissão como para a sua manutenção. (CARTER; LOBO e TRAVIS, 2004)

Aos efeitos benéficos desses medicamentos se contrapõe uma variedade de efeitos colaterais que podem variar desde apenas mal-estar até a incidência de problemas mais graves. No caso dos corticosteróides, até 50% dos pacientes podem apresentar efeitos como síndrome de Cushing, hipertensão arterial e catarata (HOFER, 2002).

Os **aminossalicilatos** podem causar desde distúrbios gastrointestinais de poucas relevâncias até lesões por hipersensibilidade, como a hepatite medicamentosa. Quanto a azatioprina, pode também, causar intolerância inespecífica e outros efeitos mais graves, como febre, leucopenia, pancreatite e outras reações por hipersensibilidade (CARTER; LOBO, 2004).

A **mesalazina** se apresenta em diversas formas (5-asa) de liberação controlada, o que permite que a medicação seja liberada em locais específicos do trato gastrintestinal, aumentando assim a aderência do paciente ao tratamento. a mesalazina também está disponível para uso tópico, em formulações sob forma de supositório, espuma e enema. a maioria dos pacientes intolerantes ou alérgicos (80-

90%) à ssz tolera bem a mesalazina; contudo, alguns pacientes (10-20%) reproduzem os efeitos colaterais com a ssz ao utilizarem a mesalazina.

Por estes e outros eventos adversos associados ao tratamento, há necessidade de acompanhamento constante dos pacientes e de informá-los sobre a possibilidade da ocorrência desses fatos.

Os fármacos com maior eficácia no tratamento da RCU são as sulfassalazinas. O tipo e a dose são determinados pela localização e pela gravidade da doença. Podem ser administrados por via oral, tópica e retal por supositórios. Acredita-se que a mesalazina (composto ativo da sulfassalazina) é utilizada tanto para controlar a forma ativa da doença como para evitar a sua remissão. Estudos demonstram que o fármaco que utiliza esse componente reverte a ação antiproliferativa do TNF- α , por cessar a atividade dessa e das demais citocinas, limitando a transcrição de células intestinais e mediadores inflamatórios, bem como por inibir a cicloxigenase e as vias de lipoxigenase, reduzindo a formação de prostaglandinas, leucotrienos e de tromboxanos (KARAGOZIAN; BURAKOFF, 2007; UMA MAHADEVAN, 1970)

Um estudo de metanálise publicado por sutherland et al mostrou que a ssz, apesar de ser menos tolerada, é tão eficaz na manutenção da RCU quanto as novas formulações de mesalazina e apresentam menor custo. em pacientes com RC leve/moderada do hemicólon esquerdo ou extensa, a combinação de mesalazina oral (> 2 g/dia) e tópica é melhor que cada uma isoladamente. (GEDIIB; 2010)

O pioderma gangrenoso, considerado como uma das manifestações extraintestinais, poderá ser tratado com corticoide sistêmico, imunossupressor ou anti-TNF, nas doses prescritas normalmente para a doença de base. As manifestações articulares devem ser tratadas em conjunto com a doença de base, com escalonamento das medicações conforme a necessidade. Muitas vezes as manifestações extraintestinais são tão ou mais importantes que as manifestações intestinais e devem ser tratadas com as mesmas medicações, incluindo a terapia biológica, independentemente da atividade inflamatória luminal, como no caso de artrite axial (sacroileíte, espondilite anquilosante) (GEDIIB; 2010).

Tabela 5: Principais classes medicamentosas para o tratamento das doenças inflamatórias intestinais

Classe terapêutica e Exemplo	Efeito desejado	Reação adversa (efeito colateral)	Autores que sustentam a terapia
Derivados Salicílicos - Ex. Sulfassalazina (SSZ)*	-↓Citocinas pró-inflamatórias -Inibição da produção de prostaglandinas e leucotrienos - ↓Estresse oxidativo - ↓NF-kB -Proliferação celular -Inibição de apoptose	-Dose-dependente e relacionada com níveis séricos de sulfapiridina -Dor abdominal, náuseas, vômitos, anorexia, cefaleia, hemólise, infertilidade masculina,	(NAYAR; RHODES, 2004; DEVLIN; PANACCIONE, 2009; BRAZILIAN STUDY GROUP OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES, 2010; PITHADIA; JAIN, 2011; CHAPARRO, 2012)
Corticosteroides Ex. Hidrocortisona, Prednisona, Prednisolona e Budesonida**	- Usada para os casos moderados e graves de DII - Mais eficazes que os AINEs no uso prolongado e em enema	-Estimulação do apetite, aumento de peso corporal, edema, insônia, labilidade emocional, psicose, acne, síndrome de Cushing, osteoporose, osteonecrose,	(SINGLETON et al., 1979; MARSHALL; IRVINE, 1997; HANAUER, et al., 1998; NAYAR; RHODES, 2004; DEVLIN; PANACCIONE, 2009; BRAZILIAN STUDY GROUP OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES, 2010; CHAPARRO, 2012)
Imunossuppressores Ex. Azatioprina (AZA), 6-Mercaptopurina (6-MP), Metotrexato (MTX) e Ciclosporina	-Eficazes na remissão das DII e para retirada dos corticoides em pacientes córtico- dependentes -Para pacientes com resistência, insensibilidade ou dependência a corticoides	-↑Suscetibilidade a doenças infecciosas oportunistas, supressão da medula óssea, leucopenia, mielotoxicidade, pancreatite aguda, náuseas, vômitos, dores abdominais, febre, erupção cutânea, mialgia, dores articulares, parestesia, hipertensão arterial	(PEARSON et al., 2000; HENDRICKSON; GOKHALE; CHO, 2002; NAYAR; RHODES, 2004; FIOCCHI, 2005; ARDIZZONE et al., 2006; GISBERT; GOMOLLÓN, 2008; STEFANELLI et al., 2008; DEVLIN; PANACCIONE, 2009; BRAZILIAN STUDY GROUP OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES, 2010; PITHADIA; JAIN, 2011; CHAPARRO, 2012)

Fonte: BELÉM e ODA; 2014

4.6 Terapêuticas nos idosos

A abordagem e estratégia terapêutica nos idosos não são muito diferentes dos pacientes mais jovens, mas o tempo de resposta à terapêutica não é tão rápido. Contudo, é necessário ter em atenção os efeitos secundários da terapêutica utilizada e as interações medicamentosas, já que a maioria destes pacientes são polifarmácia. Os pacientes corticoresistentes, corticodependentes ou intolerantes aos corticosteróides, no qual estão incluídos os pacientes com diabetes, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e osteoporose, podem utilizar a terapêutica imunossupressora como alternativa aos corticosteróides. Apesar de nos idosos os riscos serem acrescidos, estes podem esperar resultados e benefícios terapêuticos idênticos aos dos pacientes mais jovens. Os idosos que utilizam ácido acetilsalicílico e varfarina como prevenção após um ataque cardíaco, devem estar consciencializados para o possível agravamento dos sintomas da RCU. Neste sentido, é importante ter conhecimento de todos os medicamentos que o doente idoso utiliza de modo a estabelecer a melhor estratégia terapêutica (GEDIIB; 2010)

4.7 Terapêuticas nas grávidas e aleitamento

A RCU afeta normalmente mulheres em idade reprodutiva, por isso a gravidez e aleitamento são situações comuns. No seguimento de uma mulher grávida com RCU é fundamental o tratamento eficaz de qualquer efeito colateral que possa surgir, uma vez que, as consequências da doença ativa são mais prejudiciais para o feto do que qualquer possível efeito adverso da terapêutica. A RCU ativa aumenta o risco de aborto espontâneo, complicações na gravidez e perinatais e má formações congênicas. Por este motivo, a manutenção da remissão clínica é a prioridade no tratamento da RCU em grávidas. A maioria dos medicamentos utilizados podem e devem ser mantidos durante a gravidez, sem risco para a mulher ou para o bebê. No caso das mulheres que se encontram a amamentar é necessário ter em consideração que o aleitamento materno deve ser promovido desde que não existam contraindicações. O aleitamento materno encontra-se muitas vezes associado ao agravamento da atividade da doença, todavia este efeito

parece decorrer devido à descontinuação da terapêutica de manutenção da remissão e não à amamentação (GEDIIB; 2010).

4.8 Crianças e adolescentes

A RCU nas crianças e adolescentes tende a ser mais extensa em comparação com os adultos e encontra-se mais frequentemente associada a fatores de predisposição genética. Quando o diagnóstico é realizado antes da puberdade pode surgir sintomas específicos, como o atraso no crescimento e no desenvolvimento da puberdade. O tratamento de crianças e adolescentes representa um desafio acrescido pela dificuldade da transição de idade, relações sociais e progressiva independência. Assim, as utilizações de instrumentos, que permitem avaliar a qualidade de vida representam um benéfico auxílio nos cuidados ao doente para determinar o impacto da doença e a necessidade de apoio. Os pais, professores e profissionais de saúde representam um pilar fundamental no acompanhamento das crianças e adolescentes. O farmacêutico pode aconselhar e desmistificar alguns dos problemas que surgem com a terapêutica, como por exemplo a dificuldade de toma dos medicamentos através da sugestão de diversas estratégias que facilitam a deglutição e alertando que os medicamentos não devem ser divididos ou triturados pois pode alterar a sua efetividade. A transição da consulta pediátrica para a consulta do adulto deve ser deixada ao critério do adolescente. Quando o adolescente assumir com segurança e maturidade a sua doença pode ser preferível incentivar a transição para a consulta de adultos, em que o doente passa a ser o único responsável pelo seguimento do seu tratamento.

4.9 Mulher

As mulheres com RCU devem estar conscientizadas de que o ciclo menstrual, a gravidez e a menopausa podem interferir com a patologia. Estas pacientes geralmente possuem um agravamento dos sintomas da RCU na semana antes ou na semana da menstruação e ciclos menstruais irregulares devido aos níveis hormonais, nutrição inadequada e stress. A administração oral demonstrou ser

segura na RCU, por isso deve ser ponderado o tipo de concentração que deve ser utilizada. As mulheres com RCU normalmente iniciam a menopausa mais cedo do que as restantes mulheres, mas este fato não parece ter nenhum efeito negativo na progressão da doença. As mulheres com RCU possuem uma taxa de fertilidade idêntica à das restantes mulheres, desde que se encontrem em remissão clínica. Por isso, quando o casal planejar uma gravidez a terapêutica deve ser alterada para mesalazina. A gravidez deve ser planejada cuidadosamente, sendo fundamental que esta ocorra numa fase de remissão clínica, pois a atividade da doença durante a concepção está associada ao prognóstico durante a gravidez. Por este motivo, normalmente recomenda-se, sempre que possível, um período de pelo menos três meses de remissão clínica antes da doente tentar engravidar.

4.10 Tabagismo

O tabagismo possui um papel importante, mas contraditório na RCU. Os pacientes que são diagnosticados com RCU devem rapidamente abdicar dos hábitos. Com isso, o tabagismo pode condicionar a eficácia do tratamento farmacológico e aumentar o risco de complicações associadas à patologia. No caso da RCU, as evidências não são tão claras, pois os sintomas são tendencialmente mais ligeiros. O consenso generalizado é de que os efeitos negativos do tabaco ultrapassam quaisquer benefícios que este possa ter na RCU, por isso independentemente da forma de RCU a cessão total do cigarro é a melhor opção. O farmacêutico possui um papel chave no aconselhamento e apoio no término do vício destes pacientes.

5. Cuidados farmacêuticos

5.1 Papel do farmacêutico e a sua intervenção

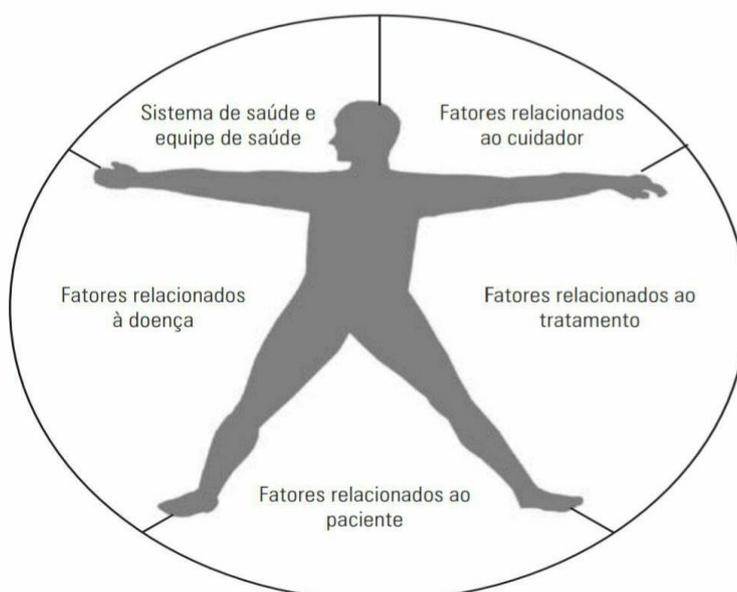
Dentro dos sistemas de saúde, o profissional farmacêutico representa uma das últimas oportunidades de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica (PEPE, OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000). Com efeito, diversos estudos demonstraram diminuição significativa do número de erros de medicação em instituições nas quais farmacêuticos realizaram intervenções junto ao

corpo clínico (LEAPE et al., 1999; PLANAS, 2004). Estes estudos reforçam a ideia de que a intervenção farmacêutica, ao reduzir o número de eventos adversos, aumenta a qualidade assistencial e diminui custos hospitalares. Apesar da relevância das intervenções farmacêuticas para o uso racional de medicamentos ser aceita atualmente, há ainda carência de relatos sobre esta atividade, sobretudo em grupos especiais de pacientes (ROMANO-LIEBER et al., 2002).

A situação brasileira na utilização de medicamentos é igualmente preocupante. O país apresenta alta prevalência de consumo de medicamentos e baixa adesão da população à prescrição, conforme a orientação dos serviços. Este problema é agravado pelo processo da automedicação, muito presente na dinâmica social do Brasil (LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008).

A falta de acesso ao medicamento, de conhecimento acerca da doença e dos medicamentos, presença de reações adversas, polifarmácia, entre outros, contribuem para não adesão a farmacoterapia. Para investigação da adesão, fatores relacionados ao paciente, sociais, à relação profissional-paciente, ao esquema terapêutico e à doença podem ser utilizados (Figura 3). É evidente em vários estudos que quando o paciente confia na prescrição e na equipe de saúde, e entende a forma como vem sendo conduzido seu tratamento e a sua importância, a adesão é verificada e o profissional de saúde influencia na promoção da adesão (GIMENES et al, 2009; LEITE; RUBIN, 2005; VASCONCELLOS, 2003).

Figura 3: Fatores que influenciam na adesão (MACHADO, 2008).



O farmacêutico tem um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde e no âmbito comunitário, este pode prevenir, detectar e direcionar problemas de saúde importantes que devem de ser encaminhados para o médico, com o objetivo de realizar um diagnóstico e tratamento mais detalhado (CARDOSO, 2013).

Nos EUA, em uma análise farmacoeconômica, revelou que a revisão dos regimes terapêuticos melhora em 43% os resultados finais do tratamento e gera uma economia de US\$ 3,6 bilhões de dólares, por ano, relacionada à prevenção de problemas relacionados a medicamentos ou complicações oriundos da farmacoterapia, pois quando farmacêuticos não revisam as prescrições, os gastos com problemas ou complicações são da ordem de US\$7,6 bilhões, por ano, contra um gasto de US\$4 bilhões, por ano, quando esta revisão é efetuada (ARAÚJO, 2001).

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, faz-se necessário buscar uma assistência farmacêutica de qualidade que garanta o acesso aos medicamentos da atenção primária para que seja possível a implantação e implementação de uma Atenção Farmacêutica com solidez. Alguns fatores dificultam a implantação dos serviços de atenção farmacêutica no Brasil, sendo eles: a falta de reconhecimento da sociedade da importância do farmacêutico como um profissional da saúde, pouca inserção do profissional nas equipes multiprofissionais de saúde, escassez de oportunidades da educação continuada na área clínica, falta de estruturação dos serviços de saúde, dificuldade de acesso ao medicamento por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e ausência de documentação científica que possibilite demonstrar aos gestores do sistema público e privado que a implementação da Atenção Farmacêutica representa um investimento e não custo (PERREIRA; FREITAS, 2008; SILVA; PRANDO, 2004).

Com isso podemos citar - 25 de setembro de 2013 a resolução 585/13 pela qual regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico. Pela Resolução o **CFF** inclui entre as atribuições clínicas do farmacêutico, a prescrição (receita) de medicamentos que não exijam prescrição médica, ou seja, os conhecidos medicamentos de venda livre.

A atribuição da atividade de prescrição está colocada na Resolução da seguinte forma: "*Artigo 7º (a) inciso XXVI - Prescrever, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional; e (b) XXV - Dar suporte ao paciente, aos cuidadores, à família e à comunidade com vistas ao processo de autocuidado, incluindo o manejo de problemas de saúde autolimitados;*".

Um fator que pode estar relacionado a menor adesão é a receptividade das informações, uma vez que a gravidade da condição e a intensidade dos sintomas influenciam a receptividade das informações e, conseqüentemente, afetam a intenção de seguimento do tratamento. Adicionalmente, tem sido descrito que a não adesão dos pacientes ao tratamento pode estar relacionada a três fatores principais: a) a dificuldade do médico em se comunicar com o paciente; b) a dificuldade do paciente em interpretar as informações sobre o uso do medicamento e c) a dificuldade do paciente em se organizar em casa para a administração do medicamento (Dewulf e colaboradores, 2007). Assim, destaca-se a importância da boa comunicação do médico e dos profissionais de saúde com o paciente, visando transformar as informações por ele recebidas em conhecimentos definidos, uma vez que a falta de conhecimento ou a existência de dúvidas parecem ser, também, fatores de menor adesão (TRONCON, 2007)). Neste sentido, na interpretação dos dados do presente estudo, deve-se também considerar o contexto do atendimento, uma vez que em hospitais universitários é alta a rotatividade na equipe médica, o que pode afetar a qualidade do vínculo entre o paciente e o médico, fator importante para a existência da confiança por parte do paciente. Esta confiança que o paciente deposita em toda a equipe de saúde, no médico responsável pela prescrição, bem como no farmacêutico que orienta seu uso correto, no próprio medicamento prescrito e no tratamento como um todo, é um possível fator de influência sobre a adesão ao tratamento (PEPE, 2000).

As intervenções farmacêuticas permitiram a identificação de potenciais problemas relacionados aos medicamentos e a prevenção da grande maioria deles. Os resultados permitiram que o serviço pudesse adotar medidas específicas para prevenção dos erros de medicação

Ao farmacêutico clínico é essencial: conhecimentos, atitudes e habilidades que permitam ao mesmo integrar-se à equipe de saúde e interagir mais com o

paciente e a comunidade , contribuindo para a melhoria da qualidade de vida , em especial , no que se refere à otimização da farmacoterapia e o uso racional de medicamentos(MARIN , 2002) O envolvimento do farmacêutico no processo de atenção à saúde é fundamental para a prevenção dos danos causados pelo uso irracional de medicamentos (BATES,1995)

Os resultados positivos obtidos com a Atenção Farmacêutica na melhora geral dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis são significativos (PEREIRA; FREITAS, 2008). O acompanhamento farmacoterapêutico, durante um ano proporcionou aumento significativo no conhecimento da patologia pelos pacientes, na aderência ao tratamento, com reflexo positivo na melhora da qualidade de vida (MANGIAPANE et al., 2005).

É importante dizer que, a atenção farmacêutica não deve ser mais vista como uma atividade a mais dentro de uma farmácia, mas como uma reformulação da prática profissional, onde se baseia um acordo entre o farmacêutico e o paciente, no qual ambos firmam um compromisso (CIPOLLE et al., 2000; POSEY,1997; MEINERS, 2018). É um pacto para trabalhar a favor da resolução de todos os problemas relacionados com medicamentos (PRM's), reais ou potenciais.

A atenção farmacêutica nesse contexto é muito importante, pois poderá minimizar os problemas decorrentes com os medicamentos e melhorar a qualidade de vida desses pacientes (REINERS; MARCON 2014; FONTANA, et al. 2015).

5.2 Atenção Farmacêutica na RCU

No caso concreto da RCU, o farmacêutico ao identificar um doente com os principais sintomas desta doença deve aconselha-lo a consultar um médico e a seguir rigorosamente o tratamento e todas as restantes indicações recebidas.

A nível hospitalar, o farmacêutico deve participar decisivamente na otimização dos imunossuppressores corticoesteroides, Aminossalicilatos, Terapêutica biológica, Cirurgia Terapêutica biológica Severa, Moderada ou Leve. Deve ainda avaliar os resultados da terapêutica de cada doente, bem como na deteção e tipificação de erros de medicação e de problemas relacionados com a medicação, permitindo identificar pontos a melhorar nos cuidados prestados ao doente (CARDOSO,2013).

A adesão à terapêutica adquire grande importância clínica, principalmente em doenças crônicas, como a DII, em que o tratamento implica uma ingestão contínua dos medicamentos para maior eficácia da terapêutica mesmo quando o doente sente-se melhor e, por vezes, tentado a parar de tomar.

A eficácia dos regimes medicamentos para o tratamento da RCU depende, no entanto, da estrita adesão dos pacientes ao tratamento prescrito (LEVY; FELD, 1999). A adesão pode ser conceituada como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação à orientação médica ou de outro profissional de saúde, o que inclui tomar medicamentos, seguir dietas, alterar estilos de vida, comparecer às consultas (HAYNES, 1981).

Uma investigação em pacientes com retocolite ulcerativa, em uso de mesalazina para a manutenção da remissão clínica da doença, revelou índices de adesão superiores aos esperados (KANE et al, 2001). Outro estudo evidenciou que a falta de adesão ao tratamento em pacientes com RCU está diretamente ligada à ocorrência de distúrbios na esfera psiquiátrica, mais do que a outros fatores (NIGRO et al, 2001).

Em nosso país, os estudos indicam que as doenças inflamatórias intestinais estão aumentando gradualmente de frequência, deixando de serem consideradas raras (GABURRI et al, 1998). Os pacientes portadores de RCU, devido a necessidade de procedimentos específicos, recorrem principalmente ao atendimento terciário. Neste atendimento terciário o paciente recebe a assistência necessária à RCU e há o fornecimento dos medicamentos previstos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, sejam eles essenciais ou uso excepcional (BRASIL, 2002A).

Como a medicação para o tratamento da RCU é fornecida gratuitamente, uma das primeiras barreiras à adesão ao tratamento, a aquisição, é em princípio eliminada. Porém, apenas este fator não garante que haja adesão completa ao tratamento medicamentoso (KURITA; PIMENTA, 2003).

Os pacientes com DII apresentam hábitos de uso de medicamentos indicativos de baixa adesão à terapêutica, podendo afetar negativamente a evolução clínica e a qualidade de vida do doente.

A baixa adesão encontra-se relacionada com as condições demográficas e sociais do doente, com a atividade da doença, com a maior durabilidade desta e com a complexidade da terapêutica, nomeadamente a grande frequência e quantidade de medicamentos que o doente toma. Os resultados do tratamento e a adesão à terapêutica melhoram à medida que o doente aceita e compreende a patologia e o modo como os fármacos atuam no processo patológico por isso o farmacêutico torna-se uma mais-valia quando esclarece e apoia o doente, contribuindo para a prevenção da falta de adesão e utilização indevida de certos fármacos (CARDOSO,2013)

Existem algumas estratégias para analisar a não adesão involuntária que podem ser sugeridas ao doente, nomeadamente a elaboração de um horário semanal com toda a medicação; a aquisição de uma caixa dosadora organizada por divisórias; utilização de lembretes ou alarme no telemóvel com a hora da toma (PEPE, OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000)

Contudo, a avaliação dos fatores preditivos à adesão e a intervenção individualizada demonstram ser a estratégia mais benéfica, uma vez que, não existe uma única intervenção que possa ser recomendada a todos os pacientes, pois os fatores de risco diferem e as necessidades e crenças de cada doente são variáveis. Neste sentido a educação estruturada dos pacientes é um ponto crucial para a obtenção de resultados clínicos benéficos (tabela 7).

Tabela 6: Benefícios do aconselhamento ao paciente

Benefícios ao paciente	Benefícios ao farmacêutico
Torna-se capaz de tomar decisões apropriadas sobre regime terapêutico de medicamentos prescritos e não prescritos.	Satisfação por servir ao paciente e contribuir para seu bem-estar.
Entende a utilidade dos medicamentos para manter ou promover seu bem-estar.	Satisfação por cumprir plenamente sua obrigação profissional.
Compreende as orientações para lidar com os possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas.	Melhora a confiança do paciente nos serviços prestados pelo farmacêutico.
Torna-se mais informado e participativo no tratamento de sua doença e no manejo do seu autocuidado.	Aproximação com outros provedores de cuidados à saúde e reconhecimento como tal.

Fonte: Adaptação de Reddy MVSP, Vaidya R. How community pharmacists can promote patient counseling. In: International Pharmaceutical Students' Federation, International Pharmaceutical Federation. Counseling, Concordance and Communication. Innovative Education for Pharmacists. 2005. p. 29-36.

A ausência ou baixa remissão de sintomas, nomeadamente de infeções oportunistas, conduz à não adesão, uma vez que a percepção da severidade e gravidade da doença se encontra alterada. Para além disto a existência de outras doenças concomitantes ou o consumo de substâncias aditivas pode afetar a adesão (WHO, 2003; REIS, 2007; FERREIRA, 2011).

Alguns estudos apontaram que o alto grau de não adesão pode aumentar em até 5 vezes o risco de reativação da doença (SEWITCH et al, 2003; LÓPEZ, BERMEJO e PÉREZ, 2005).

Para Nigro e colaboradores (2001) o não aderir ao tratamento em pacientes com DIIs está relacionado à ocorrência de distúrbios psiquiátricos, mais do que a outros.

Alguns fatores estão associados a não adesão na RCU como: pacientes do sexo masculino, jovens, solteiros, uso de quatro ou mais medicações concomitantes, abordagem inadequada e atitude do médico com o paciente, crenças, efeitos colaterais dos fármacos, custos de prescrição, depressão, além disso, o novo estado do paciente, duração da doença, idade mais jovem, discordância trabalho paciente e / pressões de viagem também são bons preditores de não- fatores de adesão (DEWULF et al, 2007; CORNELIO et al., 2009).

A influência exercida pelo estatuto socioeconômico não é consensual, considerando-se, no entanto que existe alguma correlação com a adesão. Neste grupo destacam-se a situação profissional, os apoios sociais, as condições habitacionais, o preço dos transportes e medicamentos, a distância ao local de tratamento e ainda os conflitos e as desigualdades sociais. As variáveis sócio-demográficas como a idade, estado civil, grau de escolaridade e condições de saúde têm efeitos variáveis na adesão (tabela 6) (WHO, 2003; DIAS et al., 2011).

A existência de um suporte social quer de família, amigos e estruturas de saúde, exerce uma influência muito positiva na adesão, sendo extremamente importante perceber e identificar os recursos sociais da pessoa. A ausência e/ou a falta de envolvimento de familiares ou de pessoas significativas implica a ausência ou deficiência de um meio adequado. De um modo geral tem-se constatado que um menor apoio social e um maior isolamento social conduzem a uma menor capacidade de adesão (WHO, 2003; DIAS et al., 2011; Ferreira, C., 2011).

Tabela 7: Características sociais dos pacientes.

Características	DC (n = 26)	RCU (n = 30)
Ocupação		
Com renda própria	18 (69,2)	23 (76,6)
Renda per capita		
Até um salário mínimo	10 (38,5)	15 (50,0)
Acima de um salário	16 (61,5)	12 (40,0)
Sem relato	-	3 (10,0)
Aquisição dos medicamentos		
Fornecido integralmente pelo SUS	24 (92,3)	26 (86,7)
Adquirido pelo paciente:		
Totalmente	2 (7,7)	2 (6,7)
Parcialmente	-	2 (6,7)

DC: pacientes com doença de Crohn; RCU: pacientes com retocolite ulcerativa

SUS: Sistema Único de Saúde; n = número absoluto de pacientes em cada grupo; () percentuais

Ainda para esses autores algumas estratégias podem ser aplicadas para otimizar a adesão como: explicar os riscos de quando não se toma a medicação corretamente por meio de cartilhas com informações ao paciente; utilizar despertadores ou guardar os comprimidos próximos aos utensílios de higiene pessoal, como pasta de dente; orientar consultas regulares de acompanhamento; grupos de apoio ; serviços que facilitem a comunicação com o paciente como sites, e-mails, chats; intervenções comportamentais, tais como a simplificação de

dosagem, pistas de tratamento, lembretes, gráficos e recipientes para pílula podem ajudar a melhorar a adesão.

As principais razões apresentadas pelos pacientes com RCU para a não adesão à medicação são esquecimento, descrença na medicina, negação da doença e falta de benefícios percebidos de tratamento durante os períodos livres de sintomas (tabela 7) (Kane, 2006).

A não adesão é mais comum entre os pacientes que relatam a falta de confiança na capacidade de seu médico para ajudar, ou a falta de satisfação com a preocupação mostrada pelo mesmo (WROTH e PATHMAN, 2006).

Para DEWULF e colaboradores (2007), os resultados para não adesão ao tratamento da Retocolite ulcerativa a Baixa adesão por negligência ou esquecimento (63,3%) e pelo número de medicamentos em uso. Pacientes com alto grau de disposição para o uso do medicamento apresentavam baixo grau de preocupação com a sua utilização correta. Boa adesão entre indivíduos com estado marital estável e procedente de município diferente do pesquisado.

Menor adesão por pacientes com a doença apresentando envolvimento do cólon. Maior adesão entre pacientes que tomavam somente um medicamento

Lyra Júnior (2005) realizou um estudo com idosos no Brasil e constatou que intervenções educativas foram capazes de otimizar a utilização de medicamentos, resultando na resolução e prevenção de aproximadamente 70% dos PRMs identificados e um aumento de 35% na adesão a farmacoterapia. Os resultados humanísticos também foram satisfatórios, pois os idosos demonstraram melhoras significativas em seus índices de qualidade de vida após o programa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Retocolite Ulceraiva (RCU) é uma forma de doença inflamatória intestinal (DII) crônica não contagiosa, em que há inflamação e ulcerações no intestino grosso (cólon) e no reto em sua camada mais superficial, a mucosa. Esse processo provoca sintomas como diarreia, hemorragia e cólicas. A doença também pode ser classificada de acordo com a intensidade que acomete os segmentos, podendo ser leve, moderada ou grave.

Sabe-se ainda muito pouco sobre a etiologia das RCU e não podemos pensar no adoecer como a consequência de um evento único, mas compreendê-lo como resultado dinâmico composto pela própria força psíquica do Ser doente aliado ao meio ao qual este pertence.

Neste presente estudo, o que observamos é que a influência inconsciente e incontrolável dos fatores emocionais é relevante e produz um desequilíbrio na funcionalidade do sistema gastrointestinal, levando-o a um quadro patológico extremamente grave.

Além disso, frisa-se que o período da doença também afeta a qualidade de vida desses pacientes. Portanto, destaca-se a necessidade do acompanhamento nutricional, onde a atenção à alimentação auxiliará na manutenção e/ou recuperação do estado nutricional, assim como na redução dos sintomas gastrointestinais. Além disso, sugere-se tratamento farmacológico e/ou psicológico aos indivíduos acometidos pelas DII cuja ansiedade e/ou depressão esteja diagnosticada.

A terapêutica da RCU pode tornar-se complexa, principalmente com o surgimento das novas estratégias terapêuticas, por isso é imprescindível um maior acompanhamento destes pacientes de modo a garantir a eficácia e segurança do tratamento e uma otimização da adesão à terapêutica. Deste modo, o farmacêutico adquire um papel essencial no desempenho destas funções, tornando-se profissional de saúde com mais habilidades para acompanhar, gerir e responsabilizar-se pela terapêutica dos pacientes com DII.

A prestação de cuidados farmacêuticos é fundamental, pois permite aumentar adesão à terapêutica, minimizar os efeitos adversos e avaliar a efetividade dos fármacos, tornando e alcançando repercussões na sua qualidade de vida.

Adicionalmente, descreve-se que a não-adesão dos pacientes ao tratamento pode estar relacionada a alguns fatores principais: a dificuldade da equipe multidisciplinar em se comunicar com o paciente; a dificuldade do paciente em interpretar as informações sobre o uso do medicamento e a dificuldade do paciente em se organizar em casa para a administração do medicamento. Assim, destaca-se a importância da boa comunicação do farmacêutico e dos profissionais de saúde com o paciente, visando transformar as informações por ele recebidas em conhecimentos definidos, uma vez que a falta de conhecimento ou a existência de dúvidas parecem ser, também, fatores de menor adesão.

Mesmo em pouca escala e ainda com algumas limitações, já é notória a contribuição do farmacêutico integrado numa equipe multidisciplinar e a sua intervenção numa diversidade de serviços que integram os cuidados farmacêuticos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABCD - Associação brasileira de colite ulcerativa e doença de Crohn - Disponível em <<http://www.abcd.org.br>> Acesso em: 13 de Ago. de 2018

AMADEI, Janete Lane; MARCON, Sonia Silva; BERTOLINI, Dennis Armando. **Adesão Ao Tratamento Medicamentoso Em Doenças Não Transmissíveis.** 2011. 10 f.- Revista Saúde e Pesquisa, São Paulo, 2018.

ANDRADE, M. A; SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Espírito Santo, v. 25, n. 1, p.55-63, 15 jul. 2004.

BELÉM, M. de O.; ODA. J. Y. **Doenças inflamatórias intestinais: considerações fisiológicas e alternativas terapêuticas** Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 19, n. 1, p. 73-79, jan./abr. 2014.

BENETTON, C.A. et al. Colite ulcerativa e Antioxidantes. Revista de Pesquisa e Extensão em Saúde v. 3, n. 1, p.1-6, 2007.

BIONDO-SIMÕES, M. L. P. et al. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. Rev Bras Coloproct. v. 23, n. 3, p. 172-182, 2003

BOCKUS, H. L. - Colitis Ulcerosa, In: Bockus, H.L. **Gastroenterologia**, 2ª edição, Barcelona, Madrid, Salvat Edit. S.A., 1966, p.844-923.

BRASIL. Portaria 861/02. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento de retocolite ulcerativa.** Diário Oficial da União, 2002b;

CARDOSO, Lopes Cristiana. **Seguimento Farmacoterapêutico num Grupo de Pacientes Crônicos: A Importância da Adesão Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia Hospitalar, Comunitária e Investigação.** Portugal – 2013. Disponível em: <<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3143/1/Cristiana%20Cardoso.pdf>>

CARTER, M. J.; LOBO, A. J.; TRAVIS, S.P.L Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. GuT, vol 53, suppl V, p. v1-v16, 2004.

CIPOLLE, R.; STRAND, L.M.; MORLEY, P. ***El ejercicio de la atención farmacéutica***. Madrid: McGraw Hill - Interamericana; 2000. 368 p.

Cornélio, R. C. A. C.; e colaboradores. **Non-adherence to the therapy in Crohn's disease patients: prevalence and risk factors**. Arquivos

Costa ALS. **Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

Damião AOMC, Habr-Gama A. **Retocolite ulcerativa idiopática(RCU)**.In: Dani R, Castro L de P. Gastroenterologia Clínica . Rio de Janeiro.Guanabara Koogan. 1993:1037-69. de Gastroenterologia. Vol. 46. Num. 3. 2009. p. 183-189.

DEWULF, Nathalie de Lourdes Souza - **Investigação sobre adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças inflamatórias intestinais** – Ribeirão Preto – 2006

ELIA, P.P. et al. Análise descritiva dos perfis social, clínico, laboratorial e antropométrico de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, internados no hospital universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro. Arquivo de Gastroenterologia. v. 44 n. 4 Rio de Janeiro, p. 332-339, out. /dez., 2007.

Faria LC, Ferrari MLA, Cunha AS. **Aspectos clínicos da doença de crohn em um centro de referência para doenças intestinais**. GED 2004 jul; 23(4):151-163

Faria LC, Ferrari MLA, Cunha AS. **Aspectos clínicos da doença de crohn em um centro de referência para doenças intestinais**. GED 2004 jul; 23(4):151-163

FERREIRA, A. A.; NATALI, M. R. M.; DELANI, T. C. O.; MARTINS, R. M.; PRESTES T. S. **Papel do sistema imune e atuação dos probióticos na doença de Crohn**. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 14, n. 2, p. 171-177, maio/ago. 2010.

FRANCISCO, Juliana Rocha; SILVA, Ana Carolina Moraes; FERRAZ, André Santos. **Desfecho Da Não Aderência Ao Tratamento Retocolite Ulcerativa: Relato de caso**. 2017. 8 f.) - Curso de Nutrição, Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/609/482>>. Acesso em: 15 set. 2018.

FRÓES, Renata de S. B.. **Tratamento Convencional na Doença Inflamatória Intestinal**. 2012. 11 f. - Curso de Farmácia, Urj, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9003/6888file:///C:/Users/bruna.hoffmann/Downloads/dewulf_tese%20\(1\).pdfhttps://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/48447](http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9003/6888file:///C:/Users/bruna.hoffmann/Downloads/dewulf_tese%20(1).pdfhttps://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/48447)>. Acesso em: 11 ago. 2018.

GOUVEIA, Marjorie Suellen; JACQUES, Fernanda Otobone. **Retocolite Ulcerativa Idiopática E O Tratamento Com Ácido 5-Aminosalicílico**. 2010. 11 f. - Curso de Farmácia, Uningá, Paraná, 2010. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/542/201>>. Acesso em: 25 set. 2018.

HABR-GAMA, A.; THADEU, C.; CERSKI, S.; PAULO, J.; MOREIRA.; CASERTA, N. M. G.; JÚNIOR, O. O.; EDUARDO, S.; ARAÚJO, A. **Doença de Crohn intestinal: manejo**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 57, n. 1, p. 10–13, 2011.

HAYNES, R. B.; McKIBBON, K.; KANANI, R. **Systematic review os randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications**. Lancet, v. 6, p. 348-383, 1996.

HOFER, A. P. B. Prednisona. In: BERMUDEZ, J.A.A. (Coord). **Fundamentos farmacológicos-clínicos dos medicamentos de uso corrente**. RJ: ENSP, 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/livro_eletronic/INDEX.HTM>. Acesso em: 26 set. 2018

KANDICE, L.K. **Inflammatory bowel disease**. *Clinical Cornestone*. v. 4, n. 4, p.49-60, 2002.

Kane, S. V.; Cohen, R. D.; Hanauer, S. B. **Prevalence of non-adherence with maintenance mesalamine in quiescent ulcerative colitis**. *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 96. Num. 10. 2001. p.2929-2 933.

KNUTSON, D.; GREENBERG, G.; CRONAU, H. Management of Crohn's Disease – a practical approach. **American Family Physician**, Leawood, v. 68, n. 4, p. 707-714, 2003.

LANNA, C. C. D. et al. **Manifestações articulares em pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa.** Rev. Bras. Reumatol. v. 46, n. 1, p. 45- 51, 2006.

MADALOZZ et al. **Atenção farmacêutica para pacientes portadores de doenças crônicas,** 2005. Disponível em: <http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=264&path%5B%5D=253>. Acesso em: 17 abr. 2018.

MAGALHÃES, Karina de Carvalho. **Estudos dos aspectos psicossociais em pacientes com retocolite ulcerativa inespecífica e síndrome do intestino irritável.** 1995. 332 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Unicamp, São Paulo, 1995. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/310646>>. Acesso em: 29 set. 2018

MAGRO, F. - **Terapêutica Farmacológica na Doença Inflamatória Intestinal.** 1ºed. PT: GEDII - Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal, 2007. [Acesso em 01 de Agosto de 2018]. Disponível em WWW:. ISBN 978-989-20- 0506-5.

MAGRO, F., PORTELA, F. - **Doença inflamatória Intestinal. Tópicos de relevância clínica.** 1ºed. PT: GEDII - Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal, 2008. [Acesso em 29 de Julho de 2018]. Disponível em: < http://www.gediib.org.br/files/Consensos_gediib_2010.pdf >

MALDAUN, Daisy. **Análise Qualitativa dos Aspectos Emocionais e Vivenciais de Pacientes Idosos Portadores de Retocolite Ulcerativa Inespecífica em Atendimento Ambulatorial.** 2006. 210 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Farmácia, Unicamp, Campinas, 2006.

MANGIAPANE, S. MANGIAPANE, S.; SCHULZ, M.; MÜHLIG, S.; IHLE, P.; SCHUBERT, I.; WALDMANN, H.C. **Community pharmacy-based pharmaceutical care for asthma patients.** *Ann. Pharmacother.*, v.39, n.11, p.1817-1822, 2005.

MARIN, N. **Educação farmacêutica nas Américas. Olho Mágico.** v. 9, n.1, p. 41-43, 2002.

MARINKER, M.; SHAW, J. **Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice.** BMJ, v.326, n.1, p.348-349, 2003.

MARTINS JÚNIOR, Elson Vidal; ARAÚJO*, Isabella Saraiva. **Tabagismo E Doença “Inflamatória Intestinal: Estudo Epidemiológico Caso-Controle.** 1996. - Curso de Medicina, Unifesp, São Paulo, 1996

Nathalie LS, Monteiro RA, Passos ADC, Vieira EM, Troncon LEA. **Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com doenças inflamatórias intestinais acompanhados no ambulatório de um hospital universitário.** Arq. Gastroenterol. 2007; 44(4): 289-296

NUNES, Patrícia Helena Castro; PEREIRA, Bruna Maria Guimarães; NOMINATO, Jean Cláudio Sales. **Intervenção Farmacêutica E Prevenção De Eventos Adversos.** 2008. 44 v. - Curso de Farmácia, Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, Rio de Janeiro, 2008. Cap. 4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a16.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

OSTENBERG, L.; BLASCHKE, T. **Adherence to medication.** *The New England Journal of Medicine*, v. 353, p. 487-97, aug. 2005.

PIMENTA, F. A. P.; FONSECA, F. S.; GAMA, H. O. G. T.; SANTOS, C. F. A.; REZENDE, C. F.; COELHO, T. O.; REZENDE, N. A. **Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36.** Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 55-60, 2008.

POSEY, M. **Pharmaceutical care: will pharmacy incorporate its philosophy of practise?** J. Am. Pharm. Assoc. v. N537 n. 2, p. 145-148. 1997.

QUINTAL, Joana. **Doença Inflamatória Intestinal: Cuidados Farmacêuticos.** São Paulo: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra , Setembro 2016.

REIS, A. D. M. **ATENÇÃO FARMACÊUTICA E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.** 2003. Disponível em: <<http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/ATENFAR> e [URM Adriano Max.pdf](http://www.urm.br/AdrianoMax.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2018.

ROCHA R.; SANTANA G. O.; ALMEIDA N.; LYRA A. C. **Analysls of fat and muscle mass in patients with inflammatory bowel disease during remission and active phase.** Journal of Nutrition, Rockville, v. 101, p. 676-679, 2008.

ROMANO-LIEBER, N. S.; et al. **Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos.** Cad. Saúde Pública, 1, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1499-1507, dez. 2002.

ROMANO-LIEBER, N.S.; TEIXEIRA, J.J.V.; FARHAT, F.C.L.G.; RIBEIRO, E.; CROZATTI, M.T.L.; OLIVEIRA, G.S.A. **Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos.** Cad. Saúde Pública, v.18, n.6, p.1499-1507, 2002.

ROSA, Juliana Rodrigues da; SILVA JÚNIOR, Josué Ferreira da. **Perfil epidemiológico de portadores de doença inflamatória intestinal.** 2014. 6 f. - Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina, 2014. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1287.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2018.

RUBIN, E. et al. **Bases clinicopatológicas da medicina.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 727-731.

SERAFIM, Taís de Souza; COSTA, Ana Lucia Siqueira. **Sintomas somáticos de depressão em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática.** 2009. 5 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300009>. Acesso em: 01 out. 2018.

SILVA, Emília Vitória da; NAVES, Janeth de Oliveira Silva; VIDAL, Júlia. **O Papel Do Farmacêutico Comunitário No Aconselhamento Ao Paciente.** 2008. 6 f - Curso de Farmácia, Centro Brasileiro de Informação Sobre Medicamentos - Cebrim/cff, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/Farmacoterapeutica%20Ano%20XIII%20Num_%2004%20e%205%202008.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

SIMONI, Suelen Eloise. **Potencial Terapêutico De Sistemas Matriciais Do Ácido 5- Aminosalicílico No Tratamento De Doenças Inflamatórias Intestinais: Revisão Sistemática.** 2018. 59 f. - Curso de Farmácia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2018.

SOUZA, Mardem Machado de; BELASCO, AngÉlica GonÇalves Silva; AGUILAR, JosÉ Eduardo de. **Perfil Epidemiológico dos Pacientes Portadores de Doença Inflamatória Intestinal do Estado de Mato Grosso.** 2008. 5 f. Tese (Doutorado) - Curso de Farmácia, Unifesp, Cuiabá, 2008. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/4556/S0101-98802008000300009.pdf;jsessionid=821F40776858575F9C3C25DFAC032084?sequence=1>>. Acesso em: 15 de set. 2018.

TAYLOR, C. T.; KEELY, S. J. **The autonomic nervous system and inflammatory bowel disease.** *Autonomic Neuroscience Basic and Clinical*, v. 133, p. 104-114, 2007.

TAYLOR, G. J.; BAGBY, R. M. New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Bologna, n. 73, p. 68-77, 2004.

Truelove SC, Witts LJ. **Cortisone in ulcerative colitis: final report on a therapeutic trial.** *Br Med J.* 1955;2:1041-8.

WHO (World Health Organization), 1997. WHOQOL, **measuring quality of life.**

ZALTMAN, C. **Doença inflamatória intestinal: qual a relevância da doença no Brasil?** *Cadernos de Saúde Pública.* v. 23, n. 5, Rio de Janeiro, p. 992-993, maio, 2007.



UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ANEXO 7



DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE DE CONTEÚDO

Declaro ter atualizado do conteúdo do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e que cumprimos as determinações da banca examinadora na versão final entregue do Trabalho de Conclusão de Curso. Esta cópia preenchida e assinada deverá ser entregue no prazo determinado pelo professor da disciplina de TCC anexada à cópia digitalizada da versão final do trabalho, no Moodle da disciplina.

Nome do Orientador: Eden de Carvalho Pincinato DRT: 1534997

Assinatura: Eden de Pincinato Data: 12 / 12 / 18

Nome do Aluno: Bruna Carolina Piny Hoffmann Matrícula: 311109321

Assinatura: Bruna Hoffmann Data: 12 / 12 / 18

Título final do trabalho Sintomas Psíquicos, Tratamento e Adesão em Retocolite Ulcerativa.