



Universidade Estadual de Maringá  
Departamento de Farmácia  
Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica - PROFAR



LUÍS FERNANDO NOVAIS

Inserção da Terapêutica Farmacológica na Intervenção Farmacêutica em Unidade Básica de Saúde/Pr, com medicamentos disponíveis no Consórcio Paraná Saúde

Maringá

2021



LUÍS FERNANDO NOVAIS

Inserção da Terapêutica Farmacológica na Intervenção Farmacêutica em Unidade Básica de Saúde/Pr, com medicamentos disponíveis no Consórcio Paraná Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Estadual de Maringá, para a realização da Defesa, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Orientador: Arnaldo Zubioli  
Co-orientador: Marco Antônio Costa

Maringá

2021



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

N936i	<p>Novais, Luís Fernando</p> <p>Inserção da terapêutica farmacológica na intervenção farmacêutica em Unidade Básica de Saúde/Pr, com medicamentos disponíveis no Consórcio Paraná Saúde / Luís Fernando Novais. -- Maringá, PR, 2021.</p> <p>71 f.figs.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Zubioli. Coorientador: Prof. Dr. Marco Antônio Costa.</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica - Mestrado Profissional, 2021.</p> <p>1. Assistência farmacêutica . 2. Medicamentos sem prescrição. 3. Atenção primária à saúde. 4. Protocolos clínicos. I. Zubioli, Arnaldo , orient. II. Costa, Marco Antônio , coorient.</p> <p>III. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica - Mestrado Profissional. IV. Título.</p> <p>CDD 23.ed. 615.58</p>
-------	---



Luís Fernando Novais

Inserção da Terapêutica Farmacológica na Intervenção Farmacêutica em Unidade Básica de Saúde/PR, com medicamentos disponíveis no Consórcio Paraná Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Estadual de Maringá, para a realização da Defesa, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do título de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr.: Arnaldo Zubioli  
Instituição: Universidade Estadual de Maringá

---

Prof. Dra.: Adriana Lenita Meyer Albiero  
Instituição: Universidade Estadual de Maringá

---

Prof. Dr.: Edmarlon Giroto  
Instituição: Universidade Estadual de Londrina

---

Prof. Dra.: Gislane Franco de Moura Costa (suplente)  
Instituição: Universidade Estadual de Maringá

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que fizeram parte desta etapa da minha vida.

A Deus por me guiar em minha vida.

A minha esposa, por confiar em meu potencial e me encorajar sempre.

Aos meus filhos que são a melhor parte de mim.

Aos meus anjos, Vó Deolinda de Souza Parpinelli (*in memorian*) e minha irmã de coração Ana Lígia Branco Ribeiro Fusco (*in memorian*).

## AGRADECIMENTOS

Ser mestre na área farmacêutica é um sonho que está prestes a se tornar realidade, por isso, agradeço primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, meu socorro, por me conceder saúde e forças para superar todos os momentos difíceis.

À minha família, minha esposa Sidnéia e meus filhos Luís Miguel e Maria Cecília, por serem parte essencial do que me faz forte e terem tornado tudo isto possível.

Aos meus anjos, Vó Deolinda de Souza Parpinelli e minha irmã de coração Ana Lígia Branco Ribeiro Fusco por iluminarem o meu caminho, me abençoarem e se fazerem sempre presente em meu coração e pensamentos.

Ao meu orientador Professor Doutor Arnaldo Zubioli, por todos os conselhos, pelo constante incentivo e acompanhamento, pela competência e partilha de ensinamentos durante toda a realização desta dissertação.

Ao meu coorientador Professor Doutor Marco Antônio Costa, por todo apoio e paciência, pela acessibilidade, perseverança, por sua partilha de conhecimentos, por suas considerações e sugestões de aperfeiçoamento e por sua disponibilidade.

A todos os professores, por todos os conselhos e ajuda durante os meus estudos, que contribuíram para a elaboração do meu trabalho.

Também gostaria de deixar um agradecimento especial a instituição Universidade Estadual de Maringá por possibilitar a execução deste trabalho.

Por fim, um agradecimento aos meus amigos do mestrado, pela ajuda, pelos momentos compartilhados e por tornarem esta caminhada memorável e saudosa.

A todos,

Obrigado!

## EPÍGRAFE

“Se eu pudesse deixar algum presente a você, deixaria aceso o sentimento de amar a vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que foi ensinado pelo tempo a fora. Lembraria os erros que foram cometidos para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para você, se pudesse, o respeito aquilo que é indispensável. Além do pão, o trabalho. Além do trabalho, a ação. E, quando tudo mais faltasse, um segredo: o de buscar no interior de si mesmo a resposta e a força pra encontrar a saída.”

(Mahatma Gandhi)

NOVAIS, Luís Fernando. Universidade Estadual de Maringá (UEM), março de 2021, **Inserção da Terapêutica Farmacológica na Intervenção Farmacêutica em Unidade Básica de Saúde/PR, com medicamentos disponíveis no Consórcio Paraná Saúde.** Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Zubioli; Co-orientador: Prof. Dr. Marco Antônio Costa.

## RESUMO

O propósito deste estudo foi introduzir a intervenção do farmacêutico em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Lunardelli – PR., na atenção primária à saúde, com medicamentos disponíveis no Consórcio Paraná Saúde, utilizando os medicamentos isentos de prescrição em relação a dois aspectos: o perfil dos doentes e o farmacológico na seleção dos medicamentos. Foram elaborados protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas farmacêuticas, para tratar os problemas de saúde autolimitados selecionados: escabiose e pediculose, febre, doença do refluxo gastroesofágico (pirose ou azia), constipação e dermatofitose. Os medicamentos isentos de prescrição médica selecionados foram: permetrina, dipirona, ibuprofeno, paracetamol, hidróxido de alumínio, lactulose, óleo mineral e miconazol, disponíveis na UBS, integrantes da lista da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais). O perfil dos doentes observou as situações de gravidez, pediatria, aleitamento, idosos, insuficiências renal e hepática, diabetes, entre outras. O perfil farmacológico observou as vantagens e desvantagens de determinadas formulações, adaptando-os às necessidades cotidianas dos pacientes. As condutas fundadas em protocolos garantem confiança às intervenções do farmacêutico e promovem a integralidade do cuidado centrado na pessoa, além da promoção do uso racional do medicamento.

**Palavras-Chave:** Assistência Farmacêutica; Atenção Primária à Saúde; Protocolo Clínico; Medicamentos sem Prescrição.



NOVAIS, Luís Fernando. Universidade Estadual de Maringá (UEM), março de 2021, **Inserção da Terapêutica Farmacológica na Intervenção Farmacêutica em Unidade Básica de Saúde/PR, com medicamentos disponíveis no Consórcio Paraná Saúde.** Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Zubioli; Co-orientador: Prof. Dr. Marco Antônio Costa.

## ABSTRACT

The purpose of this study was to introduce the intervention of the pharmacist in a Basic Health Unit (UBS) in the municipality of Lunardelli – PR., in primary health care, with drugs available at the Paraná Saúde Consortium, using non-prescription drugs in relation to two aspects: the profile of the patients and the pharmacological in the selection of medicines. Clinical protocols and pharmaceutical therapeutic guidelines were developed to treat the selected self-limited health problems: scabies and pediculosis, fever, gastroesophageal reflux disease (heartburn or heartburn), constipation and dermatophytosis. The medications exempted from medical prescription were: permethrin, dipyrone, ibuprofen, paracetamol, aluminum hydroxide, lactulose, mineral oil and miconazole, available at UBS, members of the list of RENAME (National List of Essential Medicines). The profile of the patients observed the situations of pregnancy, pediatrics, breastfeeding, the elderly, renal and liver failure, diabetes, among others. The pharmacological profile observed the advantages and disadvantages of certain formulations, adapting them to the patients' daily needs. Conducts based on protocols guarantee confidence in the pharmacist's interventions and promote the integrality of person-centered care, in addition to promoting the rational use of the medication.

**Key words:** Pharmaceutical Services, Primary Health Care, Clinical Protocols, Nonprescription Drugs.

## **LISTA DE SIGLAS**

AINES – Anti-Inflamatórios Não Esteroides

CFR – Conselho Federal de Farmácia

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

DRGE – Doença Do Refluxo Gastroesofágico

FOI – Febre de Origem Indeterminada

IFN – Interferon

IL – Interleucina

LMC – Larva Migrans Cutânea

MIP – Proteínas Inflamatórias de Macrófagos

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PCDT – Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

SUS – Sistema único de Saúde

TNF – Fator de Necrose Tumoral

UEM – Universidade Estadual de Maringá

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Conduta farmacêutica frente à escabiose	p. 28
Figura 02 – Conduta farmacêutica frente à pediculose	p. 29
Figura 03 – Conduta farmacêutica frente à febre	p. 40
Figura 04 – Conduta farmacêutica frente à pirose	p. 46
Figura 05 – Conduta farmacêutica frente à constipação	p. 52
Figura 06 – Conduta farmacêutica frente à dermatofitose	p.58

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	19
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	19
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>20</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	20
<b>4 DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>21</b>
4.1 PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES FARMACÊUTICAS .....	21
4.1.1 Escabiose e Pediculose.....	21
4.1.1.1 Introdução .....	21
4.1.1.2 Classificação CIAP-2.....	23
4.1.1.3 Diagnóstico .....	24
4.1.1.4 Tratamento .....	24
4.1.1.4.1 Fármacos.....	24
4.1.1.4.2 Esquema de Administração .....	24
4.1.1.4.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção.....	25
4.1.1.4.4 Benefícios Esperados .....	26
4.1.1.5 Monitorização .....	26
4.1.1.6 Conduta Farmacêutica a Queixas Específicas .....	27
4.1.1.6.1 Orientações Gerais ao Paciente.....	27
4.1.1.6.2 Com Escabiose.....	28
4.1.1.6.3 Com Pediculose .....	29
4.1.2 Febre.....	30
4.1.2.1 Introdução .....	30
4.1.2.2 Classificação CIAP-2.....	31
4.1.2.3 Diagnóstico .....	31
4.1.2.4 Tratamento .....	33
4.1.2.4.1 Fármacos.....	34
4.1.2.4.2 Esquema de Administração .....	34
4.1.2.4.2.1 Dipirona .....	34
4.1.2.4.2.2 Ibuprofeno .....	34
4.1.2.4.2.3 Paracetamol.....	35
4.1.2.4.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção.....	35
4.1.2.5 Benefícios Esperados .....	35
4.1.2.6 Monitorização .....	35
4.1.2.7 Conduta Farmacêutica a Queixas Específicas .....	38
4.1.2.7.1 Orientações Gerais ao Paciente.....	39
4.1.2.7.2 Com Febre .....	40
4.1.3 Pirose ou Azia .....	41
4.1.3.1 Introdução .....	41
4.1.3.2 Classificação CIAP-2.....	41
4.1.3.3 Diagnóstico .....	42
4.1.3.4 Tratamento .....	42
4.1.3.4.1 Fármacos.....	42
4.1.3.4.2 Esquema de Administração .....	43
4.1.3.4.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção.....	43
4.1.3.5 Benefícios Esperados .....	44
4.1.3.6 Monitorização .....	44
4.1.3.7 Conduta Farmacêutica a Queixas Específicas .....	44
4.1.3.7.1 Orientações Gerais ao Paciente.....	44
4.1.3.7.2 Com Pirose .....	46

4.1.4 Constipação .....	47
4.1.4.1 Introdução .....	47
4.1.4.2 Classificação CIAP-2.....	47
4.1.4.3 Diagnóstico .....	48
4.1.4.4 Tratamento .....	48
4.1.4.4.1 Fármacos.....	49
4.1.4.4.2 Esquema de Administração .....	49
4.1.4.4.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção.....	50
4.1.4.5 Benefícios Esperados .....	50
4.1.4.6 Monitorização .....	50
4.1.4.7 Conduta Farmacêutica a Queixas Específicas .....	51
4.1.4.7.1 Orientações Gerais ao Paciente.....	51
4.1.4.7.2 Com Constipação .....	52
4.1.5 Micose – Dermatofitose.....	53
4.1.5.1 Introdução .....	53
4.1.5.2 Classificação CIAP-2.....	53
4.1.5.3 Diagnóstico .....	54
4.1.5.4 Tratamento .....	54
4.1.5.4.1 Fármacos.....	55
4.1.5.4.2 Esquema de Administração .....	55
4.1.5.4.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção.....	56
4.1.5.5 Benefícios Esperados .....	56
4.1.5.6 Monitorização .....	56
4.1.5.7 Conduta Farmacêutica a Queixas Específicas .....	56
4.1.5.7.1 Orientações Gerais ao Paciente.....	56
4.1.5.7.2 Com Dermatofitose .....	58
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>59</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>64</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>65</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O autocuidado é aquilo que as pessoas fazem para si próprias para estabelecer e manter a saúde, prevenir e tratar suas doenças, de acordo com o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Este é um conceito liberal que envolve: higiene (geral e pessoal); nutrição (tipo e qualidade dos alimentos ingeridos); estilo de vida (atividades esportivas, lazer etc.); fatores ambientais (condições de moradia, hábitos sociais etc.); fatores socioeconômicos (nível salarial, valores culturais etc.); uso responsável de medicamentos isentos de prescrição médica.

O papel fundamental do farmacêutico na saúde pública, com o propósito de promoção do autocuidado, está focado em promover informações e conselhos objetivos sobre medicamentos e o seu uso para o tratamento de doenças que possam ser autotratadas com sucesso<sup>1</sup>.

A automedicação responsável, de acordo com a OMS, é conceituada como a prática em que os indivíduos tratam suas doenças e condições utilizando apenas medicamentos que são aprovados e disponíveis para o uso, sem necessidade de prescrição por profissionais autorizados<sup>2</sup>.

A automedicação responsável é limitada ao uso de medicamentos de venda livre, denominados pela FDA (USA) como OTCD (*over-the-counter drug*)<sup>3</sup>, ou com outras nomenclaturas: Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP) ou Medicamentos não sujeitos à receita médica (MNSRM), Medicamentos Não Prescritos; Medicamentos de Venda Livre, entre outras.

Atualmente no Brasil, os MIP são regulamentados pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 98, de 1 de agosto de 2016<sup>4</sup>. Após a edição da RDC nº 98/16, foi

---

<sup>1</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The role of pharmacist in self-care and self-medication*. Report of the 4<sup>th</sup> WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. Geneva: Department of Essential Drugs and Other Medicines/WHO; 1998 (WHO/DAP/98.13).

<sup>2</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The role of pharmacist in self-care and self-medication*. Report of the 4<sup>th</sup> WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. Geneva: Department of Essential Drugs and Other Medicines/WHO; 1998 (WHO/DAP/98.13).

<sup>3</sup> SHERAZI BA, MAHMOOD KT, AMIN F, ZAKA M, RIAZ M, JAVED A. *Prevalence and Measure of Self Medication: A Review*. J. Pharm. Sci. & Res 2012; 4(3):1774-8.

<sup>4</sup> ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *RDC Nº 98, DE 1º DE AGOSTO DE 2016*. Dispõe sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição, e dá outras providências. Publicado em: 03/08/2016.

instituída a lista de medicamentos isentos de prescrição (LMIP) pela Instrução Normativa/Anvisa – IN nº 11/16 (30/9/2016), estabelecendo os grupos terapêuticos, indicações terapêuticas, restrições e permissões e, ainda, dispondo sobre os critérios e procedimentos para a classificação de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição, além de outros aspectos.

Alguns analgésicos, antitérmicos, antiácidos, antiparasitários, antimicóticos e laxantes são classes que apresentam medicamentos enquadrados nessa categoria.

No entanto, é fundamental que o paciente obtenha informações adequadas para a escolha do medicamento, função esta que é de responsabilidade do farmacêutico, que deve prover ao paciente informações que apontem para medicamentos que não incorram em riscos à saúde<sup>5</sup>.

As primeiras iniciativas sobre o atendimento das expectativas, necessidades e preocupações das pessoas que acorrem às farmácias de qualquer natureza ou a serviços farmacêuticos são de Brodie (1973, 1975)<sup>6</sup> ao estabelecer os serviços que devem acompanhar a dispensa de medicamentos, com o propósito de garantir a efetividade, segurança e qualidade do tratamento<sup>7</sup>. O conceito de Brodie *et al* (1980) foi externado desta forma:

[...] em um sistema de saúde, o componente medicamento é estruturado para fornecer um padrão aceitável de atenção farmacêutica para pacientes de ambulatório e internos, em que atenção farmacêutica apresenta-se sendo o conjunto de necessidades da terapêutica farmacológica do indivíduo e o fornecimento não apenas dos medicamentos necessários, mas também dos serviços para garantir uma terapêutica segura e efetiva. Incluindo mecanismos de controle que facilitem a continuidade da assistência<sup>8</sup> (tradução nossa).

A OMS, em 1988, em Nova Délhi (Índia), estabeleceu o conjunto de conhecimentos e habilidades em que se baseia a contribuição dos farmacêuticos ao sistema de saúde; revisando as contribuições dos farmacêuticos na aquisição, controle, distribuição e uso racional dos medicamentos, assim como outras funções desse profissional em relação à saúde; propondo as

<sup>5</sup> HANNA, Lezley-Anne. HUGHES, Carmel M. *First, do no harm: factors that influence pharmacists making decisions about over-the-counter medication: a qualitative study in Northern Ireland*. Drug Safety, v.33, n. 3, p.245-55. 2010 e Mikeal RL, Brown TR, Lazarus HL, Vinson MC. *Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals*. Am.J. Hosp. Pharm.,v. 32, n.6, p.567-574,1975.

<sup>6</sup> BRODIE DC. *Is pharmaceutical education prepared to lead its profession?* The Ninth Annual Rho Chi Lecture. Rep Rho Chi 39: 6-12, 1973.

<sup>7</sup> BRODIE DC, Parish PA, Poston J.W. *Societal needs for drugs and drug-related services*. Am J Pharm Ed. 44:276-278, 1980.

<sup>8</sup> BRODIE DC, Parish PA, Poston J.W. *Societal needs for drugs and drug-related services*. Am J Pharm Ed. 44:276-278, 1980.

mudanças necessárias no ensino de graduação e pós-graduação, na educação continuada dos farmacêuticos e no treinamento do pessoal de apoio; propondo também a ação necessária para a otimização da função dos farmacêuticos nos sistemas de atenção à saúde e as providências relativas ao monitoramento das mudanças e ações anteriormente descritas<sup>9</sup>.

A OMS, em 1993, em Tóquio (Japão), conceituou o papel do farmacêutico como agente de saúde e descreveu suas atribuições e responsabilidades no âmbito individual e coletivo, delineando o papel do farmacêutico no sistema de Atenção à Saúde<sup>10</sup>. Em 1997, em Vancouver (Canadá), a OMS, ao analisar a necessidade de serviços farmacêuticos nos sistemas de saúde, em várias situações mundiais, identificou funções consideradas essenciais da profissão, como: provedor de cuidados; ser capaz de tomar decisões; comunicador; líder; gerente; aprendiz permanente; educador<sup>11</sup>.

A compreensão da contribuição dos farmacêuticos nos sistemas de saúde mostra que os profissionais devem deter conhecimentos, atitudes, habilidades e comportamentos específicos para o desempenho efetivo desses papéis.

No Brasil, o consenso sobre Atenção Farmacêutica (2002) conceituou um modelo de prática profissional, com o propósito de atender às necessidades da terapêutica farmacológica dos pacientes e resolver os problemas em relação aos medicamentos<sup>12</sup>.

Dalla Costa (2000), em estudo realizado em relação à disponibilidade de medicamentos nos domicílios, ao seu uso irracional e inadequado em diferentes etapas de vida, ressalta a necessidade e importância de um profissional habilitado para o acompanhamento da utilização do medicamento pós-comercialização<sup>13</sup>.

De acordo com Loyola *et al* (2002), aproximadamente metade dos pacientes em uso de medicamentos não faz concordância ao tratamento estabelecido pelo médico. Alguns

---

<sup>9</sup> OMS. Organização Mundial da Saúde. *O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde*: Relatório do Grupo Consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13-16 de dezembro de 1988. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Conselho Federal de Farmácia; 2004.

<sup>10</sup> OMS. Organização Mundial da Saúde. *El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud*: Informe de La Reunión de La OMS. Normas de Calidad de los Servicios Farmacéuticos: buenas prácticas de farmacia. Tóquio: Organización Panamericana de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud; 1993.

<sup>11</sup> OMS. Organização Mundial da Saúde. *Relatório de um terceiro grupo consultivo da OMS sobre o papel do farmacêutico*. O papel do farmacêutico no sistema de saúde, preparando o futuro farmacêutico: desenvolvimento curricular. Vancouver: Organização Mundial da Saúde; 1997.

<sup>12</sup> OPAS. Organização Panamericana da Saúde. *Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos - relatório 2001 – 2002* [Internet]. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2002. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/medicamentos/temas\\_documentos\\_detalhe.cfm?id=43&iddoc=245](http://www.opas.org.br/medicamentos/temas_documentos_detalhe.cfm?id=43&iddoc=245)> Acesso em: abr. 2019.

<sup>13</sup> DALLA COSTA, E. M, O Enfoque Familiar na formação dos profissionais farmacêuticos. *Revista Olho Mágico*, v.22, p.16-18, 2000.



aspectos contribuem para diminuir o conhecimento do paciente em relação ao seu tratamento farmacológico. Assim, o paciente tem dificuldade de associar a farmácia a um dos locais privilegiados para a obtenção de informação, atribuindo à falta de aconselhamento oral, escrito e pessoal<sup>14</sup>.

A consulta farmacêutica e outras atribuições clínicas do farmacêutico, no Brasil, está regulada pela Resolução/CFF nº 585/13<sup>15</sup>, que estabelece como consulta farmacêutica o atendimento realizado pelo farmacêutico ao paciente, respeitando os princípios éticos e profissionais, com a finalidade de obter os melhores resultados com a farmacoterapia e promover o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde.

A prescrição farmacêutica, no Brasil, é regulada pela Resolução/CFF nº 586/13, como ato em que o farmacêutico seleciona e documenta as terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado e à saúde do paciente, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde<sup>16</sup>. Os detalhes em relação às atribuições clínicas do farmacêutico foram regulados pela Resolução/CFF nº 585/13.

Dessa forma, o farmacêutico, pode prescrever medicamentos selecionados em programas de saúde no âmbito do sistema público, em rotinas de instituições ou de acordo com protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas pré-estabelecidos, conceituados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC):

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) os quais são documentos que visam garantir o melhor cuidado à saúde do paciente ou usuário do SUS. São os documentos oficiais do Ministério da Saúde que estabelecem para várias doenças como devem ser feitos o diagnóstico, o tratamento (com critérios de inclusão e exclusão definidos) e o acompanhamento dos pacientes. Eles incluem informações sobre medicamentos, exames e demais terapias e são elaborados a partir de dados confiáveis e com qualidade científica. Esses PCDT devem ser utilizados por profissionais de saúde e gestores do sistema de saúde<sup>17</sup>.

Dentro do desajustado sistema de saúde do nosso País, para as necessidades imediatas do doente, faz com que ele se sinta perdido no "labirinto" dos vários subsistemas de assistência existentes. A farmácia é uma instituição de saúde de

---

<sup>14</sup> LOYOLA, ANTONIO I, UCHOA, ELIZABETH, GUERRA, HEN-RIQUE, FIRMO JOSÉLIA, COSTA, MERIA FERNANDA. Prevalência e fatores associados a automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública* v.36, n.1, p. 20-26, 2002).

<sup>15</sup> BRASIL. RESOLUÇÃO/CFF Nº 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>> Acesso em abr. 2019.

<sup>16</sup> BRASIL. RESOLUÇÃO/CFF Nº 586 DE 29 DE AGOSTO DE 2013. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>> Acesso em abr. 2019.

<sup>17</sup> BRASIL. CONITEC. *Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS*. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/protocolo-clinico>> Acesso em abr. 2019.

acesso fácil e gratuito, onde o doente procura, muitas vezes, em primeiro lugar, o conselho amigo, franco, desinteressado, mas seguro, do farmacêutico. Torna-se imprescindível para o farmacêutico ter a noção exata da sua capacidade e dos limites da sua intervenção para que assuma a atitude correta, no momento oportuno, avaliando a situação do doente, conduzindo-o se necessário a uma consulta médica ou para o hospital, em caso de verdadeira urgência<sup>18</sup>.

As condutas farmacêuticas vêm mudando nas últimas décadas. O farmacêutico deixa de ser um mero dispensador de medicamentos ou um manipulador de produtos farmacêuticos e passa a assumir seu papel como um membro da equipe de manutenção da assistência à saúde, nos hospitais, na farmácia comunitária, nos laboratórios, nas indústrias ou nas instituições educacionais<sup>19</sup>.

O modelo de atenção farmacêutica está crescendo em importância em razão dos desafios do autocuidado de saúde, o qual se dá em múltiplos aspectos, como: socioeconômicos; estilo de vida; acesso aos medicamentos; a potência crescente de administrar alguns problemas de saúde por meio do autocuidado; a saúde pública e fatores ambientais; grande disponibilidade de produtos medicinais e fatores demográficos e epidemiológicos<sup>20</sup>.

Para os farmacêuticos, o seu envolvimento com o autocuidado significa uma necessidade crescente de um grau de responsabilidade elevado para com os consumidores<sup>21</sup>.

As funções do farmacêutico em relação ao autocuidado e ao uso responsável de medicamentos isentos de prescrição se dão como comunicador; fornecedor de medicamentos de qualidade; promotor da saúde; colaborador; supervisor e educador. No desenvolvimento desta última função, deve haver a atualização do profissional com a finalidade de aprimorar e melhorar a assistência prestada aos usuários e também no desenvolvimento do autocuidado de maneira responsável, autônoma e livre, cuidando assim de si mesmo. O exercício e as atividades dos farmacêuticos nas intervenções com o paciente devem conter diretrizes gerais e específicas a cada problema de saúde que será avaliado mediante protocolos de referência.

---

<sup>18</sup> ZUBIOLI, A. *A Farmácia Clínica na Farmácia Comunitária*. 1. ed. Brasília: Ethosfarma: Cidade Gráfica, v. 1, 2001.

<sup>19</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The role of pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4<sup>th</sup> WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist*. Geneva: Department of Essential Drugs and Other Medicines/WHO; 1998 (WHO/DAP/98.13).

<sup>20</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The role of pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4<sup>th</sup> WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist*. Geneva: Department of Essential Drugs and Other Medicines/WHO; 1998 (WHO/DAP/98.13).

<sup>21</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The role of pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4<sup>th</sup> WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist*. Geneva: Department of Essential Drugs and Other Medicines/WHO; 1998 (WHO/DAP/98.13).

Sendo assim observa-se que a assistência farmacêutica se configura como o conjunto de ações e serviços que têm o propósito de garantir a assistência terapêutica integral e a promoção, proteção, recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e particulares, a fim de garantir o uso racional dos medicamentos<sup>22</sup>.

O sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP2) – é um instrumento adequado à Atenção Básica (AB) que permite classificar questões relacionadas às pessoas e não a doenças. Permite classificar não só os problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, mas os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe, seguindo a sistematização SOAP, de Lawrence Weed (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), podendo ser utilizado por todos os profissionais de saúde<sup>23</sup>. Dessa forma, de acordo com essa função de prestação de serviços, será feita a revisão da literatura, com o propósito de elaboração de cinco protocolos clínicos e terapêuticos para a integração das práticas de cuidado do paciente.

---

<sup>22</sup> BRASIL. LEI Nº 13.021, DE 8 DE AGOSTO DE 2014. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13021-8-agosto-2014-779151-normaatualizada-pl.pdf>> Acesso em abr. 2019.

<sup>23</sup> WHO. *World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009 <[http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil\\_atualizado.pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf)> Acesso em fev. 2021.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo é elaborar protocolos clínicos e diretrizes farmacêuticas, voltados aos problemas de saúde autolimitados que, corriqueiramente, fazem parte da demanda espontânea na atenção primária à saúde e, assim, dar subsídio ao desenvolvimento das habilidades e atitudes do farmacêutico, com o propósito de prepará-lo para aplicar o serviço da consulta farmacêutica, tendo como fundamento os medicamentos isentos de prescrição disponíveis pelo Consórcio Paraná Saúde, os quais integram a relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME) do município de Lunardelli – PR.

### 2.2 Objetivo Específicos

O objetivo geral deste estudo conta com outros mais específicos, a saber:

- a) Elaborar diretrizes gerais e específicas das intervenções do farmacêutico na utilização de medicamentos isentos de prescrição, observando dois aspectos: o perfil dos doentes e a seleção dos medicamentos;
- b) Padronizar os medicamentos isentos de prescrição e a conduta que deve ser adotada pelo farmacêutico na consulta;
- c) Criar subsídio para que o farmacêutico realize a gerência do problema de saúde adequado a cada paciente, com segurança;
- d) Desenvolver uma prescrição farmacológica ou não, coerente às atribuições do farmacêutico, melhorando a qualidade de vida da população assistida e desafogando as filas dos consultórios da Unidade Básica de Saúde (UBS) no SUS.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 Tipo de Estudo

Para a realização deste estudo de revisão bibliográfica da literatura sobre autocuidado em saúde, focalizado na prescrição farmacêutica e automedicação responsável, foi realizada uma coleta de dados, no *Google Scholar*. As expressões procuradas foram “autoprescrição”, “prescrição farmacêutica”, “automedicação responsável”, “*responsible self-medication*”, “*pharmaceutical prescription*” e “*self care*” em artigos publicados nos últimos 15 anos (2006-2021).

A iniciativa da criação destes protocolos se deu pela percepção do profissional farmacêutico, ao observar, durante o serviço de dispensação, o grande número de receituários médicos que contém os medicamentos isentos de prescrição, os quais, por meio de consulta realizada pelo farmacêutico, também podem ser prescritos legalmente por esse profissional com a mesma segurança, eficiência e humanização.

Foram elaborados PCDT's para tratar alguns problemas de saúde autolimitados como: escabiose e pediculose, febre, pirose ou azia, obstipação ou constipação e dermatofitose, os quais podem ser tratados pelo profissional farmacêutico com medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exige prescrição médica. Os medicamentos selecionados e apropriados para as necessidades clínicas descritas nos PCDT's deste trabalho são: permetrina, dipirona, ibuprofeno, paracetamol, hidróxido de alumínio, lactulose, óleo mineral e miconazol.

Estes PCDT's servirão de guia na consulta farmacêutica e irão regular as prescrições de medicamentos em qualquer unidade básica de saúde, pois fazem parte do elenco do componente básico da relação nacional de medicamentos (RENAME) e, no estado do Paraná, estão disponíveis para aquisição na listagem do Consórcio Paraná Saúde.

## 4 DESENVOLVIMENTO

### 4.1 Protocolos Clínicos e Diretrizes Farmacêuticas

#### 4.1.1 Escabiose e Pediculose

##### 4.1.1.1 Introdução

Doenças ectoparasitárias, a exemplo da pediculose, da escabiose, da tungíase e da larva migrans cutânea (LMC), são muito comuns em comunidades carentes no Brasil. É frequente a presença de infestação severa e consequentes complicações. Apesar disso, programas de controle para essas doenças são quase inexistentes. Assim, tais doenças estão comumente sendo negligenciadas tanto pelos profissionais e autoridades de saúde quanto pela população afetada<sup>24</sup>. Como consequência, o controle de ectoparasitas em populações carentes tem sido raramente debatido no Brasil e em outros países nos quais doenças parasitárias são comuns<sup>25</sup>.

Estima-se que até dois terços da população da periferia das cidades maiores e de comunidades carentes rurais são afetados por pelo menos uma ectoparasitose, mais comumente pelo piolho, pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* ("sarna") e pela pulga *Tunga penetrans* ("bicho de pé")<sup>26</sup>.

A pediculose é causada pela infestação pelo *Pediculus humanus corporis* (piolho do corpo) ou pelo *Pediculus humanus capitis* (piolho do couro cabeludo). O piolho do couro cabeludo comumente causa infecções secundárias e é considerado uma das causas principais de impetigo nas populações de países em desenvolvimento<sup>27</sup>. As crianças infestadas podem apresentar baixo desempenho escolar por dificuldade de concentração, consequência do

---

<sup>24</sup> HEUKELBACH, J.; van HAEFF, E.; RUMP, B.; WILCKE, T.; MOURA, R. C. & FELDMEIER, H., *Parasitic skin diseases: Health care-seeking in a slum in Northeast Brazil*. Tropical Medicine and International Health, 2003b, 8:368-373.

<sup>25</sup> HEUKELBACH, J.; MENCKE, N. & FELDMEIER, H., *Cutaneous larva migrans and tungiasis: The challenge to control zoonotic ectoparasitoses associated with poverty*. Tropical Medicine and International Health, 2002, 7:907-910.

<sup>26</sup> WILCKE, T.; HEUKELBACH, J.; SABÓIA-MOURA, R. C. & FELDMEIER, H., *Scabies, pediculosis, tungiasis and cutaneous larva migrans in a poor community in northeast Brazil*. Acta Tropica, 2002a, 83 (Sup. 1): S100.

<sup>27</sup> BURGESS, I. F. Human lice and their management. *Advances in Parasitology*, 36:271-342, 1995.

prurido contínuo e distúrbios do sono. Crianças com infestação severa também podem desenvolver anemia devido à hematofagia do piolho<sup>28</sup>.

Taxas de prevalência do piolho de couro cabeludo podem chegar a 40% em comunidades carentes no Brasil, sendo que atinge 30% das crianças em fase escolar<sup>29</sup>. A principal via de transmissão ocorre de cabeça a cabeça, mas é necessário um contato repetido e prolongado para atingir taxas de transmissão significantes<sup>30</sup>. A transmissão por meio de fômites é bastante discutível. Alguns autores consideram que essa via de transmissão desempenha papel significativo<sup>31</sup>; porém, a sua importância em saúde pública ainda não está definida. Foi demonstrado que a transmissão em escolas não ocorre livremente de uma criança para outra, mas entre os amigos mais próximos<sup>32</sup>.

A ftíriase ("chato") é causada pelo parasita *Pthirus pubis*. A biologia desse parasita é semelhante à do *P. humanus capitis*, sendo que aquele habita o pelo da região púbica. Em casos singulares, o *P. pubis* pode também atingir outras partes do corpo, como a barba, os cílios, os pelos axilares e até o couro cabeludo. A transmissão ocorre por contato físico muito próximo, principalmente pelo contato sexual. Dados populacionais sobre a ftíriase são inexistentes no nosso país<sup>33</sup>.

A escabiose humana ("sarna") é causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei var hominis*. O prurido cutâneo leva comumente a uma infecção secundária e é causado por uma reação alérgica a produtos metabólicos do ácaro<sup>34</sup>. A transmissão ocorre por contato direto, inclusive sexual. A transmissão por meio de fômites pode ocorrer, porém, em condições normais, o contato físico é a única via de transmissão de importância epidemiológica<sup>35</sup>. Condições socioeconômicas precárias, aglomerações, não aderência aos tratamentos tópicos frequentemente utilizados e o desenvolvimento de resistência medicamentosa são os grandes

<sup>28</sup> LINARDI, P. M. Anoplura. In: *Parasitologia Humana* (D. P. Neves, A L. Melo, O. Genaro & P. M. Linardi, org.). São Paulo: Editora Atheneu, 2002, p. 368-372.

<sup>29</sup> WILCKE, T.; HEUKELBACH, J.; SABÓIA-MOURA, R. C. & FELDMEIER, H., *Scabies, pediculosis, tungiasis and cutaneous larva migrans in a poor community in northeast Brazil*. *Acta Tropica*, 2002a, 83 (Sup. 1): S100.

<sup>30</sup> CANYON, D. V.; SPEARE, R. & MULLER, R. Spatial and kinetic factors for the transfer of head lice (*Pediculus capitis*) between hairs. *Journal of Investigative Dermatology*, 2002, 119:629-631.

<sup>31</sup> BURKHART, C. N. *Fomite transmission with head lice: A continuing controversy*. *Lancet*, 2003, 361, p. 99-100.

<sup>32</sup> BURGESS, I. F. Human lice and their management. *Advances in Parasitology*, 36:271-342, 1995.

<sup>33</sup> HEUKELBACH J; SALES DE OLIVEIRA FA; FELDMEIER H. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. *Cad. Saúde Pública* vol.19 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2003 <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500032>> Acesso em fev. 2019.

<sup>34</sup> BURGESS, I. F. *Sarcoptes scabiei* and Scabies. *Advances in Parasitology*, 1994, 33, p. 235-292.

<sup>35</sup> BURGESS, I. F. *Sarcoptes scabiei* and Scabies. *Advances in Parasitology*, 1994, 33, p. 235-292.

responsáveis pela manutenção de altas taxas de prevalência, sobretudo em populações carentes. Nesse meio, a prevalência atinge cerca de 10%<sup>36</sup>.

O controle efetivo da pediculose e da escabiose em saúde pública deve ser baseado no tratamento em massa associado à educação em saúde. Em especial no controle da escabiose, é necessário o tratamento de todos os membros da família do indivíduo acometido e dos parceiros sexuais, inclusive dos assintomáticos. Nesse caso, não há necessidade de lavar ou tratar a roupa, pois o ácaro não sobrevive muito tempo fora do hospedeiro humano<sup>37</sup>.

Infelizmente, o tratamento extensivo aos contatos mais próximos do indivíduo acometido raramente acontece, seja por falta de informação da população, pela negligência dos profissionais de saúde ou ainda pela não aderência do paciente ao tratamento tópico, pois substância que causa ardor, tem odor forte e exige várias aplicações de único medicamento para escabiose disponível nas farmácias básicas do SUS.

O tratamento baseado na aplicação de substâncias tópicas é particularmente problemático, devido à baixa concordância e à presença de resistência do parasita a várias dessas substâncias. Os piretróides, apesar do maior custo, têm a vantagem de ser menos irritante, de odor menos desagradável e podem ser aplicados em crianças pequenas, ao contrário da ivermectina, contraindicada em menores de cinco anos, indivíduos de peso inferior a 15kg, grávidas, nutrízes e indivíduos com afecções do sistema nervoso central. Um tratamento muito eficaz é o mecânico, com a utilização do pente fino, tendo de ser utilizado várias vezes.

#### 4.1.1.2 Classificação CIAP–2

S72 – Escabiose/outras acaríases<sup>38</sup>.

S73 – Pediculose/outras infecções de pele<sup>39</sup>.

---

<sup>36</sup> WILCKE, T.; HEUKELBACH, J.; SABÓIA-MOURA, R. C. & FELDMEIER, H., Scabies, pediculosis, tungiasis and cutaneous larva migrans in a poor community in northeast Brazil. *Acta Tropica*, 2002a, 83 (Sup. 1): S100.

<sup>37</sup> BURGESS, I. F. *Sarcoptes scabiei* and Scabies. *Advances in Parasitology*, 1994, 33, p. 235-292.

<sup>38</sup> WHO. *World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009 < [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil\\_atualizado.pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf) > Acesso em fev. 2021.



#### 4.1.1.3 Diagnóstico

O diagnóstico é feito visualmente pela análise das lesões causadas e por sua localização e pode ser confirmado pela identificação do parasita no microscópio.

#### 4.1.1.4 Tratamento

As medidas não farmacológicas no tratamento são muito eficazes e são mecânicas, com a utilização do pente fino e a catação de parasitas.

As medidas de higiene evitam a reinfestação, por exemplo, troca diária de vestuário e de roupas de cama, devendo ser fervidas e passadas a ferro bem quente.

O tratamento farmacológico se dá com o uso da classe dos piretróides, uso tópico, ou seja, local. É feito à base de inseticidas especiais ou escabicidas disponíveis no Consórcio Paraná Saúde.

##### 4.1.1.4.1 Fármacos

A Permetrina a 1% (10 mg/mL) é indicada para o tratamento de pediculose, causada por *Pediculus humanus va. capitis* e seus ovos.

A Permetrina a 5% (50 mg/mL) é indicada para o tratamento de infestações por *Sarcoptes scabiei* (escabiose) e atua na membrana da célula nervosa, bloqueando a corrente dos canais de sódio, causando atraso na repolarização e consequente paralisia do inseto<sup>40</sup>.

##### 4.1.1.4.2 Esquema de Administração

---

<sup>39</sup> WHO. *World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009 < [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil\\_atualizado.pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf) > Acesso em fev. 2021.

<sup>40</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010*: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf) > Acesso em fev. 2021.

PERMETRINA 1%: lavar o cabelo, enxaguar e enxugar com a toalha. Agitar bem o frasco de permetrina e aplicar nos cabelos ainda úmidos, cobrindo todo o couro cabeludo, esfregando abundantemente em toda a extensão, principalmente atrás das orelhas e na nuca, local em que os piolhos e as lêndeas se concentram mais.

Assegurar-se de que todo o couro cabeludo ficou bem encharcado para não afetar o tratamento.

Deixar o produto agir por 10 minutos. Passar o pente fino para a remoção dos piolhos e das lêndeas. Enxaguar o cabelo com água morna e enxugar com a toalha.

A quantidade de permetrina necessária depende do volume e tamanho dos cabelos, pode ser necessário usar o frasco inteiro e, em alguns casos de cabelos mais longos, pode ser necessário mais de um frasco<sup>41</sup>.

PERMETRINA 5%: há uma dosagem suficiente para cobrir o corpo inteiro em apenas uma aplicação em diferentes faixas etárias, sendo, adultos, idosos e crianças acima de 12 anos, até 30 ml de produto. Não mais que 60 ml deve ser usado em uma única aplicação. Crianças de 6 – 12 anos - até 15 ml de produto. Crianças de 2 – 5 anos - até 7,5 ml de produto. Em todas as faixas etárias, cerca de 90% dos indivíduos são curados com uma aplicação do produto. O produto deve ser removido, com lavagem com água depois de 8 a 14 horas. Bebês devem ter o couro cabeludo, nuca e têmporas tratadas. Após a aplicação do produto, as mãos devem ser lavadas antes de comer. O produto deve ser reaplicado nas mãos se elas forem lavadas dentro de 8 horas do tratamento<sup>42</sup>.

#### 4.1.1.4.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

A presença de piolhos e lêndeas, após 7 dias da primeira aplicação, requer a procura do farmacêutico para uma avaliação e, se necessário, aplicar o medicamento pela segunda vez. Após 7 dias da segunda aplicação, caso o paciente ainda encontre algum piolho vivo, deverá procurar o médico.

---

<sup>41</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.*

<sup>42</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.*

Os pacientes podem apresentar prurido persistente após o tratamento com Permetrina 5%. Isto raramente é sinal de falha no tratamento e não é uma indicação para a reaplicação do produto. Uma segunda aplicação pode ser necessária entre 7 a 10 dias após o primeiro tratamento, se as lesões originais não forem curadas ou caso novas lesões na pele apareçam, nessa situação procure um farmacêutico.

#### 4.1.1.4.4 Benefícios Esperados

É importante assegurar que o tratamento foi realizado corretamente, para que o produto possa ter efeito desejado, eliminando assim totalmente a infestação dos parasitas.

#### 4.1.1.5 Monitorização

O paciente deve testar a permetrina em uma pequena área do couro cabeludo para saber se tem hipersensibilidade. Se o paciente apresentar coceira, vermelhidão ou irritação no couro cabeludo, na área de teste, o produto não deverá ser aplicado. Se o paciente apresentar alguma irritação e não houver melhora com a suspensão do uso do produto, ele deverá procurar o médico.

A permetrina não deve ser aplicada na presença de algum ferimento, inflamação, queimadura ou outros tipos de lesões no couro cabeludo. Em caso de contato acidental com os olhos, o paciente deve lavar abundantemente com água corrente. Em caso de ingestão acidental do produto, o paciente deve procurar orientação médica imediatamente.

A permetrina não tem atividade preventiva, o paciente deve usá-la na presença de piolhos vivos ou lêndeas.

Crianças menores de 2 anos de idade devem ser tratadas apenas com a remoção manual ou utilização do pente-fino.

Categoria de Risco na Gestação: B – Não há estudos adequados em mulheres. Em experiência em animais não foram encontrados riscos, mas foram encontrados efeitos colaterais que não foram confirmados nas mulheres, especialmente durante o último trimestre de gravidez. A permetrina é o fármaco de eleição para o tratamento da escabiose e da pediculose durante a gravidez e amamentação.

Não é necessário ajuste da dose em pacientes com insuficiência renal e/ou hepática. O paciente poderá ter algumas reações indesejáveis, tais como parestesia e alterações na pele (eczema, edema, vermelhidão, coceira, queimação, irritação, desconforto e dor).

Em casos de aplicação em grandes quantidades, o paciente pode raramente apresentar tontura, perda de apetite, náusea, vômito, dor de cabeça, fraqueza, convulsão e perda de consciência.

Pessoas que aplicam este produto rotineiramente podem usar luvas, para evitar uma possível irritação nas mãos.

Não foram relatados casos de interações medicamentosas.

#### **4.1.1.6 Conduta Farmacêutica a Queixas Específicas**

##### 4.1.1.6.1 Orientações Gerais ao Paciente

Agitar a loção antes do uso.

Manter a temperatura ambiente, entre 15°C e 30°C.

Proteger da luz, calor e umidade.

Evitar congelamento.

Orientar sobre o uso externo em pele íntegra, em caso de contato com os olhos, lavar abundantemente com água corrente.

Aplicar com cuidado nos espaços interdigitais e não lavar as mãos após a aplicação.

O tratamento de pediculose do couro cabeludo deve ser acompanhado de uso de pente fino.

Troca diária de vestuário e de roupas de cama. As roupas devem ser fervidas e passadas a ferro bem quente para não haver reinfestação.

Usar sabonetes neutros, pois sabonetes escabícidias aumentam o risco de irritação.

É necessário investigar infestação em familiares e pessoas próximas e tratá-los, quando necessário.

Após o tratamento da escabiose, a prurido pode permanecer por algumas semanas; isso raramente significa falha no tratamento e não é indicativo para repetição do tratamento<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.*

## 4.1.1.6.2 Com Escabiose

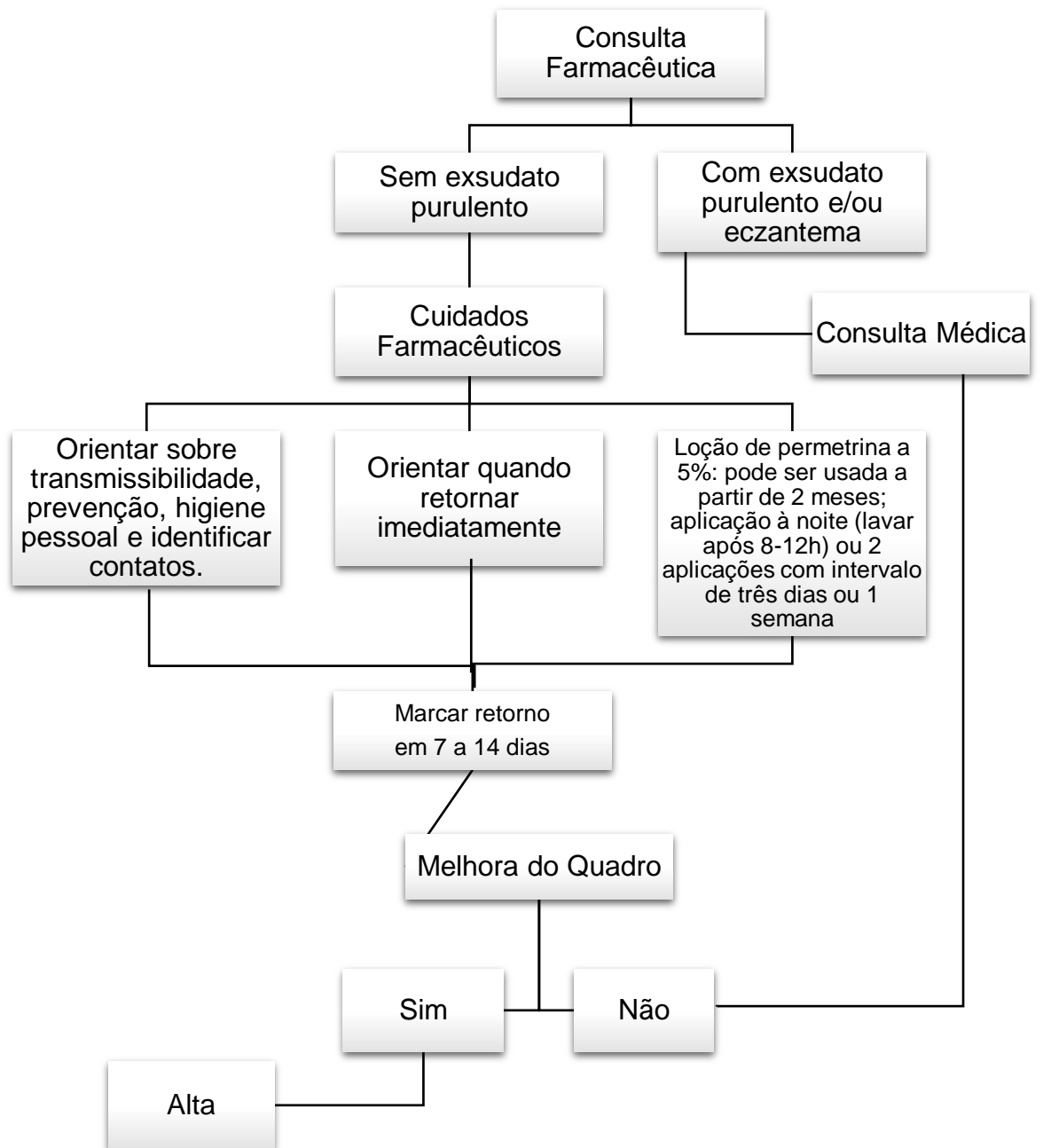


Figura 01 – Conduta farmacêutica frente à escabiose. Fonte: Elaborada pelo autor.

## 4.1.1.6.3 Com Pediculose

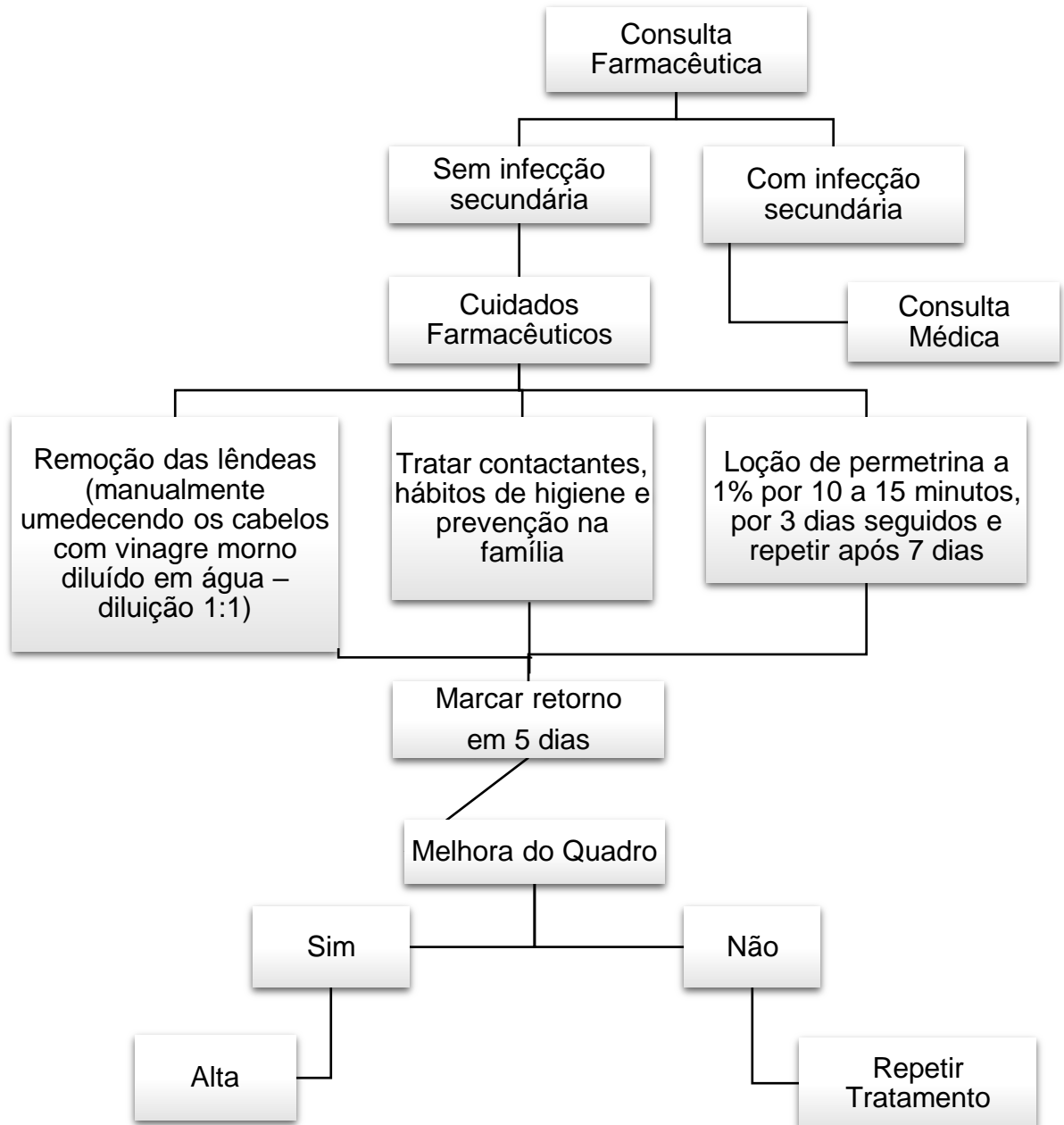


Figura 02 – Conduta farmacêutica frente à pediculose. Fonte: Elaborada pelo Autor.

#### 4.1.2 Febre

##### 4.1.2.1 Introdução

A regulação da febre compreende elementos termorreceptores, centros termorreguladores e efetadores. Estímulos oriundos de receptores cutâneos para o frio e o calor são integrados no hipotálamo. O centro regulador da perda de calor localiza-se no hipotálamo anterior e o centro responsável pela conservação de calor, no hipotálamo posterior. Há sugestão de que esses centros sejam modulados por substâncias endógenas.

A termorregulação é efetuada por alterações no fluxo sanguíneo cutâneo, na atividade das glândulas sudoríparas e na ventilação pulmonar.

A febre pode ser produzida por micro-organismos intactos, produtos microbianos, complexos imunes, antígenos não microbianos, drogas e outras agentes farmacológicos, por meio da liberação de pirógenos exógenos ou por fatores decorrentes de trauma celular, necrose, reações antígeno-anticorpo, rejeição de enxertos de tecidos (ativadores primários). Este tipo de febre difere da associada a ambientes superaquecidos ou a exercícios muito intensos, que resultam, primariamente, de desequilíbrio entre perda e ganho de calor.

No caso dos pirógenos exógenos ou ativadores primários, o que ocorre é que eles atuam sobre neutrófilos e, eventualmente, sobre monócitos e macrófagos, determinando a formação e a liberação de pirógenos endógenos. Estes são uma família de proteínas de peso molecular entre 10.000 e 20.000, com várias características químicas análogas: ponto isoeletrico 7, termo labilidade e susceptíveis de inativação em pH básico.

A presença do pirógeno endógeno (IL-1 e IL-6, o TNF e o IFN e, mais recentemente descritos, a IL-8 e o MIP-1) no hipotálamo anterior altera a excitabilidade e termossensibilidade dos neurônios à variação de temperatura, especialmente dos neurônios sensíveis ao frio. A temperatura sanguínea normal (36 - 37°C) passa a ser estímulo capaz de ativar tais neurônios que começam a promover a produção de calor (tremor) e a sua conservação (por vasoconstrição periférica).

Não existem evidências de que a ação dos pirógenos endógenos se faça por meio de receptores neuronais. Sugeriu-se que essa ação pudesse ser indireta, pela liberação de mediadores (monoaminas, prostaglandinas) ou mobilização de íons de cálcio. A ocorrência de um intervalo de tempo entre a aplicação do pirógeno endógeno no hipotálamo anterior e o aparecimento de um quadro de hipertermia é argumento favorável a um mecanismo indireto.

Fármacos que determinam a diminuição das reservas de monoaminas (serotonina, catecolaminas), como a reserpina, causam hipotermia. Entretanto, o mecanismo de ação dos antitérmicos de uso clínico tem sido recentemente atribuído a outros fatores.

Há sugestões de que a ação antifebril dessas substâncias (dipirona, ibuprofeno, paracetamol e análogos) decorra de um bloqueio da síntese de prostaglandinas no sistema nervoso central.

A elevação da temperatura corporal acima da faixa de normalidade (37,5°C-axilar/ 37,8°C-oral/ 38°C-retal) é associada a um aumento no ponto de ajuste hipotalâmico (o que a diferencia de uma hipertermia, que não provoca alteração no centro hipotalâmico). A febre não é uma doença, é um mecanismo de resposta do organismo a uma possível alteração fisiológica.

Em resumo, a febre ocorre pela ação de fatores pirogênicos sobre o centro termorregulador do hipotálamo, elevando o limiar térmico e desencadeando respostas metabólicas de produção e conservação de calor (tremores, vasoconstrição periférica, aumento do metabolismo basal)<sup>44 45 46</sup>.

#### 4.1.2.2 Classificação CIAP–2

A03 – Febre<sup>47</sup>

#### 4.1.2.3 Diagnóstico

O diagnóstico de febre é basicamente clínico, ou seja, a aferição da temperatura (37,5°C axilar/ 37,8°C oral/ 38°C retal) juntamente com os principais sinais e sintomas são suficientes. A anamnese e o exame físico somados ditarão a conduta, incluindo a necessidade de exames complementares e tratamento específico.

---

<sup>44</sup> BRODIE DC. *Is pharmaceutical education prepared to lead its profession?* The Ninth Annual Rho Chi Lecture. Rep Rho Chi 39: 6-12, 1973.

<sup>45</sup> GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

<sup>46</sup> KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. *Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

<sup>47</sup> WHO. *World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009 < [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil\\_atualizado.pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf) > Acesso em fev. 2021.



A investigação de outras queixas é de extrema importância para o diagnóstico da etiologia da febre. Alguns sintomas podem ser simplesmente associados ao quadro febril, como mialgia, cefaleia e fraqueza. Porém, alguns outros já são mais indicativos da etiologia, por exemplo, tosse produtiva e dispneia podem apontar uma pneumonia, bem como disúria pode apontar uma infecção urinária. Síndrome consumptiva pode ser uma indicação de um linfoma ou leucemia. Queixa articular pode ser compatível com um quadro de artrite reumatoide ou lúpus.

O padrão temporal também é muito importante para o diagnóstico da causa da febre. Febres terçã e quartã estão relacionadas com malária (*Plasmodium vivax* e *P. falciparum*, respectivamente), febre recorrente pode ser observada em pacientes com HIV, linfoma de Hodgkin ou outros linfomas.

Outro aspecto a ser observado no diagnóstico da etiologia da febre é o conhecimento da procedência do paciente: comunidade ou previamente internado. No caso do paciente internado, pode-se pensar em infecções hospitalares e aumento de temperatura secundário a agentes e procedimentos (por exemplo, transfusão de hemoderivados e uso de contrastes endovenosos). Já em pacientes vindos da comunidade, além das causas infecciosas (mais frequentes), deve-se pensar em causas neoplásicas, colagenoses e processos inflamatórios.

Em boa parte dos casos de febre, os exames complementares não são de extrema importância; no entanto, nos casos em que são necessários, os exames devem ser dirigidos e condizentes com a suspeita diagnóstica. As situações em que mais se obtém benefício de exames complementares são as febres de origem indeterminada (FOI), apesar da alta prevalência de casos sem diagnóstico.

Os sinais e sintomas da febre estão envolvidos com as respostas metabólicas à ação dos pirogênicos. Podem ser observados calafrios, piloereção, extremidades frias (em decorrência da vasoconstrição periférica), posição fetal, taquicardia, taquipneia, taquisfigmia, oligúria, náusea e vômito, convulsões (principalmente em crianças), delírios e confusão mental, astenia, inapetência e cefaleia, sudorese (após a cessação da febre).

Devem ser analisadas as seguintes características semiológicas da febre: início, intensidade, duração, modo de evolução e término. O início pode ser súbito ou gradual, já a intensidade é classificada como leve (até 37,5°C), moderada (37,6 a 38,5°C) ou alta (acima de 38,6°C). Em relação à duração, a febre pode ser recente (menos de 7 dias) ou prolongada (mais de 7 dias).

O modo de evolução pode ser avaliado por meio de um quadro térmico, com verificação da temperatura uma ou duas vezes por dia ou até de 4 em 4 horas, a depender do caso. Classicamente, são descritos os seguintes padrões evolutivos:

a) Febre Contínua: permanece sempre acima do normal com variações de até 1 grau, sem grandes oscilações.

b) Febre Irregular ou Séptica: picos muito altos intercalados de baixas temperaturas ou apirexia, sem nenhum caráter cíclico nessas variações.

c) Febre Remitente: há hipertermia diária com variações de mais de 1 grau, sem períodos de apirexia.

d) Febre Intermitente: a hipertermia é ciclicamente interrompida por um período de temperatura normal. Pode ser cotidiana, terçã (um dia com febre e outro sem) ou quartã (um dia com febre e dois sem).

e) Febre Recorrente ou Ondulante: semanas ou dias com temperatura corporal normal, até que períodos de temperatura elevada ocorram. Durante a fase de febre não há grandes oscilações.

Por fim, o término da febre pode ser súbito ou gradual. O término súbito é chamado de crise e apresenta sudorese profusa e prostrações. O término gradual é denominado de lise e apresenta uma diminuição da temperatura dia após dia, até alcançar os níveis normais<sup>48 49</sup>.

#### 4.1.2.4 Tratamento

Devido ao aumento do consumo de oxigênio pelo organismo durante a febre e pelo fato de que uma redução na febre também controla sintomas como cefaleia, mialgia, artralgia e mal-estar, a indicação para o tratamento com medicações antipiréticas é válida. Não é necessário manter medicação de forma a evitar a elevação da temperatura no paciente (medicação com esquema de horário), basta deixar a medicação em uso de acordo com a temperatura.

O tratamento farmacológico é realizado com o uso de medicamentos das classes de analgésicos e anti-inflamatórios que possuem ação antipirética: dipirona, ibuprofeno e paracetamol, disponíveis pelo Consórcio Paraná Saúde.

---

<sup>48</sup> GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

<sup>49</sup> KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. *Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

#### 4.1.2.4.1 Fármacos

Dipirona, Ibuprofeno e Paracetamol.

#### 4.1.2.4.2 Esquema de Administração

##### 4.1.2.4.2.1 Dipirona

ADULTO: Comprimido: 500 mg a 1000 mg, no máximo, de 6/6 h (4x dia); Solução oral de 500 mg/ml: 20 a 40 gotas, no máximo, de 6/6 h (4x dia); Solução oral 50 mg/ml: 10 a 20 ml, no máximo, de 6/6 h (4x dia).

CRIANÇA: Solução oral gotas 500 mg/ml: 5 a 8 kg ou (3 a 11 meses): 2 a 5 gotas, por até 6/6 h; 9 a 15 kg (1 a 3 anos): 3 a 10 gotas por até 6/6 h; 16 a 23 kg (4 a 6 anos): 5 a 15 gotas por até 6/6 h; 24 a 30 kg (7 a 9 anos): 8 a 20 gotas por até 6/6 h; 31 a 45 kg (10 a 12 anos): 10 a 30 gotas por até 6/6 h; 46 a 53 kg (13 a 14 anos): 15 a 35 gotas por até 6/6 h.

Solução oral de 50mg/ml: 5 a 8 kg (3 a 11 meses): 1,25 a 2,5 ml por até 6/6 h; 9 a 15 kg (1 a 3 anos): 2,5 a 5 ml por até 6/6 h; 16 a 23 kg (4 a 6 anos): 3,75 a 7,5 ml por até 6/6 h; 24 a 30 kg (7 a 9 anos): 5 a 10 ml por até 6/6 h; 31 a 45 kg (10 a 12 anos): 7,5 a 15 ml por até 6/6 h; 46 a 53 kg (13 a 14 anos): 8,75 a 17,5 mL, por até 6/6 h<sup>50</sup>.

##### 4.1.2.4.2.2 Ibuprofeno

ADULTO: Comprimidos ou cápsulas moles: 200 a 400 mg, de 4/4h ou 6/6h, conforme necessário; Suspensão oral gotas (100 mg/ml): 20 a 40 gotas<sup>3</sup>, de 4/4h ou 6/6h; Dose máxima: 2.400 mg/dia.

CRIANÇA: 5 a 10 mg/kg, 6/6h ou de 8/8h, conforme necessário; Dose máxima: 1.200 mg/dia<sup>51</sup>.

---

<sup>50</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.* – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.

<sup>51</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.* – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.

#### 4.1.2.4.2.3 Paracetamol

ADULTO: Comprimido revestido, comprimido efervescente, pó para solução oral: 500 a 1000 mg, de 4/4 h ou 6/6 h, conforme necessário; Solução oral gotas (200 mg/ml): 38 a 75 gotas<sup>6</sup>, de 4/4h ou 6/6h; Dose máxima: 4000 mg/dia<sup>52</sup>.

É A droga mais utilizada no mundo para combate à febre. Tem ação antitérmica, anti-inflamatória e analgésica.

#### 4.1.2.4.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

O tempo de duração do tratamento prescrito pelo farmacêutico, como regra geral, deverá ser de três dias. Os pacientes que não responderem ao uso de antipiréticos ou apresentarem febre recorrente devem ser encaminhados para consulta médica<sup>53 54</sup>.

#### 4.1.2.5 Benefícios Esperados

A monitorização da temperatura corporal é indispensável para a avaliação da efetividade do tratamento prescrito. O tratamento da febre visa, sobretudo, dar conforto, normalizando assim os níveis de temperatura corporal.

A febre não deve ser considerada doença e, sim, um sinal de alguma afecção clínica a ser investigada para o adequado tratamento.

#### 4.1.2.6 Monitorização

O uso de medicamentos na gravidez também pode causar danos ao feto/bebê, influir na ruptura de membranas e no trabalho de parto<sup>55 56 57</sup>. O *Australian Drug Evaluation*

---

<sup>52</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.* – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.

<sup>53</sup> BURKHART, C. N. *Fomite transmission with head lice: A continuing controversy.* Lancet, 2003, 361, p. 99-100.

<sup>54</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.* – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.

*Committee* (1999) criou uma classificação de risco para o uso de medicamentos na gravidez<sup>58</sup>. De modo geral, os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), utilizados para tratar febre (ibuprofeno, naproxeno e ácido acetilsalicílico), causam, ou são suspeitos de causar, efeitos nocivos ao feto/bebê, sem provocar malformações e, por isso, pertencem à categoria C de risco na gravidez. Assim, devem ser evitados no terceiro trimestre<sup>59</sup>. De outro lado, o paracetamol pertence à categoria A de risco, uma vez que não há prova de que induza aumento na frequência de malformações ou outros efeitos nocivos no feto/bebê. Além disso, durante a gravidez e lactação só deve ser usado por indicação médica.

O tratamento da febre em idosos deve ser criterioso, pois é frequente o uso de antiagregantes plaquetários para afecções cardiovasculares. De acordo com os critérios de Beers – Fick<sup>60 61</sup>, que apresenta os medicamentos em potência inadequados para idosos, o uso de AINE, como ibuprofeno, cetoprofeno e naproxeno incluindo ácido acetilsalicílico (em doses superiores a 325 mg/dia), deve ser evitado em razão do aumento de risco de sangramento gastrointestinal ou de úlcera péptica, especialmente em grupos de elevado risco (por exemplo, pacientes com história de úlceras gástricas ou duodenais, indivíduos >75 anos de idade, em uso concomitante de corticosteroides orais ou parenterais, anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários). Em particular, no idoso, a elevada frequência de doença gastrointestinal e cardiovascular, combinada com o declínio da função renal, relacionado à

---

<sup>55</sup> FELDKAMP, M. L. *et al.* Acetaminophen use in pregnancy and risk of birth defects: findings from the National Birth Defects Prevention Study. *Obstetrics and gynecology*, New York, v. 115, n. 1, p. 109-115, Jan. 2010.

<sup>56</sup> ANTONUCCI, R. *et al.* Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in pregnancy: impact on the fetus and newborn. *Current drug metabolism, Hilversum*, v. 13, n. 4, p. 474-490, May 2012.

<sup>57</sup> KRINSKY, DL *et al.* *Manual de medicamentos sem receita médica: uma abordagem interativa para o autocuidado*. 18 ed. Washington: American Pharmacists Association, 2014. Acesso em jul 2020.

<sup>58</sup> AUSTRALIAN. AUSTRALIAN DRUG EVALUATION COMMITTEE. Prescribing medicines in pregnancy: an Australian categorization of risk of drug use in pregnancy. *Canberra*: Therapeutic Goods Administration, 1999. Disponível em: <<https://www.tga.gov.au/prescribingmedicines-pregnancy-database>>. Acesso em fev. 2020.

<sup>59</sup> AUSTRALIAN. AUSTRALIAN DRUG EVALUATION COMMITTEE. Prescribing medicines in pregnancy: an Australian categorization of risk of drug use in pregnancy. *Canberra*: Therapeutic Goods Administration, 1999. Disponível em: <<https://www.tga.gov.au/prescribingmedicines-pregnancy-database>>. Acesso em fev. 2020.

<sup>60</sup> FICK, D. *et al.* American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 60, n. 4, p. 616-631, Apr. 2012.

<sup>61</sup> FICK, D. M. *et al.* American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 63, n. 11, p. 2227-2246, Nov. 2015.

idade e ao uso de múltiplos tratamentos farmacológicos, justificam precaução adicional quanto ao uso de AINEs e torna o paracetamol o antipirético de primeira escolha<sup>62</sup>.

O uso de AINE para o tratamento de febre em pacientes com doença gastrointestinal, como gastrite ou úlcera péptica, ativa ou pregressa, deve ser evitado. Efeitos adversos gastrointestinais graves (por exemplo, úlceras com sangramento ou perfuração do tubo digestivo) pelo uso de AINE são notificados com frequência às agências de regulação<sup>63</sup>. No grupo de pacientes com problemas gastrointestinais, a preferência na seleção do AINE para o controle da febre é o paracetamol.

Eventos adversos renais ocorrem em 1% a 5% de todos os pacientes que utilizam AINE<sup>64</sup>. Deve-se evitar a prescrição de AINE a pacientes com história ou suspeita de insuficiência renal, uma vez que pode induzir agravamento desta afecção, por meio de: alterações hemodinâmicas subsequentes à lesão renal aguda; distúrbios eletrolíticos (ácido-base); nefrite intersticial aguda, que pode ser seguida por síndrome nefrótica e necrose papilar. Nessa população, deve-se preferir o paracetamol para o alívio de febre.

Pacientes com febre e diagnóstico concomitante de asma devem ser tratados com atenção especial. Estudos mostram que alguns medicamentos utilizados para tratar febre podem desencadear broncoespasmo. O ácido acetilsalicílico e os AINEs celecoxibe, diclofenaco, naproxeno, cetoprofeno e os antipiréticos paracetamol e dipirona, podem causar eventos adversos pulmonares<sup>65</sup>. Exacerbações de inflamação nas vias aéreas inferiores em pacientes com asma podem ocorrer, incluindo broncoespasmos, ruborização, olhos vermelhos, edema periorbitário e congestão nasal<sup>66</sup>.

Estudo clínico controlado, realizado em crianças com asma por Kanabar e Dale<sup>67</sup>, sugere que o ibuprofeno é mais seguro que o paracetamol, apresentando menor risco por evitar a exacerbação da asma. De outro lado, a comparação dos riscos de reações adversas pulmonares em crianças não asmáticas, pelo ibuprofeno e paracetamol, sugerem que o

---

<sup>62</sup> PETERSON, G. M. Selecting nonprescription analgesics. *American journal of therapeutics*, New York, v. 12, n. 1, p. 67-79, Jan./Feb. 2005.

<sup>63</sup> TRUVEN HEALTH ANALITYCS. *Micromedex Drugdex System*®. Base de dados. 2017b. Disponível em: <<https://micromedex.com/>> Acesso em fev. 2020.

<sup>64</sup> GREEN, G. A. *Understanding NSAIDs: from aspirin to COX-2*. Clinical cornerstone, Belle Mead, v. 3, n. 5, p. 50-60, 2001.

<sup>65</sup> TRUVEN HEALTH ANALITYCS. *Micromedex Drugdex System*®. Base de dados. 2017b. Disponível em: <<https://micromedex.com/>> Acesso em fev. 2020.

<sup>66</sup> MOORE, N.; POLLACK, C.; BUTKERAIT, P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. *Therapeutics and clinical risk management, Auckland*, v. 11, p. 1061-1075, 2015.

<sup>67</sup> KANABAR, D.; DALE, S.; Rawat, M. A review of ibuprofen and acetaminophen use in febrile children and the occurrence of asthma-related symptoms. *Clinical therapeutics, Princeton*, v. 29, n. 12, p. 2716-2723, Dec. 2007.

ibuprofeno tem efeito protetor e terapêutico, e o paracetamol oferece maior risco de causar sibilância<sup>68</sup>.

Em adultos, incluindo grávidas que usaram o paracetamol, esse medicamento também foi relacionado ao aumento do risco de sintomas de asma<sup>69</sup>. Porém, a administração de apenas uma dose de paracetamol não está ligada à exacerbação da asma<sup>70</sup>. O ácido acetilsalicílico também pode desencadear exacerbações de doenças respiratórias. Elas ocorrem em 7% dos pacientes adultos com asma e em aproximadamente 14% dos pacientes com asma grave. Dessa forma, o uso desse medicamento está contraindicado nesses casos<sup>71</sup>.

O uso de AINEs no alívio de febre em hipertensos, quando inevitável, deve ser iniciado nas menores doses terapêuticas e somente pelo tempo mínimo necessário, ou substituído por antipiréticos não anti-inflamatórios, como o paracetamol<sup>72</sup>. Pacientes que têm diagnóstico de hipertensão arterial e apresentam febre devem ser tratados com antipiréticos, de modo cauteloso. Os AINEs estão relacionados à elevação dos níveis pressóricos em sujeitos com pressão arterial controlada pelo uso de anti-hipertensivos. Estudos indicam que, em pacientes moderadamente hipertensos, esses fármacos podem aumentar a pressão arterial média em 5 mm/Hg<sup>73 74 75</sup>. Nessa população, deve-se preferir o paracetamol para o controle da febre.

#### 4.1.2.7 Conduta Farmacêutica a Queixas Específicas

---

<sup>68</sup> KANABAR, D.; DALE, S.; Rawat, M. A review of ibuprofen and acetaminophen use in febrile children and the occurrence of asthma-related symptoms. *Clinical therapeutics, Princeton*, v. 29, n. 12, p. 2716-2723, Dec. 2007.

<sup>69</sup> ALLMERS, H. Frequent acetaminophen use and allergic diseases: is the association clear? *The Journal of allergy and clinical immunology*, St Louis, v. 116, n. 4, p. 859- 862, Oct. 2005.

<sup>70</sup> SOFERMAN, R. *et al.* The effect of a single dose of acetaminophen on airways response in children with asthma. *Clinical pediatrics*, Philadelphia, v. 52, n. 1, p. 42-48, Jan. 2013.

<sup>71</sup> LAIDLAW, T. M.; ISRAEL, E. *Aspirin-exacerbated respiratory disease*. 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/aspirin-exacerbated-respiratory-disease>>. Acesso em fev. 2020.

<sup>72</sup> KAPLAN, N. M.; TOWNSEND, R. R. NSAIDs and acetaminophen: Effects on blood pressure and hypertension. In: POST, T. W. (Ed.). *Up To Date Waltham*, MA: Up To Date, 2017.

<sup>73</sup> JOHNSON, A. G.; NGUYEN, T. V.; Day, R. O. Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs affect blood pressure? A meta-analysis. *Annals of internal medicine*, Philadelphia, v. 121, n. 4, p. 289-300, Aug. 1994.

<sup>74</sup> ARMSTRONG, E. P.; MALONE, D. C. The impact of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on blood pressure, with an emphasis on newer agents. *Clinical therapeutics*, Arizona, v. 25, n. 1, p. 1-18, 2003.

<sup>75</sup> SOWERS, J. R. *et al.* The Effects of Cyclooxygenase-2 Inhibitors and Nonsteroidal Anti-inflammatory Therapy on 24-Hour Blood Pressure in Patients With Hypertension, Osteoarthritis, and Type 2 Diabetes Mellitus. *Archives of internal medicine*, Chicago, v. 165, n. 2, p. 161, Jan. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2998801/>>. Acesso em fev. 2020.

#### 4.1.2.7.1 Orientações Gerais ao Paciente

Agitar o medicamento antes do uso.

Manter à temperatura ambiente, entre 15°C e 30°C.

Proteger da luz, calor e umidade.

Evitar congelamento.

A velocidade de absorção do paracetamol e da dipirona pode ser diminuída quando ingeridos com alimentos.

Ingerir com alimento se houver desconforto gástrico, principalmente o ibuprofeno.

Não é seguro ingerir o paracetamol em dose diária acima de 4.000 mg (4 g). Não exceder a dose diária recomendada pelo risco de hepatotoxicidade.

Muitas associações medicamentosas de venda livre contêm paracetamol e dipirona. O uso simultâneo de várias preparações pode resultar em dose excessiva do fármaco.

Relatar sinais ou sintomas de hemorragia gastrointestinal, doença hepática (por exemplo pele ou olhos amarelados) ou doença renal.

Ingerir o medicamento com um copo cheio de água (cerca de 200 ml).

Não deitar dentro de 15 a 30 minutos após a administração.

Não misturar a suspensão oral com nenhum outro líquido antes do uso.

Evitar ingestão de álcool enquanto estiver utilizando tais medicamentos<sup>76,29</sup>

---

<sup>76</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010*/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.



## 4.1.2.7.2 Com Febre

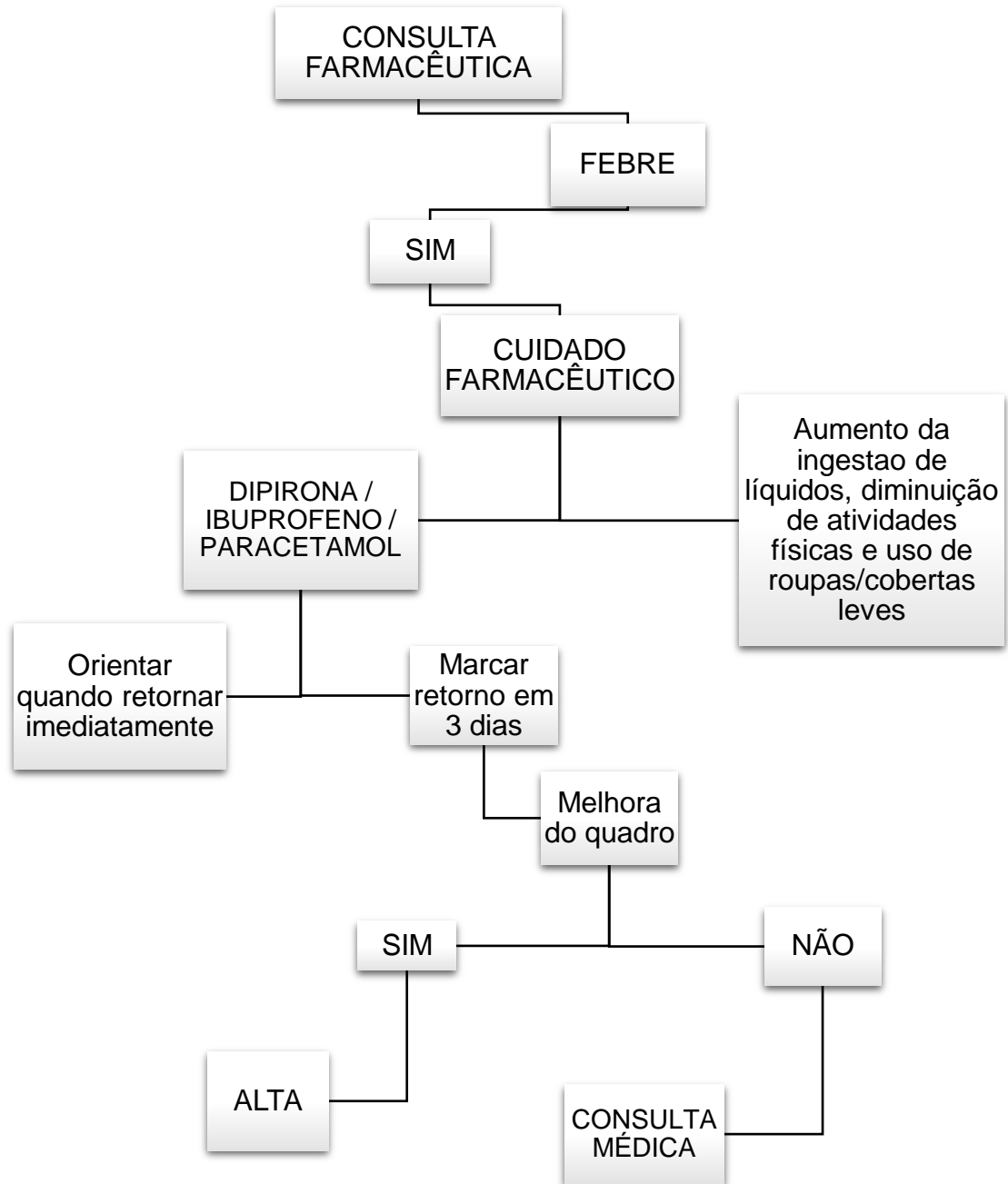


Figura 03 – Conduta farmacêutica frente à febre. Elaborada pelo autor.

### 4.1.3 Pirose ou Azia

#### 4.1.3.1 Introdução

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), de acordo com Moraes Filho e Domingues<sup>77</sup>, é a condição que se desenvolve quando o conteúdo do estômago retorna ao esôfago e provoca sintomas desagradáveis e/ou complicações. É um dos diagnósticos mais comuns na gastroenterologia, pois se trata de uma afecção que afeta cerca de 12% a 20% da população brasileira.

Numerosos fatores podem contribuir para o refluxo se tornar patológico, merecendo destaque as aberturas ou relaxamentos transitórios do esfíncter inferior do esôfago. Esses relaxamentos ocorrem independentemente da deglutição e podem estar relacionados com hipotensão do esfíncter. Outra causa facilitadora da DRGE é a presença de hérnia de hiato, principalmente de grande tamanho.

Os sintomas da DRGE são divididos em dois tipos: típicos e atípicos.

São considerados sintomas típicos:

- a) Pirose: também chamada de azia, é a sensação de queimação na região central do peito, que pode irradiar da parte superior do estômago até o pescoço.
- b) Regurgitação: definida como a percepção do fluxo do conteúdo gástrico refluído para boca.

As manifestações atípicas da DRGE são:

- a) Dor torácica não cardíaca; *Globus faringeus*; Asma; Tosse crônica; Fibrose pulmonar idiopática; Apneia do sono<sup>78</sup>.

#### 4.1.3.2 Classificação CIAP–2

D03 – Azia<sup>79</sup>.

<sup>77</sup> MORAES FILHO, JP.; DOMINGUES, G. Doença do Refluxo Gastroesofágico. In: ZARTEKA, Schlioma; EISIG, Jaime Natan. *Tratado de Gastroenterologia: Da Graduação à Pós-Graduação*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2016. Cap. 39. p. 445-457.

<sup>78</sup> MORAES FILHO, JP.; DOMINGUES, G. Doença do Refluxo Gastroesofágico. In: ZARTEKA, Schlioma; EISIG, Jaime Natan. *Tratado de Gastroenterologia: Da Graduação à Pós-Graduação*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2016. Cap. 39. p. 445-457.

<sup>79</sup> WHO. *World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de

#### 4.1.3.3 Diagnóstico

O diagnóstico da azia se inicia com uma anamnese cuidadosa, capaz de identificar os sintomas característicos, bem como definir sua intensidade, duração e frequência. Devem ser investigados fatores desencadeantes, de alívio e também se houve uso de medicamentos que podem provocar azia, além de determinar o padrão de evolução da doença, assim como o impacto na qualidade de vida dos pacientes.

De forma isolada e não recorrente, a azia é um sintoma benigno com evolução autolimitada; porém, pode estar associada a doenças mais graves, que requerem encaminhamento ao médico.

#### 4.1.3.4 Tratamento

O tratamento do refluxo ou azia objetiva controlar os sintomas, cicatrizar as lesões e prevenir complicações, podendo ser fundamentalmente clínico ou cirúrgico.

A maioria dos pacientes se beneficia com tratamento clínico, que deve abranger medidas comportamentais, não farmacológicas e farmacológicas, as quais devem ser implementadas simultaneamente.

As medidas não farmacológicas no tratamento são: perder peso ou impedir ganho adicional; moderação na ingestão dos seguintes alimentos: ricos em gorduras, condimentados, cítricos, café, chá, chocolate, bebidas alcoólicas e que possuem gás; evitar refeições volumosas; evitar deitar por duas horas após as refeições; cessação do tabagismo; evitar roupas apertadas; evitar medicamentos que causam boca seca; não comer antes das atividades físicas (alimentar hora antes de se exercitar); elevação da cabeceira da cama (15cm).

O tratamento farmacológico se dá com o uso de antiácidos, como o hidróxido de alumínio, disponível pelo Consórcio Paraná Saúde.

##### 4.1.3.4.1 Fármacos

Antiácidos como bicarbonato de sódio, carbonato de cálcio, hidróxido de alumínio e magnésio fazem parte do arsenal que o Farmacêutico pode usar como terapia farmacológica.

---

Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009 < [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil\\_atualizado.pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf) > Acesso em fev. 2021.

Tratam-se de substâncias de natureza básica, que atuam neutralizando o ácido secretado pelas células parietais do estômago. São utilizados principalmente em tratamentos de episódios curtos e autolimitados de hiperacidez e como adjuvantes da terapia no tratamento em longo prazo de úlceras pépticas e de refluxo gastroesofágico<sup>80</sup>.

Os antiácidos são, muitas vezes, utilizados para o alívio de diversos sintomas gastrintestinais que, nem sempre, correspondem às suas indicações, muitas vezes obtidos nos meios de comunicação social<sup>81</sup>.

Os antiácidos estão disponíveis no mercado, na forma de associações medicamentosas contendo compostos básicos de alumínio, magnésio e cálcio, além de outros componentes cuja função terapêutica é incerta. Estes diferem significativamente entre si quanto à potência, taxa de absorção, tempo de ação, efeitos secundários, complicações sistêmicas e interações medicamentosas. Essas interações são ocasionadas pela valência do cátion, dose utilizada, duração do tratamento e momento de administração do antiácido em relação ao outro fármaco<sup>82</sup>. Está bem estabelecido que doses baixas de antiácidos, usadas esporadicamente, são ineficazes no tratamento de úlceras pépticas e não constituem terapêutica farmacológica efetiva para o tratamento de nenhuma condição clínica. Assim sendo, é possível que seu uso habitual seja reflexo de alguma doença funcional ou de dependência psicológica<sup>83</sup>.

#### 4.1.3.4.2 Esquema de Administração

Hidróxido de alumínio: Tomar de 5 a 10 ml, quatro vezes ao dia, 15 minutos antes das refeições, e antes de deitar, ou a critério farmacêutico<sup>84</sup>.

#### 4.1.3.4.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

<sup>80</sup> DE LUCA, S. A. *et al.* *Caracterización de la automedicación de antiácidos en dos farmacias del área metropolitana de Caracas*. O.F.I.L., v. 9, p. 40 – 49. 1999b.

<sup>81</sup> DE LUCA, S. A. *et al.* *Consideraciones sobre el riesgo potencial em pacientes que se automedican antiácidos*. O.F.I.L., v. 9, p. 30 – 37, 1999a.

<sup>82</sup> HENDERSON, R. P. Acid-peptic disorders and intestinal gas. In: AL-LEN JR., L.V.; BERARDI, R.R.; DE SIMONE II, E.M.; ENGLE, J.P.; POPOVICH, N.G. *et al.* (Ed.). *Handbook of nonprescription drugs*. 12. ed. Washington, D.C.: American Pharmaceutical Association, 2000. p. 243-272.

<sup>83</sup> GRAHAM, D. Y. *et al.* Why do apparently healthy people use antacid tablets? *Am. J. Gastroenterol.*, v. 78, n. 5, p. 257-260. 1983.

<sup>84</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010*: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.

Antes de tomar o medicamento, deve-se agitá-lo, devendo ser ingerido no máximo durante 7 dias seguidos.

#### **4.1.3.5 Benefícios Esperados**

É importante assegurar que o tratamento foi realizado corretamente, para que o produto possa ter efeito desejado, eliminando assim a chamada azia que é a sensação de queimação.

#### **4.1.3.6 Monitorização**

O hidróxido de alumínio, geralmente, pode causar constipação intestinal, náuseas e vômitos, pela ação adstringente. O uso prolongado por indivíduos ingerindo uma dieta pobre em fosfato pode provocar osteomalácia e miopatia proximal. Alguns relatos sugerem que a encefalopatia encontrada em alguns pacientes submetidos à hemodiálise pode ter como origem intoxicação pelo alumínio.

Este produto é contraindicado aos pacientes que tenham apresentado hipersensibilidade ao alumínio, no primeiro trimestre da gravidez, apendicite ou sintomas de apendicite, hemorragia gastrointestinal ou retal diagnosticada, a crianças menores de 6 anos, a menos que seja prescrito pelo médico. Nos casos de hipocloridria, hemorroidas, obstrução intestinal e insuficiência renal grave.

Categoria de Risco na Gestação: C – Não há estudos adequados em mulheres. Em experiências animais ocorreram alguns efeitos colaterais no feto, mas o benefício do produto pode justificar o risco potencial durante a gravidez.

#### **4.1.3.7 Conduta Farmacêutica a Queixas Específicas**

##### **4.1.3.7.1 Orientações Gerais ao Paciente**

Agitar o medicamento antes do uso.

Manter à temperatura ambiente, entre 15°C e 30°C.

Proteger da luz, calor e umidade.

Evitar congelamento.

Orientar para respeitar o intervalo de 2 a 4 horas entre a administração do antiácido e de outros medicamentos.

Orientar para ingerir 250 ml de água depois da ingestão do antiácido para reduzir risco de constipação.

Orientar para ingerir no intervalo das refeições e antes de dormir.

Alertar para não tomar com quantidade significativa de leite ou derivados.

Orientar que o antiácido não deve ser usado por mais de 14 dias consecutivos<sup>85</sup>.

---

<sup>85</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010*/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.

## 4.1.3.7.2 Com Pirose

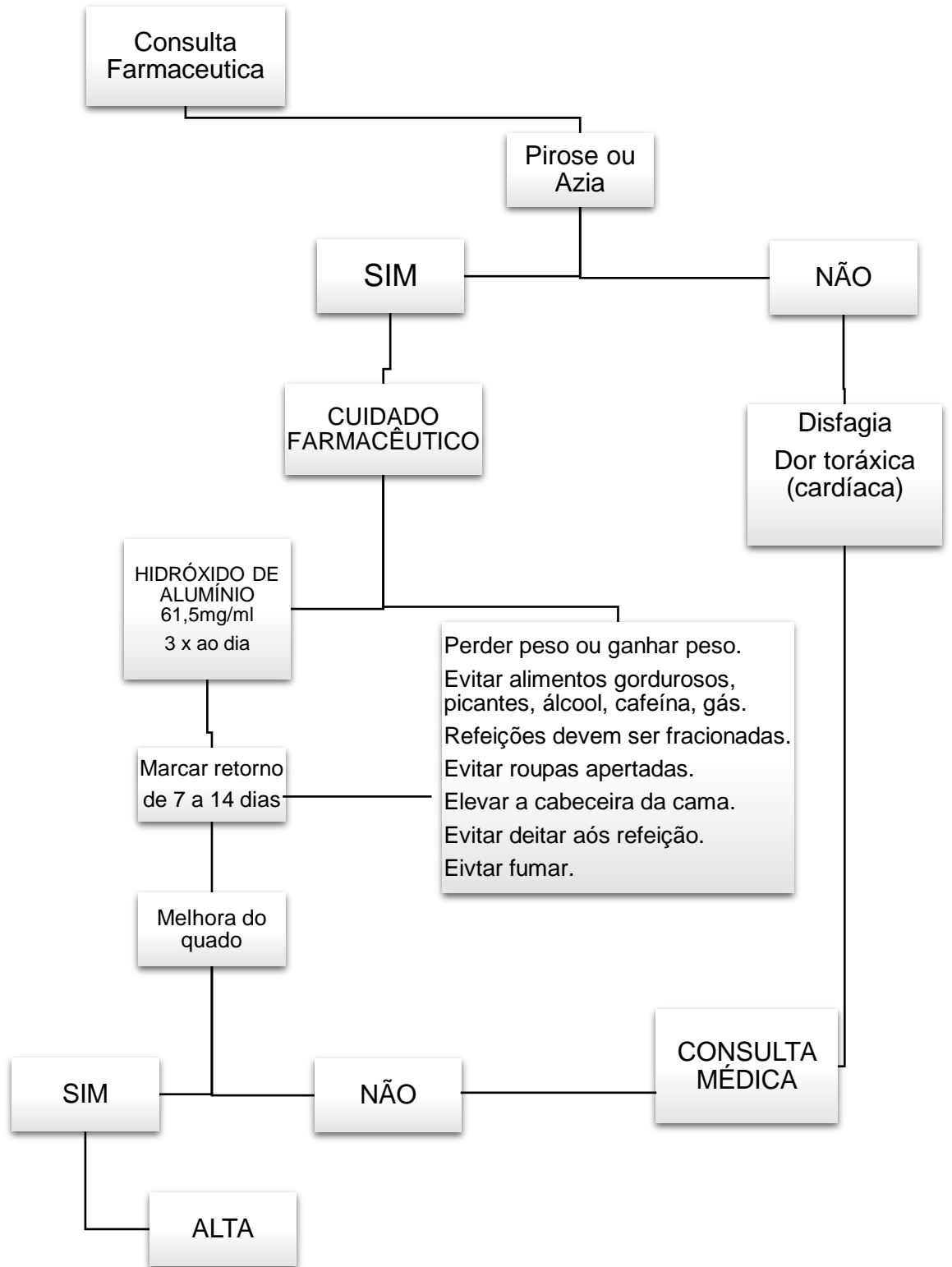


Figura 04 – Conduta farmacêutica frente à pirose. Fonte: elaborada pelo autor.

#### 4.1.4 Constipação

##### 4.1.4.1 Introdução

A constipação ou obstipação é um problema gastrointestinal, tradicionalmente mencionado como *prisão-de-ventre*, não é uma doença, mas sim um sintoma comum a diversas enfermidades e de carácter multifatorial<sup>86</sup>.

Na população em geral, a incidência de obstipação é de 2 a 30%<sup>87</sup>. Entre idosos a incidência é de 50 a 75%<sup>88</sup>. A prisão de ventre afeta mais as mulheres do que os homens devido a fatores hormonais e, no caso da gestação, também pela compressão do útero sobre o intestino<sup>89</sup>.

De acordo com Drossman<sup>90</sup>, em relação aos acordos de Roma I (1994), Roma II (1999-2000), Roma III (2006) e Roma IV (2016) para doenças funcionais gastrointestinais, têm-se usado critérios para a definição de constipação intestinal.

##### 4.1.4.2 Classificação CIAP–2

D12 Obstipação ou Constipação<sup>91</sup>.

---

<sup>86</sup>BERNSTEIN, C.N., FRIED, M., KRABSHUIS, J., COHEN, H., ELIAKIM, R., FEDAIL, S., GEARRY, R., GOH, K., HAMID, S., KHAN, A.G., LEMAIR, A., MALFERTHEINER, Ouyang, Q., REY, J., SOOD, A., STEINWURZ, F., THOMSEN, O.O., THOMSON, A.; WATERMEYER, G. (2010), World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of IBD in 2010. *Inflamm Bowel Dis*, 16: 112-124. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ibd.21048> Acesso em fev. 2020..

<sup>87</sup>ANDROMANAKOS N, SKANDALAKIS P, TROUPIS T, FILIPPOU D. Constipation of anorectal outlet obstruction: Pathophysiology, evaluation and management. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 21 (4): p. 638–646, 2006.

<sup>88</sup>CANADIAN. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (26 de junho de 2014). «Dioctyl Sulfosuccinate or Docusate (Calcium or Sodium) for the Prevention or Management of Constipation: A Review of the Clinical Effectiveness».

<sup>89</sup>USA. *American Pregnancy Association* - <https://americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/pregnancy-health-wellness/constipation-during-pregnancy-964/> - Acesso em jan. 2021.

<sup>90</sup>DROSSMAN DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016; 150:1262–1279. Acesso em jan. 2021.

<sup>91</sup>WHO. *World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009 < [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil\\_atualizado.pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf) > Acesso em fev. 2021.



#### 4.1.4.3 Diagnóstico

O diagnóstico da constipação é, geralmente, clínico, por meio do conhecimento de sua etiologia, pelas informações sobre o tempo do início e sua evolução. O paciente normalmente se refere à dor abdominal tipo cólica, difusa, em regra recorrente, associada a hábitos alimentares e de vida, a utilização rotineira de medicamentos (opióides, antidepressivos, anti-histamínicos, corticoides, benzodiazepínicos, entre outros) ou identificar alguma doença que possa se associar com essa disfunção (neurológicas, metabólicas, psiquiátricas, endócrinas e proctológicas), por exemplo, o câncer colorretal, que é o segundo câncer mais frequente entre homens e mulheres no Brasil<sup>92 93 94</sup>.

O Consenso de Roma IV (2016) define constipação intestinal funcional como uma disfunção em que predomina uma evacuação dificultosa, pouco frequente e incompleta. Devendo apresentar duas ou mais das seguintes características nos últimos 3 meses com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico: esforço, fezes endurecidas, sensação de eliminação incompleta, sensação de obstrução anorretal e manobras digitais para facilitar a saída do conteúdo fecal em 25% das evacuações, menos de 3 evacuações espontâneas por semana e necessidade do uso de laxantes<sup>95</sup>.

#### 4.1.4.4 Tratamento

O tratamento não farmacológico consiste em aumentar a ingestão hídrica, orientar sobre o aumento de alimentos ricos em fibras, incentivar atividade física regular e realizar massagem abdominal e anal.

O tratamento farmacológico se dá com o uso de classes de laxantes, sendo a idade um fator determinante na escolha, visto que nem todos os fármacos são aconselhados para os primeiros anos de vida, pois menores de 2 anos devem passar por avaliação médica.

---

<sup>92</sup> Rome Foundation < <https://theromefoundation.org> > Acesso em fev. 2021.

<sup>93</sup> BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. *Incidência de câncer no Brasil*, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>> Acesso em fev. 2021.

<sup>94</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção básica. Departamento de atenção básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. *Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica* n. 28, Volume II. Brasília-DF, 2012. Disponível: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentosnorteadores/cadernos\\_de\\_atencao\\_basica\\_-\\_volume\\_ii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentosnorteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf) Acesso em 20 fev. 2021.

<sup>95</sup> Rome Foundation < <https://theromefoundation.org> > Acesso em fev. 2021.

Os medicamentos disponíveis pelo Consórcio Paraná Saúde são lactulose (laxante osmótico) e óleo mineral (lubrificante).

#### 4.1.4.4.1 Fármacos

A lactulose é um laxante osmótico, caracterizado por ser uma substância que é metabolizada no intestino, pelas bactérias presentes no cólon. Por meio desse fenômeno, ocorre a liberação de sais, com retenção de água e consequente aumento do peristaltismo intestinal<sup>96</sup>.

O óleo mineral é um laxante lubrificante, tem um efeito detergente. Assim, envolve as fezes, tornando-as mais macias e fluidas, de modo a evitar a absorção de água no cólon.

#### 4.1.4.4.2 Esquema de Administração

Lactulose:

Crianças de 2 a 5 anos - 5 a 10 ml/dia.

Crianças de 6 a 12 anos - 10 a 15 ml/dia.

Acima de 12 anos e adultos - 15 a 30 ml/dia.

A posologia pode ser ajustada para que se obtenham duas ou três evacuações diariamente a critério farmacêutico.

Óleo Mineral:

Crianças maiores de 2 anos - 5 a 15 ml ao dia.

Acima de 12 anos e adultos -15 a 45 ml ao dia por ano de idade, sendo 15 ml (1 colher de sopa) à noite e outra dosagem no dia seguinte ao despertar, ou, caso não obtenha êxito, aumente a dosagem para 30 ml (2 colheres de sopa) à noite e 15 ml pela manhã<sup>97 98</sup>.

---

<sup>96</sup> SOARES, M., *Medicamentos não Prescritos - Aconselhamento Farmacêutico*, 2ª ed., Lisboa, vol. I e II, Publicações Farmácia Portuguesa ANF, 2002.

<sup>97</sup> NURKO S, ZIMMERMAN LA. Evaluation and treatment of constipation in children and adolescents. *Am Fam Physician*.2014;90(2):82-90.

<sup>98</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.*

#### 4.1.4.4.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

A lactulose pode estar associada a náuseas, cólicas abdominais, flatulência, meteorismo ou diarreia, sendo fundamental a ingestão de água, para a prevenção de possível desidratação.

O uso prolongado ou excessivo do óleo mineral pode originar o gotejamento anal que, para além de ser desagradável, pode também causar prurido anal, hemorroidas e outras doenças perianais. Assim, a administração dos laxantes lubrificantes deve ser efetuada por curtos períodos de tempo, em pequenas quantidades ou em administrações mais espaçadas<sup>99</sup>.

#### 4.1.4.5 Benefícios Esperados

É importante assegurar que o tratamento foi realizado corretamente, para que o produto possa ter efeito desejado, eliminando as fezes e melhorando o desconforto.

#### 4.1.4.6 Monitorização

Categoria de Risco na Gestação: C – Não há estudos adequados em mulheres. Em experiências animais ocorreram alguns efeitos colaterais no feto, mas o benefício do produto pode justificar o risco potencial durante a gravidez. Ausência de evacuação ou flatulência nas últimas 24 horas com dor/distensão abdominal; dor abdominal intensa; ausência de ruídos hidroaéreos; ausência de evacuações há mais de 5 dias; dor à descompressão abdominal; febre maior que 38°C sem outros sinais/sintomas que possam originá-la.

O óleo mineral, se aspirado, pode levar ao desenvolvimento de pneumonia lipoídica, pois há reação de corpo estranho no intestino, e pode interferir com absorção de substâncias lipossolúveis, como vitaminas<sup>100 101</sup>.

---

<sup>99</sup> SOARES, M., *Medicamentos não Prescritos - Aconselhamento Farmacêutico*, 2ª ed., Lisboa, vol. I e II, Publicações Farmácia Portuguesa ANF, 2002.

<sup>100</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção básica. Departamento de atenção básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. *Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica* n. 28, Volume II. Brasília-DF, 2012. Disponível: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentosnorteadores/cadernos\\_de\\_atencao\\_basica\\_-\\_volume\\_ii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentosnorteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf) Acesso em 20 fev. 2021.

<sup>101</sup> RABAH R, EVANS RW, YUNIS EJ. Mineral oil embolization and lipoid pneumonia in an infant treated for Hirschsprung's disease. *Pediatr Path* 1987; 7: 447-55.

#### 4.1.4.7 Conduta Farmacêutica a Queixas Específicas

##### 4.1.4.7.1 Orientações Gerais ao Paciente

Agitar o medicamento antes do uso.

Manter à temperatura ambiente, entre 15°C e 30°C.

Proteger da luz, calor e umidade.

Evitar congelamento.

Orientar que a solução pode ser misturada com suco de fruta, água, leite ou alimentos para melhorar o sabor.

Orientar para ingerir com 250 ml de líquido e, pelo menos, 6 a 8 copos de líquido por dia, para auxiliar o amolecimento das fezes.

Informar que pode ser necessário aguardar de 1 a 3 dias para a obtenção de melhora clínica<sup>102</sup>.

---

<sup>102</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010*/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.

## 4.1.4.7.2 Com Constipação

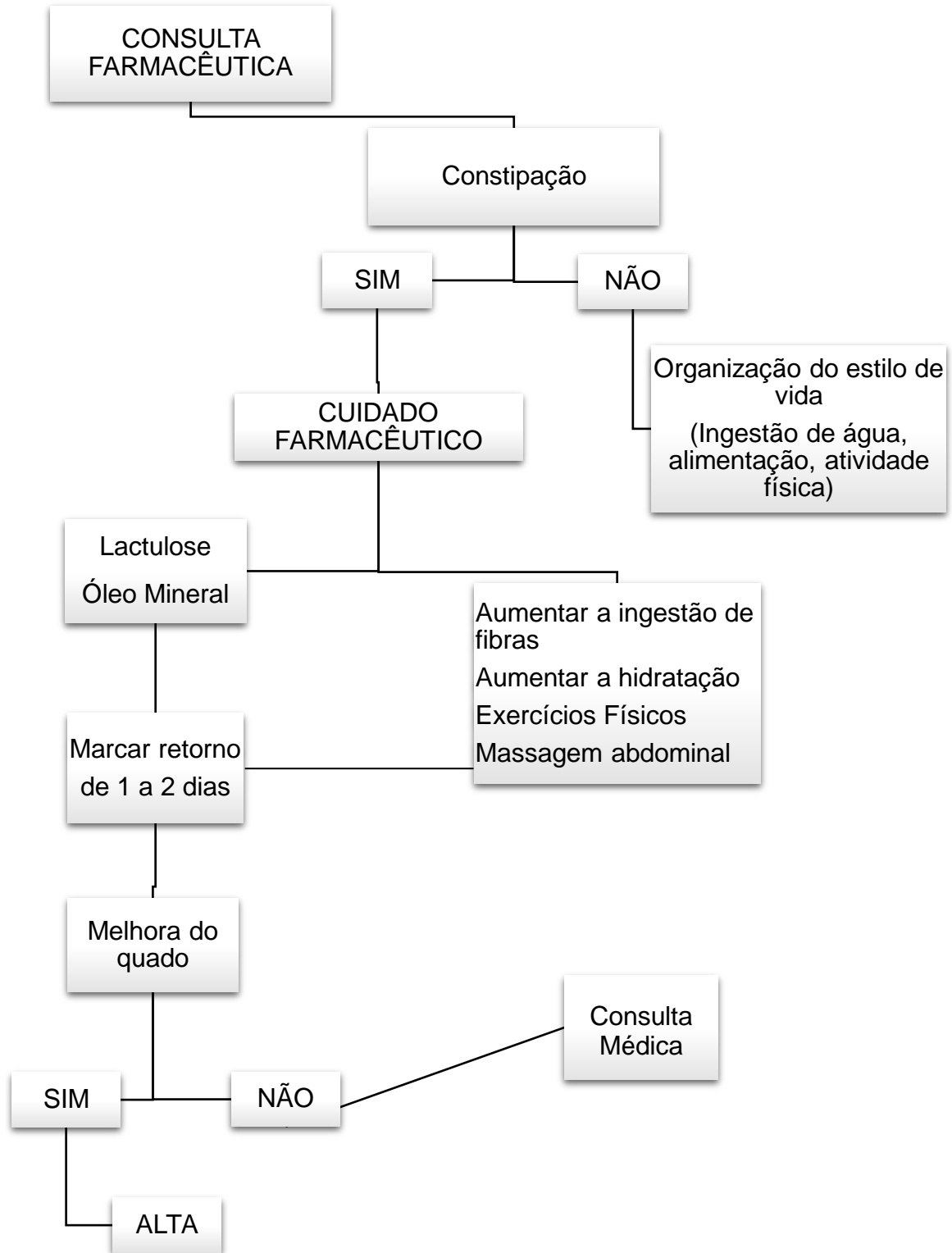


Figura 05 – Conduta farmacêutica frente à constipação. Elaborada pelo autor.

#### 4.1.5 Micose – Dermatofitose

##### 4.1.5.1 Introdução

As infecções fúngicas são estimadas em aproximadamente 300 milhões de pessoas de todas as idades ao ano, sendo consideradas um problema de saúde pública universal<sup>103</sup>.

A dermatofitose é a doença causada por fungos chamados dermatófitos (*Microsporum*, *Trichophyton* e *Epidermophyton*). Esses fungos possuem um forte biotropismo por estruturas de queratinas, como pele, pelos e unhas, sendo que a habilidade de ocasionar a micose está diretamente relacionada a essa dependência da queratina<sup>104</sup>.

As infecções fúngicas são mais comuns em países de clima quente e úmido, sendo que os países mais afetados são de clima tropical e subtropical. No Brasil, a prevalência das dermatofitoses entre as lesões cutâneas varia de 18 a 23%<sup>105 106</sup>. É muito raro um dermatófito causar uma infecção invasiva ou disseminada, embora tenham sido relatados casos em pacientes imunocomprometidos<sup>107</sup>.

##### 4.1.5.2 Classificação CIAP–2

S74 Dermatofitose<sup>108</sup>.

<sup>103</sup> USA. *Global Action Fund for Fungal Infection. Global Fungal Infection*. Forum 1 – Seattle. Disponível em: <https://www.gaffi.org/global-fungal-infection-forum/about-global-fungal-infection-forum/> Acesso em fev. 2021.

<sup>104</sup> ACHTERMAN RR, WHITE TC. *Dermatophytes*. *Curr Biol*. 2013;23(13):R551-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2013.03.026>.

<sup>105</sup> BRASIL. *Dermatofitose - Sociedade Brasileira de Dermatologia*. Disponível em: [sbd.org.br](http://sbd.org.br) Acesso em fev. 2021.

<sup>106</sup> PIRES CA, CRUZ NF, LOBATO AM, SOUSA PO, CARNEIRO FR, MENDES AM. *Clinical, epidemiological, and therapeutic profile of dermatophytosis*. *An Bras Dermatol*. 2014;89(2):259-64. <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142569>.

<sup>107</sup> ACHTERMAN RR, WHITE TC. *Dermatophytes*. *Curr Biol*. 2013;23(13):R551-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2013.03.026>.

<sup>108</sup> WHO. *World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009 < [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil\\_atualizado.pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf) > Acesso em fev. 2021.

#### 4.1.5.3 Diagnóstico

As manifestações clínicas prevalentes de dermatofitose são despigmentação, placas anulares, prurido e perda de cabelo, lesões tipicamente cutâneas conhecidas como tineas<sup>109</sup>.

As infecções fúngicas podem ser classificadas de acordo com a localização anatômica da lesão, utilizando a denominação *tinea* para todas as dermatofitoses, acrescida do local anatômico em que se localiza a infecção. As modalidades dermatofíticas mais relevantes são: *tinea capitis* (couro cabeludo, sobrancelhas e cílios), *tinea corporis* (ombros, tronco, braços e face), *tinea cruris* (perineais, inguinais e perianais), *tinea unguium* (unhas), *tinea barbae* (barba), *tinea manuum* (mãos e regiões interdigitais) e *tinea pedis* (solas e os dedos dos pés)<sup>110 111</sup>.

As lesões causadas pelos fungos são infectocontagiosas com efeitos negativos na qualidade de vida dos pacientes.

O exame visual das lesões fúngicas da pele são elucidativas e esclarecedoras. No entanto, a raspagem da pele para exame complementar deve ser considerada, quando a terapêutica farmacológica sistêmica é uma possibilidade ou se houver dúvida sobre o diagnóstico<sup>112</sup>.

#### 4.1.5.4 Tratamento

O tratamento não farmacológico consiste em organização do estilo de vida e hábitos de higiene, devendo-se orientar a troca diária de suas roupas, principalmente das roupas íntimas e dar preferência às de algodão; separar toalhas e roupa de cama; secar os pés; usar meias de algodão; deixar os pés e calçados ventilados e secos; evitar calçados não apertados;

---

<sup>109</sup> MORAES MA, MACHADO AA, MEDEIROS PF, REIS CM. Dermatophytic pseudomycetoma: report of a case caused by *Trichophyton tonsurans*. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2001;34(3):291-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000300011>.

<sup>110</sup> BRASIL. *Dermatofitose - Sociedade Brasileira de Dermatologia*. Disponível em: [sbd.org.br](http://sbd.org.br) Acesso em fev. 2021.

<sup>111</sup> REIS-GOMES A, MADRID IM, MATOS CB, TELLES AJ, WALLER SB, NOBRE MO, *et al*. Dermatopatias fúngicas: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Acta Veterinaria Brasilica.* 2012;6:272-84.

<sup>112</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.* – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.

os objetos inanimados como pentes e escovas podem se tornar reservatórios dos fungos e perpetuar a infecção, devendo ser usados apenas pelo paciente e limpos com álcool.

O tratamento farmacológico é simples e deve ser precoce para evitar extensão da situação clínica e contaminação de outras pessoas que convivem próximo ao paciente afetado. Caso houver mais de um contato contaminado, deve-se tratar, ao mesmo tempo, todos os membros afetados da família ou do convívio cotidiano do paciente<sup>113 114</sup>.

O medicamento disponível pelo Consórcio Paraná Saúde é miconazol 2% creme dermatológico.

#### 4.1.5.4.1 Fármacos

Miconazol é antifúngico imidazólico utilizado no tratamento de candidíase superficial, dermatofitose, infecções da pele e pitiríase versicolor. O tratamento tópico promove uma redução de pronto na infecção fúngica, está livre de efeitos adversos e é relativamente de baixo custo<sup>115 116</sup>.

#### 4.1.5.4.2 Esquema de Administração

Miconazol 2% creme dermatológico deve ser usado 1 a 2 vezes por dia por 4 semanas<sup>117</sup>.

---

<sup>113</sup> BRASIL. *Dermatofitose - Sociedade Brasileira de Dermatologia*. Disponível em: [sbd.org.br](http://sbd.org.br) Acesso em fev. 2021.

<sup>114</sup> REIS-GOMES A, MADRID IM, MATOS CB, TELLES AJ, WALLER SB, NOBRE MO, *et al.* Dermatopatias fúngicas: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Acta Veterinaria Brasilica*. 2012; 6: 272-84.

<sup>115</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos*. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.

<sup>116</sup> GREAT BRITAIN. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION AND ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *British national formulary*. 57. ed. London: BMJ Publishing Group and APS Publishing. Disponível em: <<http://www.bnf.org>>. Acesso em fev. 2021.

<sup>117</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos*. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.



#### 4.1.5.4.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

O tratamento tem duração de 15 a 30 dias para dermatofitose do corpo, dos pés e da virilha; duração de 90 dias, para dermatofitose do couro cabeludo em crianças; duração de seis meses para onicomicose das mãos e um ano para onicomicose dos pés<sup>118</sup>.

#### 4.1.5.5 Benefícios Esperados

É importante assegurar que o tratamento foi realizado corretamente, para que o produto possa ter seu efeito desejado, observando assim o desaparecimento de sintomas e sinais de micoses melhorando a qualidade de vida do acometido.

#### 4.1.5.6 Monitorização

Categoria de Risco na Gestação: C – Não há estudos adequados em mulheres. Em experiências animais ocorreram alguns efeitos colaterais no feto, mas o benefício do produto pode justificar o risco potencial durante a gravidez. A recidiva é frequente com o tratamento tópico. Deve-se, então, orientar a realização de consulta médica para tentar o tratamento sistêmico.

Em caso de infecção secundária, orientar pela consulta médica.

Nos casos extensos, pode haver recidiva ou falha terapêutica devido à duração insuficiente do tratamento. Por isso, nesses casos, marcar retorno para avaliar resposta ao tratamento em 4 semanas. Caso ainda haja mínimo sinal de atividade, continuar o tratamento por até 6 semanas<sup>119</sup>.

#### 4.1.5.7 Conduta Farmacêutica a Queixas Específicas

##### 4.1.5.7.1 Orientações Gerais ao Paciente

---

<sup>118</sup> BRASIL. *Dermatofitose - Sociedade Brasileira de Dermatologia*. Disponível em: [sbd.org.br](http://sbd.org.br) Acesso em fev. 2021.

<sup>119</sup> BRASIL. *Relatório Técnico do Instituto Nacional para Convergência Digital/ Departamento de Informática e Estatística*, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina. -- v. 9, n.7 (2019) Florianópolis: INE, UFSC, 2019> Acesso em fev. 2021.

Manter em temperatura ambiente, entre 15°C e 30°C.

Proteger da luz, calor e umidade.

Evitar congelamento.

Evitar o contato do creme com os olhos, nariz ou boca.

Não utilizar em áreas da pele que têm cortes ou arranhões. Em caso acidental, lavar imediatamente o local.

Limpar e secar completamente a área da pele antes de aplicar o medicamento.

Aplicar uma camada fina do medicamento sobre a área afetada.

Usar este medicamento a cada manhã e cada noite, a menos que o farmacêutico diga o contrário.

Ao tratar o pé de atleta, não esquecer de aplicar o medicamento nos espaços entre os dedos dos pés. Manter o produto nos pés por 15 a 30 minutos e depois secar com uma toalha. Entre as aplicações, manter os pés o mais seco possível. Mudar as meias e sapatos pelo menos uma vez por dia. Usar sapatos confortáveis que não aumentem muito a sudorese dos pés.

Loção é preferida em áreas intertriginosas; se for utilizado creme, aplicar com moderação para evitar maceração<sup>120</sup>.

---

<sup>120</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010*/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.

## 4.1.5.7.2 Com Dermatofitose

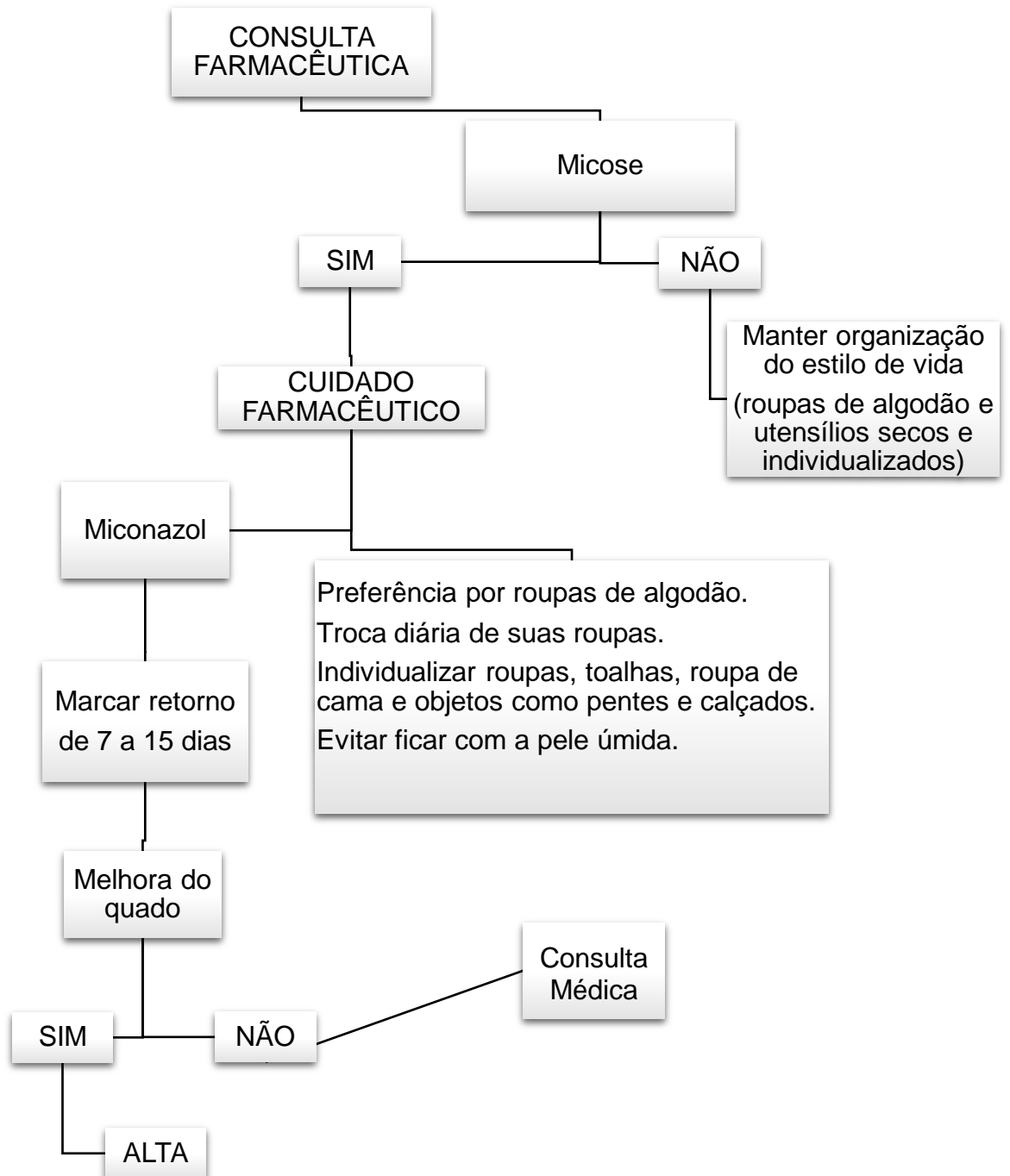


Figura 06 – Conduta farmacêutica frente à dermatofitose. Elaborada pelo autor.

## 5 DISCUSSÃO

Este trabalho elaborou diretrizes gerais e específicas das intervenções do farmacêutico no processo saúde/doença, por meio da utilização de medicamentos isentos de prescrição, observando dois aspectos: o perfil dos doentes e a seleção dos medicamentos.

A elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), cujo propósito é o de padronizar os medicamentos isentos de prescrição e a conduta que deve ser adotada pelo farmacêutico na consulta, cria subsídio para que o profissional realize a gerência do problema de saúde adequado a cada paciente, com segurança, a fim de desenvolver uma prescrição farmacológica ou não, coerente às suas atribuições, melhorando a qualidade de vida da população assistida e desafogando as filas dos consultórios das Unidades Básicas de Saúde no SUS.

O município de Lunardelli conta com uma população estimada de 4.744 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020) e apresenta uma densidade demográfica de 25,90 hab/km<sup>2</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,69%, dados de 2010. O IDEB nos anos iniciais do ensino fundamental é de 5,7 e nos anos finais do ensino fundamental 4,6, no ano de 2017. O índice de pobreza colocou o município na 303<sup>o</sup> posição dentro do estado do Paraná, no ano de 2003. Quanto ao cenário da saúde, o município possuía 04 estabelecimentos do Sistema Único de Saúde, em 2009. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 19,23 para mil nascidos vivos, em 2017. As internações, devido a diarreias, eram de 4,1 para cada mil habitantes, em 2016. Seu território ocupa uma área de 199,213 km<sup>2</sup> (2019) e apenas 2,5 % da área possui esgotamento sanitário adequado, seu bioma é de Mata Atlântica com clima subtropical úmido<sup>121</sup>.

Em populações carentes, que apresentam condições socioeconômicas precárias, como ocorre em alguns bairros do município de Lunardelli, o controle de ectoparasitas pode ser tratado com piretróides, há disponibilidade deste fármaco na rede pública, apesar de maior custo em relação a outros medicamentos, como a ivermectina, tem ainda a vantagem de ser menos irritante, podendo ser utilizado em crianças, assim como por gestantes, lactantes, renais crônicos e imunocomprometidos. Dos pacientes que apresentam ectoparasitoses, apenas os com infecção secundária têm a necessidade de ser encaminhado diretamente para a consulta médica.

---

<sup>121</sup> BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2020). Cidades. <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/lunardelli/panorama>> Acesso em fev. 2021.

Um estudo e os resultados obtidos no município de Ponta Grossa/PR (2016), na introdução do protocolo farmacêutico em atendimento a pacientes acometidos pela escabiose e pediculose, atesta a validade da consulta realizada pelo farmacêutico, com a inserção da terapêutica farmacológica em sua intervenção, garantindo maior assistência aos pacientes fortalecendo e ampliando o cuidado<sup>122</sup>.

A febre traz consigo uma mistificação, pois muitos acreditam que ela seria a própria doença e não um sintoma comum. Pursell (2009) evidenciou que muitos pais, por ansiedade, medicam seus filhos de forma inadequada e a cultura e crenças pessoais influencia muito na tomada de decisão<sup>123</sup>. A introdução do protocolo, para atendimento de pacientes com manifestações de febre, com medicamentos antipiréticos como a dipirona, o ibuprofeno e o paracetamol, os quais estão disponíveis na rede pública e também podem ser prescritos pelo farmacêutico, configura-se como um instrumento capaz de auxiliar no atendimento precoce de pessoas febris, uma vez que, na maioria das vezes, a falta de segurança em seu cuidado leva um grande número de pessoas a procurar o serviço de saúde mais próximo, o que acaba inflando as filas dos consultórios no SUS.

Estudo de Oliveira *et al* (2021), realizado no município de Campo Magro/PR, com a introdução de um protocolo de intervenção em crianças com febre, proporcionou à população um atendimento mais organizado, rápido, humanizado e de qualidade, e os profissionais de saúde foram beneficiados por um ambiente mais harmonioso de trabalho e maior segurança na qualidade do serviço ofertado<sup>124</sup>.

Com relação à azia, ela tem uma prevalência estimada de 10% a 30% na população e é motivo frequente de procura por atendimento médico nas Unidades Básicas de Saúde<sup>125</sup>. O farmacêutico é um dos profissionais que podem realizar o atendimento de pacientes que buscam o serviço de saúde para tratamento deste problema de saúde, em que, usando o hidróxido de alumínio, que é o medicamento isento de prescrição disponível na rede pública, por meio do protocolo, é possível constatar que sua utilização, somada a mudanças nas

---

<sup>122</sup> BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Protocolo de Atendimento Farmacêutico regula prescrição em Ponta Grossa (PR)*. Comunicação do CFF, 29/08/2016. <http://www.cff.org.br/impressao.php?noticia=4002>. Acesso em fev. 2021.

<sup>123</sup> PURSELL, E. Parental fever phobia and its evolutionary correlates. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 210–218. 10.1111/j.1365-2702.2007.02077x, 2009.

<sup>124</sup> OLIVEIRA, D. E. de; FERNANDES, B.; OLIVEIRA, D. K. de; BANOVSKI, D. C. .; STALL, E.; PANATTA, L. .; ARAÚJO, S. P. de; CASAROTO, S. M.; BARROS, F. S.. Implantação de protocolo clínico para paciente pediátrico com febre em serviço de saúde 24 horas - Relato de experiência. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 10, n. 2, pág. e19710212423, 2021. DOI: 10.33448 / rsd-v10i2.12423. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12423>. Acesso em: 27 fev. 2021.

<sup>125</sup> VAKIL N. *Disease definition, clinical manifestations, epidemiology and natural history of GERD*. *Best Pract Res ClinGastroenterol*. 2010 Dec;24(6):759-64.

medidas comportamentais, promove uma boa resposta nos episódios de pirose, devendo ser utilizado somente em casos pontuais. Havendo persistência ou piora dos sintomas, o paciente deve ser encaminhado ao médico para avaliação e realização de exames complementares. Cabe dizer que o hidróxido de alumínio pode causar toxicidade neurológica em pacientes em diálise e sua prescrição para menores de 6 anos e gestantes deve ser proposta e seguida de acompanhamento médico.

Estudos de Santos<sup>126</sup> sugerem que a DGRE é uma doença que influencia na qualidade de vida dos pacientes e o uso desregrado de medicamentos também auxilia nos resultados negativos, por conta das reações que alguns fármacos podem trazer ao sujeito.

As medidas não farmacológicas são as mais importantes no tratamento da constipação, sendo o aumento da ingestão de água, a dieta com alimentos ricos em fibras e a realização de atividades físicas as ações que promoverão uma maior regularidade nas evacuações intestinais. Os laxativos, como a lactulose e o óleo mineral, são os medicamentos isentos de prescrição, disponíveis na rede pública, e seu protocolo aponta que tais medicamentos devem ser utilizados na situação aguda deste problema de saúde autolimitado, pois seu uso em demasia pode causar habituação no funcionamento intestinal. O reconhecimento da etiologia da constipação, por meio das informações sobre o tempo do início e sua evolução, traz esse transtorno menor para um campo em que o farmacêutico é capaz de realizar o manejo adequado para o tratamento.

Os resultados obtidos por Ajala *et al*<sup>127</sup> sugerem que o tratamento da constipação intestinal se baseia na instituição de medidas dietéticas, incentivo à prática de exercícios físicos e estímulo do reflexo da evacuação. O uso de fármacos pode ser indicado em alguns casos, porém não se aconselha o uso por tempo prolongado. Quando se faz necessária a terapêutica farmacológica, o tratamento consiste na utilização de medicamentos formadores de massa fecal, emolientes, estimulantes ou salinos osmóticos. Seus estudos consideram que a constipação é um problema complexo que afeta uma porção significativa da população em geral. O farmacêutico deve orientar o paciente quanto ao uso de produtos laxativos, auxiliando-o na escolha do MIP mais adequado e promovendo seu uso racional.

---

<sup>126</sup> MELO DOS SANTOS, T. *Método de segmento farmacoterapêutico para pacientes portadores de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)*. Governador Mangabeira - BA, 2019.

<sup>127</sup> AJALA ER, MONTEIRO C, PORSCH, SAG. Indicação farmacêutica de medicamentos isentos de prescrição para o tratamento da constipação intestinal. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*, 2018; 2(2)1-17.

As infecções por micoses são apontadas como um problema de saúde pública universal, principalmente em regiões de clima tropical e subtropical, como Lunardelli-Pr, onde a temperatura quente e a umidade, somadas à desorganização do estilo de vida e maus hábitos de higiene por muitas pessoas, favorecem o seu aparecimento. O tratamento farmacológico é simples e, por meio de um medicamento seguro, livre de efeitos adversos e de custo relativamente baixo, o protocolo para dermatofitoses traz o antifúngico miconazol 2% em creme dermatológico, disponível na rede pública, o qual pode ser prescrito por um farmacêutico, melhorando a qualidade de vida dessa população.

A investigação bibliográfica de protocolos para tratamento de dermatofitose utilizando MIP, como o miconazol, para a elaboração deste protocolo farmacêutico não foi encontrada. Isso torna este protocolo de problema de saúde autolimitado pioneiro na administração de dermatofitose por um farmacêutico.

O atendimento do farmacêutico realizado com protocolos clínicos prévios torna-se um procedimento mais seguro, evidenciando os problemas de saúde autolimitados e suas causas, pois, por meio de um plano de cuidado bem realizado, permite analisar, evidenciar, distinguir e avaliar sua evolução e os resultados obtidos, o que se traduz em ações que demonstram sucesso na conduta farmacêutica e podem garantir a eficácia do protocolo introduzido.

O principal desafio a ser vencido, na elaboração dos PCDT, é estes serem testados e validados na prática do consultório farmacêutico, de modo a garantir confiança. Assim, os profissionais de saúde se sentem à vontade para aderir às recomendações, com o objetivo de atender às necessidades de saúde do usuário do SUS em sua integralidade, ao mesmo tempo, reduzir os riscos de morbimortalidade e promover o uso racional dos medicamentos.

A defasagem na formação acadêmica é dificuldade a ser ultrapassada na execução da consulta e na prescrição farmacêutica. Apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos na grade curricular dos cursos de Farmácia, a busca por cursos de formação e ampliação de conhecimentos complementares que preparem e qualifiquem o farmacêutico torna-se fundamental para o seu posicionamento como profissional de saúde que atua diretamente na melhoria da qualidade da atenção à saúde, fazendo diferença na vida das pessoas.

A capacitação continuada, por meio de cursos de qualificação com caráter técnico-científico, junto da modernização da profissão farmacêutica, permite que a responsabilidade de cuidar de problemas de saúde autolimitados seja garantida pelo melhor desempenho da profissão farmacêutica, que passa a fomentar o acesso racional aos medicamentos de forma segura e efetiva. E dentro do sistema de saúde, o profissional se reencontra na arte de cuidar,

passando a praticar a orientação adequada, muitas vezes integrado à equipe multidisciplinar, transmitindo assim seus conhecimentos e sempre respeitando seus limites.



## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A introdução de PCDT no apoio prático da consulta farmacêutica vem contribuir para que o profissional execute suas ações de forma segura e eficaz, desenvolvendo uma prescrição farmacológica ou não, garantindo assim que os problemas de saúde autolimitados dos pacientes que se dirigirem às farmácias em busca de tratamento sejam amenizados ou curados, melhorando a qualidade de vida da população assistida e desafogando as filas dos consultórios do SUS.

A falta de prática no atendimento de pacientes por deficiências na formação acadêmica de alguns farmacêuticos e a insegurança na seleção do procedimento correto de avaliação dos sinais e sintomas do paciente tornam os PCDT um documento que permite melhorias nas condutas e na decisão da indicação do melhor tratamento e orientação do paciente em alguns problemas de saúde autolimitados.

## 7 REFERÊNCIAS

ACHTERMAN RR, WHITE TC. *Dermatophytes*. Curr Biol. 2013;23(13):R551-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2013.03.026>.

AJALA ER, MONTEIRO C, PORSCH, SAG. Indicação farmacêutica de medicamentos isentos de prescrição para o tratamento da constipação intestinal. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*, 2018; 2(2)1-17.

ALLMERS, H. Frequent acetaminophen use and allergic diseases: is the association clear? *The Journal of allergy and clinical immunology*, St Louis, v. 116, n. 4, p. 859- 862, Oct. 2005.

ANDROMANAKOS N, SKANDALAKIS P, TROUPIS T, FILIPPOU D. Constipation of anorectal outlet obstruction: Pathophysiology, evaluation and management. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 21 (4): p. 638–646, 2006.

ANTONUCCI, R. *et al.* Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in pregnancy: impact on the fetus and newborn. *Current drug metabolism, Hilversum*, v. 13, n. 4, p. 474-490, May 2012.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *RDC N° 98, DE 1° DE AGOSTO DE 2016*. Dispõe sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição, e dá outras providências. Publicado em: 03/08/2016.

ARMSTRONG, E. P.; MALONE, D. C. The impact of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on blood pressure, with an emphasis on newer agents. *Clinical therapeutics*, Arizona, v. 25, n. 1, p. 1-18, 2003.

AUSTRALIAN. AUSTRALIAN DRUG EVALUATION COMMITTEE. Prescribing medicines in pregnancy: an Australian categorization of risk of drug use in pregnancy. *Canberra*: Therapeutic Goods Administration, 1999. Disponível em: <<https://www.tga.gov.au/prescribingmedicines-pregnancy-database>>. Acesso em fev. 2020.

BERNSTEIN, C.N., FRIED, M., KRABSHUIS, J., COHEN, H., ELIAKIM, R., FEDAIL, S., GEARRY, R., GOH, K., HAMID, S., KHAN, A.G., LEMAIR, A., MALFERTHEINER, Ouyang, Q., REY, J., SOOD, A., STEINWURZ, F., THOMSEN, O.O., THOMSON, A.; WATERMEYER, G. (2010), World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of IBD in 2010. *Inflamm Bowel Dis*, 16: 112-124. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ibd.21048> Acesso em fev. 2020.

BRASIL. *RESOLUÇÃO/CFF N° 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013*. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>> Acesso em abr. 2019.

BRASIL. *RESOLUÇÃO/CFF N° 586 DE 29 DE AGOSTO DE 2013*. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>> Acesso em abr. 2019.

BRASIL. CONITEC. *Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS*. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/protocolo-clinico>> Acesso em abr. 2019.

BRASIL. *LEI Nº 13.021, DE 8 DE AGOSTO DE 2014*. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13021-8-agosto-2014-779151-normaatualizada-pl.pdf>> Acesso em abr. 2019.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Protocolo de Atendimento Farmacêutico regula prescrição em Ponta Grossa (PR)*. Comunicação do CFF, 29/08/2016. <http://www.cff.org.br/impressao.php?noticia=4002>. Acesso em fev. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2020). Cidades. <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/lunardelli/panorama>> Acesso em fev. 2021.

BRASIL. *Relatório Técnico do Instituto Nacional para Convergência Digital/ Departamento de Informática e Estatística*, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina. -- v. 9, n.7 (2019) Florianópolis: INE, UFSC, 2019> Acesso em fev. 2021.

BRASIL. *Dermatofitose - Sociedade Brasileira de Dermatologia*. Disponível em: [sbd.org.br](http://sbd.org.br) Acesso em fev. 2021.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. *Incidência de câncer no Brasil, 2020*. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>> Acesso em fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção básica. Departamento de atenção básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. *Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica* n. 28, Volume II. Brasília-DF, 2012. Disponível: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentosnorteadores/cadernos\\_de\\_atencao\\_basica\\_-\\_volume\\_ii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentosnorteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf) Acesso em 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos*. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)> Acesso em fev. 2021.

BRODIE DC, Parish PA, Poston J.W. *Societal needs for drugs and drug-related services*. Am J Pharm Ed 44:276-278, 1980.

BRODIE DC. *Is pharmaceutical education prepared to lead its profession?* The Ninth Annual Rho Chi Lecture. Rep Rho Chi 39: 6-12, 1973.

BURGESS, I. F. Human lice and their management. *Advances in Parasitology*, 36:271-342, 1995.

BURGESS, I. F. *Sarcoptes scabiei* and Scabies. *Advances in Parasitology*, 1994, 33, p. 235-292.

BURKHART, C. N. *Fomite transmission with head lice: A continuing controversy*. Lancet, 2003, 361, p. 99-100.

CANADIAN. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (26 de junho de 2014). «Dioctyl Sulfosuccinate or Docusate (Calcium or Sodium) for the Prevention or Management of Constipation: A Review of the Clinical Effectiveness».

CANYON, D. V.; SPEARE, R. & MULLER, R. Spatial and kinetic factors for the transfer of head lice (*Pediculus capitis*) between hairs. *Journal of Investigative Dermatology*, 2002, 119:629-631.

DALLA COSTA, E. M, O Enfoque Familiar na formação dos profissionais farmacêuticos. *Revista Olho Mágico*, v.22, p.16-18, 2000.

DE LUCA, S. A. *et al.* Consideraciones sobre el riesgo potencial em pacientes que se automedican antiácidos. O.F.I.L., v. 9, p. 30 – 37, 1999a.

DE LUCA, S. A. *et al.* Caracterización de la automedicación de antiácidos en dos farmacias del área metropolitana de Caracas. O.F.I.L., v. 9, p. 40 – 49. 1999b.

DROSSMAN DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016; 150:1262–1279. Acesso em jan. 2021.

FELDKAMP, M. L. *et al.* Acetaminophen use in pregnancy and risk of birth defects: findings from the National Birth Defects Prevention Study. *Obstetrics and gynecology*, New York, v. 115, n. 1, p. 109-115, Jan. 2010.

FICK, D. M. *et al.* American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 63, n. 11, p. 2227-2246, Nov. 2015.

FICK, D. *et al.* American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 60, n. 4, p. 616-631, Apr. 2012.

GRAHAM, D. Y. *et al.* Why do apparently healthy people use antacid tablets? *Am. J. Gastroenterol.*, v. 78, n. 5, p. 257-260. 1983.

GREAT BRITAIN. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION AND ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *British national formulary*. 57. ed. London: BMJ Publishing Group and APS Publishing. Disponível em: <<http://www.bnf.org>>. Acesso em fev. 2021.

GREEN, G. A. *Understanding NSAIDs: from aspirin to COX-2*. Clinical cornerstone, Belle Mead, v. 3, n. 5, p. 50-60, 2001.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HANNA, Lezley-Anne. HUGHES, Carmel M. *First, do no harm: factors that influence pharmacists making decisions about over-the-counter medication: a qualitative study in Northern Ireland*. *Drug Safety*, v.33, n. 3, p.245-55. 2010.

HENDERSON, R. P. Acid-peptic disorders and intestinal gas. In: AL-LEN JR., L.V.; BERARDI, R.R.; DE SIMONE II, E.M.; ENGLE, J.P.; POPOVICH, N.G. et al. (Ed.). *Handbook of nonprescription drugs*. 12. ed. Washington, D.C.: American Pharmaceutical Association, 2000. p. 243-272.

HEUKELBACH, J.; van HAEFF, E.; RUMP, B.; WILCKE, T.; MOURA, R. C. & FELDMEIERS, H., *Parasitic skin diseases: Health care-seeking in a slum in Northeast Brazil*. *Tropical Medicine and International Health*, 2003b, 8:368-373.

HEUKELBACH, J.; MENCKE, N. & FELDMEIERS, H., *Cutaneous larva migrans and tungiasis: The challenge to control zoonotic ectoparasitoses associated with poverty*. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7:907-910.

HEUKELBACH J; SALES DE OLIVEIRA FA; FELDMEIERS H. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. *Cad. Saúde Pública* vol.19 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2003 <<https://doi.org/10.1590/S0102-11X2003000500032>> Acesso em fev. 2019.

JOHNSON, A. G.; NGUYEN, T. V.; Day, R. O. Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs affect blood pressure? A meta-analysis. *Annals of internal medicine*, Philadelphia, v. 121, n. 4, p. 289-300, Aug. 1994.

KANABAR, D.; DALE, S.; Rawat, M. A review of ibuprofen and acetaminophen use in febrile children and the occurrence of asthma-related symptoms. *Clinical therapeutics, Princeton*, v. 29, n. 12, p. 2716-2723, Dec. 2007.

KAPLAN, N. M.; TOWNSEND, R. R. NSAIDs and acetaminophen: Effects on blood pressure and hypertension. In: POST, T. W. (Ed.). *Up To Date Waltham, MA: Up To Date*, 2017.

KRINSKY, DL *et al. Manual de medicamentos sem receita médica: uma abordagem interativa para o autocuidado*. 18 ed. Washington: American Pharmacists Association, 2014.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. *Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LAIDLAW, T. M.; ISRAEL, E. *Aspirin-exacerbated respiratory disease*. 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/aspirin-exacerbated-respiratory-disease>>. Acesso em fev. 2020.

LINARDI, P. M. Anoplura. In: *Parasitologia Humana* (D. P. Neves, A L. Melo, O. Genaro & P. M. Linardi, org.). São Paulo: Editora Atheneu, 2002, p. 368-372.

LOYOLA, ANTONIO I, UCHOA, ELIZABETH, GUERRA, HEN-RIQUE, FIRMO JOSÉLIA, COSTA, MERIA FERNANDA. Prevalência e fatores associados a automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública* v.36, n.1, p. 20-26, 2002.

MELO DOS SANTOS, T. *Método de segmento farmacoterapêutico para pacientes portadores de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)*. Governador Mangabeira - BA, 2019.

MIKEAL, RL; BROWN, TR; LAZARUS, HL; VINSON, MC. *Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals*. Am.J. Hosp. Pharm, v. 32, n.6, p.567-574,1975.

MOORE, N.; POLLACK, C.; BUTKERAIT, P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. *Therapeutics and clinical risk management, Auckland*, v. 11, p. 1061-1075, 2015.

MORAES MA, MACHADO AA, MEDEIROS PF, REIS CM. Dermatophytic pseudomycetoma: report of a case caused by *Trichophyton tonsurans*. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2001;34(3):291-4.<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000300011>.

MORAES FILHO, JP.; DOMINGUES, G. Doença do Refluxo Gastroesofágico. In: ZARTEKA, Schlioma; EISIG, Jaime Natan. *Tratado de Gastroenterologia: Da Graduação à Pós-Graduação*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2016. Cap. 39. p. 445-457.

NURKO S, ZIMMERMAN LA. Evaluation and treatment of constipation in children and adolescents. *Am Fam Physician*.2014;90(2):82-90.

OLIVEIRA, D. E. de; FERNANDES, B.; OLIVEIRA, D. K. de; BANOVSKI, D. C. .; STALL, E.; PANATTA, L. .; ARAÚJO, S. P. de; CASAROTO, S. M.; BARROS, F. S.. Implantação de protocolo clínico para paciente pediátrico com febre em serviço de saúde 24 horas - Relato de experiência. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 10, n. 2, pág. e19710212423, 2021. DOI: 10.33448 / rsd-v10i2.12423. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12423>. Acesso em: 27 fev. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud*: Informe de La Reunión de La OMS. Normas de Calidad de los Servicios Farmacéuticos: buenas prácticas de farmacia. Tóquio: Organización Panamericana de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud; 1993.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Relatório de um terceiro grupo consultivo da OMS sobre o papel do farmacêutico*. O papel do farmacêutico no sistema de saúde, preparando o futuro farmacêutico: desenvolvimento curricular. Vancouver: Organização Mundial da Saúde; 1997.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde*: Relatório do Grupo Consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13-16 de dezembro de 1988. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Conselho Federal de Farmácia; 2004.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. *Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos - relatório 2001 – 2002* [Internet]. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2002. Disponível em: [http://www.opas.org.br/medicamentos/temas\\_documentos\\_detalhe.cfm?id=43&iddoc=245](http://www.opas.org.br/medicamentos/temas_documentos_detalhe.cfm?id=43&iddoc=245)> Acesso em: abr. 2019.

PETERSON, G. M. Selecting nonprescription analgesics. *American journal of therapeutics*, New York, v. 12, n. 1, p. 67-79, Jan./Feb. 2005.

PIRES CA, CRUZ NF, LOBATO AM, SOUSA PO, CARNEIRO FR, MENDES AM. *Clinical, epidemiological, and therapeutic profile of dermatophytosis*. An Bras Dermatol. 2014;89(2):259-64. <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142569>.

PURSSELL, E. Parental fever phobia and its evolutionary correlates. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 210–218. 10.1111/j.1365-2702.2007.02077x, 2009.

RABAH R, EVANS RW, YUNIS EJ. Mineral oil embolization and lipoid pneumonia in an infant treated for Hirschsprung's disease. *Pediatr Path* 1987; 7: 447-55.

REIS-GOMES A, MADRID IM, MATOS CB, TELLES AJ, WALLER SB, NOBRE MO, *et al*. Dermatopatias fúngicas: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Acta Veterinaria Brasilica*. 2012; 6:272-84.

ROME FOUNDATION < <https://theromefoundation.org> > Acesso em fev. 2021.

SHERAZI BA, MAHMOOD KT, AMIN F, ZAKA M, RIAZ M, JAVED A. *Prevalence and Measure of Self Medication: A Review*. J. Pharm. Sci. & Res 2012; 4(3):1774-8.

SOARES, M., *Medicamentos não Prescritos - Aconselhamento Farmacêutico*, 2ª ed., Lisboa, vol. I e II, Publicações Farmácia Portuguesa ANF, 2002.

SOFERMAN, R. *et al*. The effect of a single dose of acetaminophen on airways response in children with asthma. *Clinical pediatrics*, Philadelphia, v. 52, n. 1, p. 42-48, Jan. 2013.

SOWERS, J. R. *et al*. The Effects of Cyclooxygenase-2 Inhibitors and Nonsteroidal Anti-inflammatory Therapy on 24-Hour Blood Pressure in Patients With Hypertension, Osteoarthritis, and Type 2 Diabetes Mellitus. *Archives of internal medicine*, Chicago, v. 165, n. 2, p. 161, Jan. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2998801/>>. Acesso em fev. 2020.

TRUVEN HEALTH ANALITYCS. *Micromedex Drugdex System*®. Base de dados. 2017b. Disponível em: <<https://micromedex.com/>> Acesso em fev. 2020.

VAKIL N. *Disease definition, clinical manifestations, epidemiology and natural history of GERD*. *BestPract Res ClinGastroenterol*. 2010 Dec;24(6):759-64.

WHO. *World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009 < [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil\\_atualizado.pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf) > Acesso em fev. 2021.

USA. *Global Action Fund for Fungal Infection. Global Fungal Infection*. Forum 1 – Seattle. Disponível em: <https://www.gaffi.org/global-fungal-infection-forum/about-global-fungal-infection-forum/> Acesso em fev. 2021.

USA. *American Pregnancy Association* - <https://americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/pregnancy-health-wellness/constipation-during-pregnancy-964/> - Acesso em jan. 2021.

WILCKE, T.; HEUKELBACH, J.; SABÓIA-MOURA, R. C. & FELDMEIER, H., Scabies, pediculosis, tungiasis and cutaneous larva migrans in a poor community in northeast Brazil. *Acta Tropica*, 2002a, 83 (Sup. 1): S100.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The role of pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4<sup>th</sup> WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist*. Geneva: Department of Essential Drugs and Other Medicines/WHO; 1998 (WHO/DAP/98.13).

ZUBIOLI, A. *A Farmácia Clínica na Farmácia Comunitária*. 1. ed. Brasília: Ethosfarma: Cidade Gráfica, v. 1, 2001.