

A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA-PB: UMA AVALIAÇÃO DO ANO DE 2014

THE DISPENSATION OF THE PHARMACY

BASIC HELENA -PB SANTA CITY : AN EVALUATION OF THE YEAR 2014

ESTRELA, Rafaela Correia Anacleto¹; SOUSA, Josefa Beatriz Gomes de²;
SOARES, Katyenne Maciel³

¹Graduada em Farmácia pela Faculdade São Francisco da Paraíba - FASP, e-mail:

rafaellaanacleto@yahoo.com.br;² Graduada em Farmácia pela Universidade Federal da Paraíba, e-mail:

katyennems@hotmail.com; ³ Graduada em Farmácia pela Faculdade São Francisco da Paraíba - FASP, e-mail:
bya_souzash@hotmail.com

RESUMO

Essa pesquisa questionará a funcionalidade da dispensação de medicamentos da Farmácia Básica no município de Santa Helena – PB, na perspectiva de avaliar como ocorre a efetivação de tal proposta para os usuários beneficiados, destacando e identificando a dispensação de medicamentos neste município no ano de 2014. A Farmácia Básica na cidade de Santa Helena-PB racionaliza a distribuição de medicamentos essenciais permitindo o tratamento eficaz o menor custo das doenças mais comuns que afetam a população. É um módulo-padrão de suprimento, composto por itens de uso mais generalizado, em quantidades calculadas para a cobertura das necessidades da população. A Farmácia Básica destina-se, exclusivamente, para atenção básica à saúde, na rede SUS, em nível ambulatorial, nos serviços que dispõem de médicos, para a sua adequada prescrição. Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza quantitativa, que trabalhará com a análise do histórico anual de 2014 da referida entidade, na perspectiva de AQUINO (2008), JOAQUIM (2008) e ARAÚJO (2011), com o objetivo de identificar as demandas e atendimentos medicamentosos da população dessa cidade. A escolha pela temática deve-se ao fato da afinidade pela questão social e suas nuances, relativas à promoção de saúde as pessoas que são beneficiadas com tal benefício social. Esse trabalho tem relevância social pelo fato de disponibilizar uma discussão sobre a avaliação da dispensação de medicamentos deste município e a sua relação com o SUS, levando em conta a criação desses programas federais, bem como sua efetivação e implantação sistemática na cidade de Santa Helena-PB.

Palavras-Chaves: Farmácia Básica. Santa Helena. Dispensação de Medicamentos.

ABSTRACT

This research will question the functionality of the dispensing of basic medicines Pharmacy in Santa Helena-PB in the perspective of assessing how is the effectiveness of such a proposal to benefit users, highlighting and identifying the dispensing drugs in this city in the year 2014. The Basic pharmacy in the city of Santa Helena-PB streamlines the distribution of essential medicines allowing effective treatment at lower cost of the most common diseases that affect the population. It is a module standard supply, composed of items of more widespread use, in amounts calculated to cover the population's needs. The Basic Pharmacy is intended solely to primary care in the SUS network, on an outpatient basis, services that have doctors, for their proper prescription. This is a field research, quantitative, who will work with the analysis of the annual historic 2014 this body with a view to AQUINO (2008), JOAQUIM (2008) and ARAÚJO (2011), in order to identify the demands and medical care of the population of that city. The choice of theme is due to the fact that the affinity for social question and its nuances, relating to health promotion people who are benefiting from this social benefit. This work has social relevance by the fact of providing a discussion of the evaluation of dispensing drugs in this county and its relationship with the NHS, taking into account the creation of these federal programs as well as its effectiveness and systematic implementation in the city of Santa Helena-PB.

Key Words: Basic Pharmacy. Santa Helena. Dispensing Drugs.

INTRODUÇÃO

O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”.

Investigando mais detidamente sobre a implantação do Programa de Farmácia Básica, os documentos referendados pelo portal da transparência demonstra que esse projeto social tem um custo anual, quando pleno, de R\$ 111.288.592,80 beneficiando, diretamente a uma população de quase 35.511.679 de pessoas. Sabemos ainda que a assistência básica a essa população diminuíra, expressivamente, o número de internações hospitalares, reduzindo de forma significativa às despesas do Ministério da Saúde em outros segmentos. O incremento as atividades dos laboratórios oficiais fortalecera suas posições dentro do contexto da indústria farmacêutica, com a produção de medicamentos de baixo custo e com qualidade para consumo pela população alvo (BARROS, 2004).

A assistência imediata à saúde básica resultará em sensível melhora da qualidade de vida das populações locais. As propostas e objetivos expressos no Programa Farmácia Básica (PFB) alinham-se politicamente às diretrizes emanadas pelo Programa de Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde - 1997. O grande alcance do PFB, com abrangência nacional promoverá social e politicamente o Ministério da Saúde e, conseqüentemente, o Governo Federal (DIAS, 2004).

É importante ainda destacar que a lista de medicamentos do Programa é composta por 107 itens, mas este número se reduz para 97 (acrescido do preservativo masculino) caso não se considerem as variações de tamanho de embalagem, o que acontece para 10 itens. Assim fica entendido que existem 96 apresentações, representando 71 medicamentos de diferentes classes terapêuticas. Deste número total de apresentações, 76 constam na Relação Nacional de Medicamentos (Rename) de 2006. Dos 20 restantes, 12 constavam na Rename 2002, mas foram retirados ou substituídos na nova edição; 17 estão presentes na Rename 2006, mas em concentrações ou formas farmacêuticas distintas. A lista atende de forma satisfatória a um grande número de classes terapêuticas; entretanto, algumas estão menos representadas. Outras, como os anti-infectantes (25%), medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e periférico (12%) e medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular e renal (12%), estão mais representados e juntos representam praticamente 50% da lista de medicamentos do Programa.

A criação do Programa teve como objetivo principal atingir a faixa da população que comprovasse o orçamento familiar entre 04 e 10 salários mínimo. Entretanto, o PFPB não estabelece barreiras de acesso à população, a não ser a prescrição do medicamento, seja ela da rede pública ou privada (DIAS, 2004).

O Programa chama a recepção do usuário, seguido de verificação da receita e seu aviamento, de atendimento. Este atendimento nem sempre inclui orientação; esta é realizada mediante solicitação do paciente. A análise dos atendimentos realizados pelo Programa, entre os anos de 2005 e 2007, mostrou que, de acordo com os objetivos do PFPB, a maioria deles referiu-se à população não proveniente da rede pública de saúde. Pode-se perceber que, em todos os anos, tanto o número de atendimentos a usuários do setor público quanto a usuários do setor privado vêm crescendo, ainda que a diferença entre o número de usuários desses setores pareça diminuir em 2007.

A intenção explicitada pelo Programa Farmácia Básica é de cobrir população de classe média baixa com alguma possibilidade de pagar pelos medicamentos. A intenção não parece ser coerente com este achado, o que remete à reflexão sobre o real papel que o Programa pode estar desempenhando em alguns locais e quais as motivações para alguns municípios aderirem à essa política pública. O Programa inaugura a convivência de dois sistemas situados em uma mesma gestão. Entretanto, possuem diferenças marcantes, trazendo à tona, mais uma vez, o embate entre a proposta descentralizada e a centralizadora na provisão de medicamentos. Não se pode dizer que com a criação do Programa o Governo federal retoma a opção pela gestão centralizada do sistema; entretanto, também não se pode negar a influência desse modelo na concepção do Programa (BARROS, 2004).

Na política descentralizada do SUS, as ações de provisão de serviços são variadas e amplamente divulgadas e nem sempre alcançam características exitosas. As responsabilidades de cada nível federativo de governo são inespecíficas; com isso, muitas vezes, para a população, a percepção é de que o sistema como um todo é ineficiente. A descentralização, portanto, torna mais difícil para o Executivo federal retirar para si o reconhecimento pela iniciativa política, fruto principalmente da percepção positiva dos usuários de um programa (DIAS, 2004).

A Farmácia Básica no município de Santa Helena-PB racionaliza a distribuição de medicamentos essenciais e permite o tratamento eficaz a menor custo das doenças mais comuns que afetam a população. É um módulo-padrão de suprimento, composto por itens de uso mais generalizado, em quantidades calculadas para a cobertura das necessidades da população, adquiridos dos laboratórios oficiais. A Farmácia Básica destina-se, exclusivamente a atenção básica à saúde, na rede SUS, em nível ambulatorial, nos serviços que dispõem de médicos, para a sua adequada prescrição.

Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza quantitativa, que trabalhará com a análise do histórico anual de 2014 da referida entidade, na perspectiva de desvendar as demandas e atendimentos medicamentosos da população desse município. Esse trabalho tem relevância social pelo fato de disponibilizar uma discussão sobre a dispensação de medicamentos deste município e a

sua relação com o SUS, levando em conta a criação desses programas federais, bem como sua efetivação e implantação sistemática na cidade de Santa Helena-PB.

A pesquisa objetiva avaliar a funcionalidade do programa social de Farmácia Básica no município de Santa Helena – PB, na perspectiva de como ocorre a efetivação de tal proposta para os usuários beneficiados, destacando e identificando a dispensação de medicamentos deste município.

METODOLOGIA

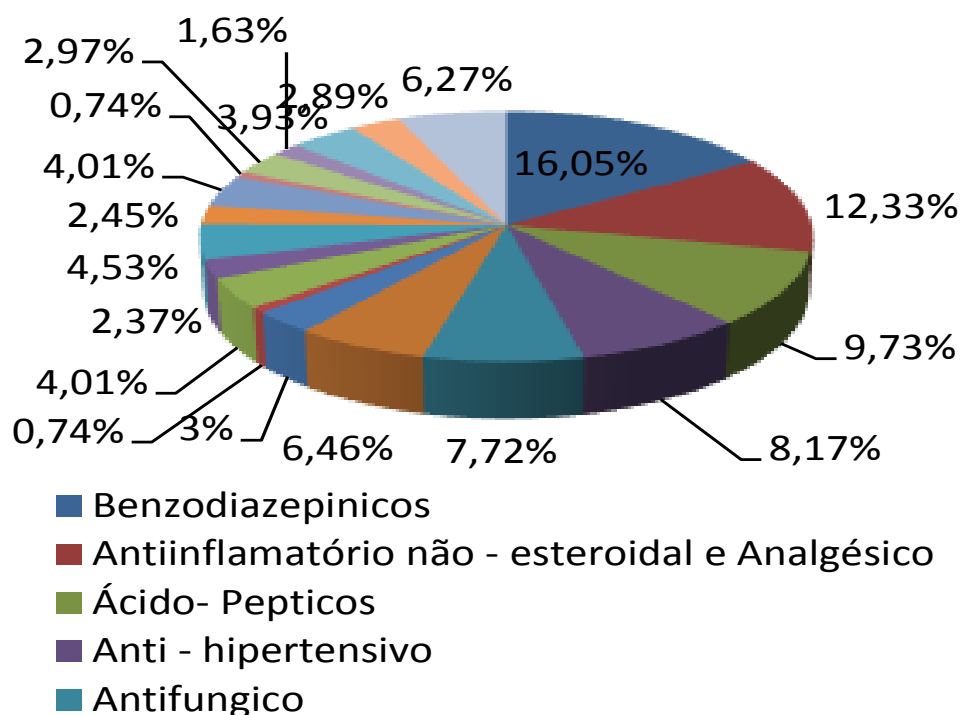
O presente estudo consiste em uma pesquisa exploratória e de campo com abordagem quantitativa dos dados. Os dados foram provenientes da Farmácia Básica Municipal da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Helena-PB correspondente ao ano de 2014. Os resultados foram analisados e apresentados em forma de gráficos e

tabelas, por se tratar, sobretudo, de uma pesquisa quantitativa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No presente estudo, foram avaliados os medicamentos dispensados pela Farmácia Básica do município de Santa Helena – PB durante o ano de 2014 pelo programa Hórus. Dos 1.346 usuários atendidos por dispensação, os medicamentos mais prescritos foram os benzodiazepínicos com (16,05%), seguidos dos anti-inflamatórios não - esteroidais e analgésicos com (12,33%) e fármacos utilizados nos distúrbios ácido-pépticos com (9,73). Na totalidade das dispensações 55.715 medicamentos foram dispensados, o que corresponde a uma média de 41,39 medicamentos por cada dispensação.

GRAFICO 1: Fármacos mais dispensados na Farmácia Básica do Município de Santa Helena.



Fonte: Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. Fonte: dados da pesquisa.

Na tabela 1 pode-se observar que foram dispensados 216 benzodiazepínicos, dos quais o diazepam na forma farmacêutica de comprimido de 5 mg foram os mais prescritos com 47,22% das dispensações (102), totalizando em média 64,21 comprimidos por cada dispensação. A carbamazepina na forma farmacêutica de

comprimido de 200 mg representa 38,88% das dispensações (84) dos benzodiazepínicos, totalizando em média 100,95 comprimidos por cada dispensação.

Tabela 1 - Dispensações de benzodiazepínicos na Farmácia Básica do Município de Santa Helena - PB

Fonte: Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

| Fármacos | Dose | Unidade | Nº Dispensações | Qtd Dispensada |
|---------------|---------------------------|------------|-----------------|----------------|
| Carbamazepina | 20 mg/mL Susp.Oral 100 mL | Frasco | 03 | 20 |
| Carbamazepina | 20 mg/mL Xarope 100 mL | Frasco | 03 | 12 |
| Carbamazepina | 200 mg | Comprimido | 84 | 8.480 |
| Clonazepam | 0,5 mg | Comprimido | 03 | 150 |
| Clonazepam | 2 mg | Comprimido | 03 | 150 |
| Clonazepam | 2,5 mg | Comprimido | 02 | 7 |
| Diazepam | 10 mg | Comprimido | 15 | 1.000 |
| Diazepam | 10 mg | Injetável | 01 | 30 |
| Diazepam | 5 mg | Comprimido | 102 | 6.550 |

Começando a análise conceitual pelos Benzodiazepínicos: 216, Silva (1999) diz que os benzodiazepínicos constituem um grande grupo de drogas, cujos primeiros representantes foram o clordiazepóxido (Librium) e o diazepam (Valium), lançados no início da década de 60. Têm poucos efeitos sobre o aparelho cardiocirculatório e respiratório, o que explica sua larga margem de segurança. Embora todos produzam efeitos hipnóticos, este efeito é mais marcante com o nitrazepan, o flurazepam, o flunitrazepam e o midazolam.

Os efeitos descritos são diferentes conforme o benzodiazepínico, entretanto, as respostas citadas estão presentes em todos os eles. Por exemplo, o **Midazolam (Dormonid)**, **Flurazepam (Dalmadorm)** **Flunitrazepam (Rohypnol)** são benzodiazepínicos com propriedades eminentemente sedativo-hipnóticas; Eles são usados, também no preparo de pequenas cirurgias e exames laboratoriais. Por outro lado, o **Alprazolam (Frontal)** tem uma ação mais ansiolítica e menos sedativa (SILVA, 1999, p. 33).

Ainda como afirma Silva (1999), apoiados na duração do tempo de ação, pode-se deduzir que os benzodiazepínicos de tempo médio são os mais indicados para tratar a insônia. Já os benzodiazepínicos de duração maior são recomendados para o tratamento da **Ansiedade Generalizada**.

As propriedades descritas acima tornam os benzodiazepínicos úteis no tratamento da ansiedade, insônia, agitação, apreensões, espasmos musculares, abstinência do álcool e como pré-medicação nos procedimentos médicos ou odontológicos. Alguns benzodiazepínicos (entre eles o **Rivotril**) são também usados nas crises mioclônicas (contrações musculares súbitas e involuntárias), ausências (perda transitória de consciência), crises convulsivas tônico-clônicas e ainda, no tratamento da **Doença do Pânico**. Os efeitos colaterais mais comuns dos benzodiazepínicos estão relacionados à sua **ação sedativa e relaxante muscular**, variando de

indivíduo para indivíduo. A sedação produz a **depressão, sonolência, tonturas, diminuição da atenção e concentração**. A falta de **coordenação muscular** pode resultar em quedas e lesões, especialmente entre os idosos, além da dificuldade para andar. A **diminuição da libido e dificuldade em ter ereção** é um efeito colateral comum (SILVA, 1999). Os Benzodiazepínicos são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60. O Clordiazepóxido foi o primeiro BDZ lançado no mercado (1960), cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorelaxantes. Além da elevada eficácia terapêutica, os BDZs apresentaram baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores estes que propiciaram uma rápida aderência da classe médica a esses medicamentos (RUBIO, 2014).

Diante desses riscos, percebemos que, como todo medicamento, os fármacos dessa classe devem ser usados somente em casos de real necessidade e com cautela. Recomenda-se aos profissionais de saúde e ao próprio paciente que estejam sempre atentos às reações adversas que podem ocorrer ao longo do tratamento.

Nos anos posteriores foram observados os primeiros casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e de dependência pelos usuários crônicos de BDZs. Tais evidências modificaram a postura da sociedade em relação aos BDZs que, do auge do entusiasmo nos anos 70 passou à restrição do uso a partir da década seguinte. Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso destes medicamentos pela população chegou a atingir 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3%, em 1990 (COELHO, 2005).

Órgãos internacionais, como a OMS (Organização Mundial da Saúde) e o INCB (Internacional Narcotics Control Board), têm alertado sobre o uso indiscriminado e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse alerta foi reforçado por estudos das décadas de 80 e 90 que mostraram uma grave realidade relacionada ao uso de benzodiazepínicos. No primeiro levantamento domiciliar nacional realizado em 2001, 3,3% dos entrevistados (entre 12 e 65 anos) afirmaram uso de

benzodiazepínicos sem receita médica. Em outro levantamento, com estudantes da rede pública de ensino de dez capitais brasileiras, 5,8% dos entrevistados afirmaram já ter feito uso de ansiolíticos sem prescrição (COELHO, 2005).

A segunda classe de medicamentos mais dispensados na Farmácia Básica do município de Santa Helena - PB foram os antiinflamatórios não - esteroidais e analgésicos com 166 dispensações, deste total a dipirona

sódica na forma farmacêutica de comprimido de 500 mg foram os medicamentos mais prescritos com 63 dispensações (37,95%), totalizando em média 34,6 comprimidos por cada dispensação, seguido do ibuprofeno comprimido de 300 mg e 600 mg, que juntos representam 38 dispensações (22,89%), totalizando em média 45,33 e 30,39 comprimidos de 300 mg e 600 mg, respectivamente por cada dispensação.

Tabela 2 - Dispensações de antiinflamatórios não esteroidais e analgésicos na Farmácia Básica do município de Santa Helena - PB

| Medicamentos | Dose | Unidade | Nº Dispensações | Qtd Dispensada |
|------------------------|------------------------|------------|-----------------|----------------|
| Ácido Acetilsalicílico | 100 mg | Comprimido | 12 | 600 |
| Dipirona Sódica | 500 mg | Comprimido | 63 | 2.180 |
| Dipirona Sódica | 500 mg Sol. Oral 10 mg | Frasco | 14 | 53 |
| Ibuprofeno | 300 mg | Comprimido | 15 | 680 |
| Ibuprofeno | 50 mg Susp. Oral 30 mL | Frasco | 30 | 89 |
| Ibuprofeno | 600 mg | Comprimido | 23 | 699 |
| Paracetamol | 500 mg | Comprimido | 09 | 360 |

Fonte: Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

A Dipirona consiste em um fármaco derivado da pirazolona, cuja ação analgésica e antipirética já foi provada por vários estudos. Disponível no mercado mundial há cerca de oitenta anos, é comercializada em mais de 100 países e é atualmente o analgésico de venda livre mais utilizado no Brasil.

De acordo com Andrade (1998), Dipirona Sódica é a uma substância do grupo das pirazolonas, usada em alguns países como analgésico e antitérmico. Seus efeitos, tanto os analgésicos quanto os antitérmicos, ocorrem entre 30 a 60 minutos. A medicação é extremamente popular no Brasil, onde é um dos analgésicos mais consumidos, ao lado do ácido acetilsalicílico (AAS). Na forma oral é bem absorvida pelo trato gastrointestinal. É metabolizada no fígado e excretada, sobretudo, pela urina. Quando tomada por via intravenosa, sua meia vida é de cerca de 10 minutos. Seus efeitos se manifestam em 30 a 60 minutos e duram em torno de 4 horas. Em alguns países (Estados Unidos, Suécia, Japão e Austrália, entre outros), a dipirona encontra-se prescrita, pela possibilidade que tem de causar agranulocitose (0,2 a 2 casos por milhão de pessoas, com 7% de casos fatais). A agranulocitose é uma leucopenia grave, representada pela diminuição do número de células brancas sanguíneas. No entanto, é livremente comercializada em mais de 100 outros países (Rússia, Alemanha, Itália, França, Portugal, Espanha, México, entre outros).

Dipirona sódica foi sintetizada pela primeira vez em 1884 na Alemanha e foi introduzido no Brasil em

1922, pelo laboratório Hoeschest AG, com nome de marca Novalgina R.

Aspectos de segurança da dipirona são amplamente discutíveis em vários países, sendo que em muitos o uso desse analgésico já foi banido, como nos EUA, banido em 1977. Um dos riscos mais proeminentes do uso da dipirona é o aparecimento da agranulocitose, que pode ser definida como contagem de granulócitos inferior a 1500/mm³, podendo manifestar-se por febre, calafrios, dor de cabeça, ulcerações na garganta, no trato gastrointestinal e outras mucosas (ANDRADE, 1998, p. 25).

A dipirona é uma das medicações sabidamente associadas à agranulocitose, entretanto, a intensidade desta associação tem sido motivo de muita controvérsia, haja vista sua baixa incidência na população.

Vários trabalhos já foram realizados a fim de avaliarem o risco da dipirona e de outros analgésicos e anti-inflamatórios com a agranulocitose, como por exemplo, em um estudo de Andrade et AL (1998) que revisou estudo de quatro analgésicos como dipirona, aspirina, diclofenaco e acetaminofeno com base em quatro aspectos de reações adversas: agranulocitose, anemia aplástica, anafilaxia e hemorragia digestiva. Os dados deste estudo calculou o excesso de mortalidade de cada uma dessas drogas, sendo que o diclofenaco (592 por 100

milhões) e a aspirina (185 por 100 milhões) apresentaram os maiores riscos comparando com o acetaminofeno (20 por 100 milhões) e a dipirona (25 por 100 milhões).

Esses dados foram confirmados, ainda em 1998, pela OMS, e são as bases que a ANVISA usou para manter o “status” da dipirona como medicamento de venda livre no Brasil, no Painel Internacional sobre Segurança da Dipirona realizado em junho de 2001.

Considerando os riscos benefícios, a retirada da dipirona do mercado não atende aos interesses da população, já que sua eficácia como analgésico e antitérmico é cientificamente comprovada, além de que os estudos mais recentes demonstraram que os riscos da dipirona são similares ou menores do que o de outros analgésicos disponíveis.

O risco embora pequeno seja existente, e para se evitar problemas futuros é indispensável que a dipirona seja utilizada com bom senso e equilíbrio, avaliando-se sempre o grau de risco em cada caso e em comparação com outros fármacos.

A terceira classe de medicamentos mais prescritos foram os fármacos utilizados nos distúrbios ácido-pépticos com 131 dispensações, destes 82,44% foram de omeprazol, um inibidor da bomba de prótons e 17,56% de cimetidina, um antagonista dos receptores H₂ da histamina, totalizando em média 62,26 cápsulas de omeprazol e 56,08 comprimidos de cimetidina por cada dispensação, respectivamente.

Tabela 3 - Dispensações de fármacos utilizados nos distúrbios ácido-pépticos na Farmácia Básica do município de Santa Helena - PB

| Fármacos | Dose | Unidade | Nº Dispensações | Qtd Dispensada |
|------------|--------|------------|-----------------|----------------|
| Cimetidina | 200 mg | Comprimido | 23 | 1.290 |
| Omeprazol | 20 mg | Cápsula | 108 | 6.724 |

Fonte: Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

Em relação ao Inibidor de Bomba, (COELHO, 2005) afirma que há algumas décadas o uso prolongado de inibidores de bomba de prótons (IBP) tem tido ampla aplicação no tratamento de diversas doenças gastrointestinais, tais como a doença do refluxo gastroesofágico, a ulcerosa cloridropéptica, as gastrites e as dispepsias não ulcerosas. Recentemente, entretanto, alguns estudos têm relacionado esta modalidade terapêutica com o desenvolvimento de alterações anatomopatológicas na mucosa gástrica. Talvez as mais controversas destas alterações sejam a atrofia glandular, a metaplasia intestinal e a hiperplasia de células neuroendócrinas. Estudos clínicos e experimentais sugerem que estas alterações teriam relação com o desenvolvimento de tumores gástricos.

O uso em curto prazo dos IBP está associado a reações adversas leves e reversíveis como diarreia, dor abdominal, náuseas, dor de cabeça, alterações na pele, flatulência e constipação, que desaparecem quando o tratamento com o fármaco é interrompido. Uma exceção é o risco de choque anafilático, uma reação alérgica rara, inesperada e grave que requer atenção médica urgente (RÚBIO, 2014, p. 33).

Porém, o uso em longo prazo pode levar à ocorrência de reações adversas preocupantes e desconhecidas pela maioria da população. Por exemplo, o uso por período igual ou superior a 2 anos pode levar à diminuição na absorção da vitamina B12, vitamina importante para o desenvolvimento hormonal e para a formação dos glóbulos vermelhos (hemácias). Clinicamente os efeitos causados pelo déficit da vitamina

B12 podem se manifestar como demência, problemas neurológicos, anemia e outras complicações, às vezes irreversíveis (COELHO, 2005).

Os inibidores da bomba de prótons (IBP) formam uma classe de fármacos da qual fazem parte o omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol e rabeprazol. Eles atuam inibindo a produção do ácido clorídrico pelas células do estômago e por isso são utilizados no tratamento de diversas doenças em que é necessária a redução da acidez estomacal (gastrites, úlcera gástrica, úlcera duodenal, esofagite de refluxo, azia, síndrome de Zollinger-Ellison e lesões gástricas). Também são recomendados como medicamentos complementares no tratamento de infecções causadas pela bactéria *Helicobacter pylori* (Rúbio, 2014).

O uso em curto prazo dos IBP está associado a reações adversas leves e reversíveis como diarreia, dor abdominal, náuseas, dor de cabeça, alterações na pele, flatulência e constipação, que desaparecem quando o tratamento com o fármaco é interrompido. Uma exceção é o risco de choque anafilático, uma reação alérgica rara, inesperada e grave que requer atenção médica urgente. Porém, o uso em longo prazo pode levar à ocorrência de reações adversas preocupantes e desconhecidas pela maioria da população. Por exemplo, o uso por período igual ou superior a 2 anos pode levar à diminuição na absorção da vitamina B12, vitamina importante para o desenvolvimento hormonal e para a formação dos glóbulos vermelhos (hemácias). Clinicamente os efeitos causados pelo déficit da vitamina

B12 podem se manifestar como demência, problemas neurológicos, anemia e outras complicações, às vezes irreversíveis (COELHO, 2005, p. 33).

O omeprazol é um dos medicamentos mais consumidos da classe dos IBP e seu uso contínuo já foi associado ao desenvolvimento de uma hipersensibilidade ao medicamento, causando uma doença rara nos rins denominada nefrite intersticial. Essa condição leva a uma inflamação dos túbulos renais, gerando alterações que vão desde disfunção moderada até insuficiência renal aguda. Seus sintomas iniciais são: perda de peso, erupção cutânea, náuseas, febre e mal-estar (COELHO, 2005).

Outra reação adversa relacionada ao uso prolongando e regular (neste caso 1 ano ou mais) dos IBP é a redução nos níveis de magnésio na corrente sanguínea (hipomagnesia), podendo causar aumento da ocorrência de espasmos (contração involuntária do músculo) nas pernas, arritmias cardíacas, convulsões e alterações de ânimo. Pacientes que utilizam outros medicamentos que reduzem a concentração do magnésio plasmático, como os diuréticos e a digoxina, têm maiores riscos de sofrerem hipomagnesia ao utilizarem IBP. A redução dos níveis de magnésio também pode resultar na disfunção da glândula paratireóide, afetando a regulação dos níveis de cálcio, levando a um enfraquecimento dos ossos, aumentando assim o risco de fraturas, principalmente em pessoas idosas (RUBIO, 2014).

O uso dos IBP também pode aumentar o risco de diarreia causada pela bactéria *Clostridium difficile* e resultar em maior suscetibilidade a certas infecções, por exemplo, a pneumonia hospitalar (COELHO, 2005).

Diante desses riscos, percebemos que, como todo medicamento, os fármacos dessa classe devem ser usados somente em casos de real necessidade e com cautela. Recomenda-se aos profissionais de saúde e ao próprio paciente que estejam sempre atentos às reações adversas que podem ocorrer ao longo do tratamento.

A Organização Mundial de Saúde diz que há uso racional de medicamentos quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade. Porém, o que se observa, mostra uma realidade bastante diferente. Pelo menos 35% dos medicamentos adquiridos no Brasil são feitos através de automedicação. Os medicamentos respondem por 27% das intoxicações no Brasil e 16% dos casos de morte por intoxicações são causados por medicamentos.

Além disso, 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente, e os hospitais gastam de 15 a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso dos mesmos. A proposta de alívio imediato do sofrimento, como em um passe de mágica, é um apelo atraente, mas tem seu preço. Este preço nem sempre se restringe ao desembolso financeiro e pode ser descontado na própria

saúde. Os requisitos para o uso racional de medicamentos são muito complexos e envolvem uma série de variáveis, em um encadeamento lógico. Para que sejam cumpridos, devem contar com a participação de diversos atores sociais: pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio, governo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo versou-se na caracterização da dispensação de medicamentos na farmácia básica do município de Santa Helena-PB. Tal programa realiza de forma efetiva a distribuição de medicamentos essenciais composta por itens de uso mais generalizado, em quantidades calculadas para as necessidades, tomando como orientação as fases de planejamento do ciclo da Assistência Farmacêutica, sendo assim adquiridos em laboratórios oficiais, permitindo o tratamento das doenças mais comuns que afetam as pessoas.

Diante do exposto, percebeu-se que se faz necessário ainda à implantação de uma Assistência Farmacêutica que permita uma boa comunicação entre o farmacêutico e o paciente favorecendo uma adequada indicação farmacêutica; uma entrevista clínica com o doente como etapa decisiva para uma escolha adequada do medicamento, compreendendo com isso, as necessidades do paciente, tendo em mãos essas informações; pois só assim o farmacêutico consegue com mais segurança identificar o problema de saúde e responsabilizar-se pela terapêutica oferecida, evitando a automedicação irresponsável, como também a utilização indevida de determinados medicamentos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.E.; MARTINEZ, C.; WALKER, A.M. **Comparative safety evaluation of non-narcotic analgesics**. J. Clin. Epidemiol. V.51, n.12, p. 1357-1365, 1998.

APHA – **American Pharmaceutical Association. Critically examining pharmaceutical care**. J Am Pharm Assoc. v.42 n.05 p. 518-519, 2002.

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser prioridade? **Ciência & Saúde coletiva**, vol. 13, p. 733-736, 2008.

ARAÚJO, A.L.A.; UETA, J.M.; FREITAS, O. **Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde**. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v.26, n. p.87-92, 2005.

ARRAIS, P. S. D; COELHO, H. L. L; BATISTA, M. C. D. S; CARVALHO, M.L; RIGHI, R. E; ARNAL, J. M. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 31, nº1, p. 71-7, 1997.

- BARROS, J. A. C de. **Políticas Farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?** Brasília, UNESCO, 2004.
- BATES, Carlos Menezes. **Farmacologia & Saúde.** Cortez, 1995.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação estruturante do SUS.** Brasília, DF, 2007a. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 12).
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria 648, de 28 de Março de 2006.** Disponível em: [http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt / colecoes.html](http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes.html). Acesso em: 23 de outubro de 2014.
- COELHO LGV, Zaterka S. **II Consenso Brasileiro sobre Helicobacter pylori.** Arq Gastroenterol, 2005.
- CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. **Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos".** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- DIAS, H. P. **Flagrantes do Ordenamento Jurídico Sanitário.** Brasília, ANVISA, 2004.
- FAUS, M.J., MARTINEZ, F. **La atención farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de concepos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha.** Pharm. Care Esp. v.1, p. 56-61, 1999.
- FLEITH, V. D; FIGUEIREDO, M. A; FIGUEIREDO, K. F. L. R. O. MOURA, E. C. Perfil de utilização de Medicamentos em Usuários da rede Básica de Saúde de Lorena, SP. **Ciência & Saúde Coletiva.** Vol. 13, p. 755-762, São Paulo, 2008.
- GOUVEIA Ana Margarida Diamantes. **A Farmácia no Brasil nas Últimas Décadas.** São Paulo: Cortez, 1999.
- HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. **Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care.** Am. J. Hosp. Pharm. v. 47, n.3, p.533-543, 2014.
- HOLLANDA Arnaldo Jantarres & NIMMO Fernades Matos. **Dilemas da Saúde e Farmácia em tempos atuais.** São Paulo: Papyrus, 1999 .
- LIPTON, Marcelo Fontana. **As Nuances da Farmacologia no Brasil,** Cortez, 1995.
- MARIN, N. Educação farmacêutica nas Américas. **Olho Mágico.** v. 9, n.1, p. 41-43, 2002.
- MEDEIROS JÚNIOR, A.; RONCALLI, A. G. Políticas de saúde no Brasil. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar.** Natal: EDUFRRN, 2004.
- MENEZES, E.B.B. **Atenção farmacêutica em xeque.** Rev. Pharm. Bras., v.22, n. p.28, 2010.
- MARCONI, Marina de Andrade & LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 6 ed . São Paulo: Atlas, 2007, p. 157-175.
- MYNAIO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- OPAS Guerrad Novaes. **Ressignificação da Farmácia Básica no Brasil.** Paz e Terra, 2002.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Disponível em: www.oms.com. Acesso em: 01 de junho de 2015.
- RECH, N. **Pronunciamento da Federação Nacional dos Farmacêuticos na audiência pública da Comissão de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias da Câmara Federal.** Projeto Lei 4.385. Brasília, 26/6/1996. Pharmacia Brasileira, Brasília, ed. esp. p.13-15, 1996b.
- RICHARDSON, R. J. Pesquisa Social - Métodos e Técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- RÚBIO, Francisca G. **Los riesgos del omeprazol.** Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la semFYC. Medicina de Familia. 2014. Disponível em: <http://abcblogs.abc.es/medicina-de-familia/2014/06/26/los-riesgos-del-omeprazol/>. Acesso em: 18 de agosto de 2014.
- VENTURA, D. F. L. Direito institucional sanitário. In: **ARANHA, M. I. (Org.). Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- ZUBIOLI, A. **O farmacêutico e a automedicação responsável.** Pharmacia Brasileira. Setembro - Outubro, 2000.
- ZUBIOLI, A. **Profissão: farmacêutico. E agora?** Curitiba: Lovise, 1992.