

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
Curso de Graduação em Farmácia-Bioquímica

**Importância da atuação do farmacêutico em equipe
multidisciplinar junto aos portadores de Esclerose Múltipla para a
melhoria da qualidade de vida, visando a integralidade do cuidado
em saúde**

Luana Mi Li Yoo

Trabalho de Conclusão do Curso de
Farmácia-Bioquímica da Faculdade de
Ciências Farmacêuticas da
Universidade de São Paulo.

Orientador(a):
Dra. Maria Aparecida Nicoletti

São Paulo

2019

SUMÁRIO

	Pág.
Lista de Abreviaturas	1
RESUMO	3
1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	11
3. MATERIAIS E MÉTODOS	11
3.1. Estratégias de Pesquisa	11
3.2. Critérios de Inclusão	12
3.3. Critérios de Exclusão	12
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
4.1. Contextualização do tratamento da Esclerose Múltipla no cenário atual	12
4.2. O farmacêutico dentro da equipe multidisciplinar	16
4.3. A influência do farmacêutico na adesão ao tratamento e na qualidade de vida	22
4.4. O farmacêutico na assistência financeira	26
4.5. O farmacêutico na Atenção Básica à Saúde da EM	29
5. CONCLUSÃO	35
6. BIBLIOGRAFIA	35

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Esclerose Múltipla
ABS	Atenção Básica à Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CIS	Síndrome Clinicamente Isolada
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DR	Doenças Raras
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
EA	Evento Adverso
EM	Esclerose Múltipla
EMRR	Esclerose Múltipla Remitente Recorrente
EMPP	Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva
EMPS	Esclerose Múltipla Progressiva com Surto
EMSP	Esclerose Múltipla Secundariamente Progressiva
FIP	<i>International Pharmaceutical Federation</i>
FME	Farmácia de Medicamento Especializado
IFNb	Interferon beta
MDR	Reabilitação Multidisciplinar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde
RM	Ressonância Magnética
SAE	Serviços de Atenção Especializada
SES/SP	Secretarias de Estado da Saúde de São Paulo
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TMD	Terapia Modificadora da Doença
URM	Uso Racional de Medicamentos

RESUMO

YOO, LML. **Importância da atuação do farmacêutico em equipe multidisciplinar junto aos portadores de Esclerose Múltipla para a melhoria da qualidade de vida, visando a integralidade do cuidado em saúde.** 2019. 44p. Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia-Bioquímica – Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla; Qualidade de vida; Equipe multidisciplinar; Interdisciplinaridade; Suporte ao paciente; Adesão ao tratamento; Reabilitação; Cuidado farmacêutico; Atenção Básica à Saúde; Farmácia Clínica; Farmácia Hospitalar; Assistência farmacêutica; Farmácia especializada; Cuidador.

INTRODUÇÃO: A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença incurável, imprevisível, de rápida progressão e severamente debilitante que atinge a população globalmente. Assim como qualquer outra doença crônica, seus portadores sofrem a perda de seu espaço e papel na sociedade, diminuindo, como consequência, o bem-estar dos mesmos. Algo que também dificulta essa aceitação pela população é o fato de que a EM é pouco conhecida, uma vez que os sintomas não são visíveis, isto é, são mais silenciosos e, portanto, de difícil identificação e compreensão. Esses sintomas são, em sua maioria, controlados por regimes medicamentosos em longo prazo, porém, estudos demonstraram que a aplicação desse tipo de tratamento associado às intervenções psicológicas, físicas e emocionais são mais eficientes. Para isso, faz-se necessária a participação do farmacêutico em equipe multidisciplinar no tratamento da doença e na reabilitação. O farmacêutico atua dentro dessa equipe fornecendo o suporte necessário e garantindo a segurança e a eficácia do tratamento, para a melhoria da qualidade de vida tanto dos pacientes, quanto dos cuidadores e familiares que, por sua vez, devem proporcionar suporte importante aos portadores. **OBJETIVO:** Identificar, no cenário atual, qual o papel do farmacêutico e como a sua presença em uma equipe multidisciplinar no tratamento da esclerose múltipla pode influenciar e impactar na melhoria da adesão ao

tratamento e da qualidade de vida do paciente, assim como na qualidade de seus cuidadores e familiares. **MATERIAL E MÉTODOS:** Levantamento bibliográfico de artigos e outras publicações científicas por meio de base de dados e *websites* que gerem embasamento científico para a temática levantada. Os *sites* de busca incluem Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of Science, SciELO e MedLine. **RESULTADOS:** A presença de uma equipe multidisciplinar no tratamento da EM permite que grande parte dos sintomas seja tratada, uma vez que quanto maior a diversidade de profissionais da saúde disponíveis, melhor a efetividade no tratamento desse agravão à saúde. Visando trazer melhorias à vida e à saúde do paciente e do cuidador, o farmacêutico possui, resumidamente, as seguintes funções: o acompanhamento farmacoterapêutico, cuja finalidade é identificar problemas como interações medicamentosas ou baixa adesão ao tratamento, que possam estar comprometendo os resultados terapêuticos, e propor soluções ao usuário e à equipe; a prática de ações para avaliar e promover a adesão terapêutica por meio da redução da complexidade do tratamento e de múltiplas estratégias, como orientação ao usuário em tratamento com vários medicamentos de uso contínuo; o aconselhamento e na educação do usuário; e a diminuição dos custos. A ação conjunta do farmacêutico com o restante da equipe multidisciplinar demonstrou uma melhor prestação de serviço e atendimento, aumentando a adesão ao tratamento e, consequentemente, a qualidade de vida do paciente e de terceiros. **CONCLUSÃO:** A inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar é essencial para um tratamento da EM mais integrado, seguro e efetivo, o que proporciona resultados clínicos para os pacientes, com consequente melhoria na qualidade de vida. Porém, é necessário que a atuação do farmacêutico nesse meio seja estimulada e melhor trabalhada.

1. INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença autoimune, desmielinizante, crônica e neurológica, que causa inflamação, perda de mielina e lesão de neurônios ao longo do Sistema Nervoso Central (SNC), mais comum em adultos jovens, em especial mulheres de 20 a 40 anos e é considerada a principal causa de incapacidade física não-traumática nesse público. O número estimado de pessoas com EM aumentou de 2,1 milhões em 2008 para 2,3 milhões em 2013. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, atualmente, no mundo, há aproximadamente 2,5 milhões de pessoas diagnosticadas com a doença (1,2). De acordo com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em 2014 (registro mais recente) existiam 35 mil portadores e cerca de 15 mil (mais de 40%) em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (3).

A EM é uma condição complexa e heterogênea, caracterizada como uma doença de evolução progressiva e imprevisível devido ao envolvimento de diversos processos fisiopatológicos. As lesões difundidas por desmielinização do SNC acarretam em déficits funcionais no neuroeixo, que são frequentemente incapacitantes. A evolução da doença, gravidade e sintomas não são uniformes e diferem para cada indivíduo, podendo ser “silenciosa” durante toda a vida, manifestar-se inicialmente de forma agressiva, progressiva ou surgir após anos do diagnóstico por imagem. O diagnóstico é basicamente clínico, mas já existem exames laboratoriais e de imagem que ajudam a confirmá-lo e a acompanhar a evolução da doença (4). O quadro clínico clássico caracteriza-se pelo acúmulo gradual de disfunção neurológica (progressão de incapacidade) e/ou pela ocorrência de manifestações neurológicas agudas (desmielinização), chamadas de surtos, que aparecem a partir do surgimento de um novo sintoma neurológico ou piora significativa de um sintoma “antigo”, com duração mínima de 24 horas. Deve-se ter atenção especial às infecções, pois agravam o quadro clínico do paciente desencadeando sintomas que podem ser considerados “falso ou pseudo-surto” (5).

A EM pode ser classificada por níveis de evolução clínica. Há quatro formas de evolução clínica: remitente-recorrente (EMRR), primariamente progressiva

(EMPP), primariamente progressiva com surto (EMPS) e secundariamente progressiva (EMSP). A forma mais comum é a EMRR, representando 85% de todos os casos no início de sua apresentação. Ela é caracterizada por episódios alternados e definidos de ataques inflamatórios (surtos), que podem durar dias, semanas ou meses, e resultam em incapacidade neurológica com recuperação completa ou parcial. Entre os surtos, ocorrem os períodos de remissão, que são caracterizados pela não progressão da doença. As remissões podem ser completas, com o desaparecimento de todos os sintomas, ou incompletas, com a permanência de alguns sintomas neurológicos. Destaca-se que a EMRR é precedida por um período assintomático de duração desconhecida antes do primeiro ataque clínico, conhecido como uma Síndrome Clinicamente Isolada (CIS). A forma EMSP é uma evolução natural da forma EMRR em 50% dos casos após 10 anos do diagnóstico (em casos sem tratamento – história natural). As formas EMPP e EMPS perfazem 5% a 10% de todos os casos (5). Como se tratam de níveis diferentes de evolução da doença, cada um possui cuidados e tratamentos diferentes.

A doença pode se manifestar por diversos sintomas, como por exemplo: perda da sensação, fadiga intensa, depressão, fraqueza muscular, problemas visuais, alteração do equilíbrio da coordenação motora, dores articulares e disfunção intestinal, sexual e da bexiga, e pode gerar consequências profundas na vida do paciente, como a perturbação dos objetivos de vida e do planejamento futuro, do emprego, da renda, de relacionamentos, e de atividades sociais e de lazer, dificultando a adaptação da mesma. Os sintomas estão melhor retratados na Figura 1 e as áreas afetadas pela doença com os seus percentuais, na Figura 2. O fato de não haver cura conhecida pode dificultar ainda mais a aceitação, fazendo com que o seu diagnóstico seja devastador tanto para o paciente quanto para a família. Pode-se afirmar que essa doença diminui a qualidade de vida, que engloba os domínios físico, mental e social dos pacientes e de seus cuidadores (6). Alguns estudos sugerem que sintomas menos visíveis, como a fadiga crônica e os distúrbios psicológicos e no humor podem ser mais angustiantes do que os visíveis, como as limitações físicas (7). Há uma correlação direta entre a progressão da

doença e os distúrbios psicológicos, como a depressão e a ansiedade (que são comprovadamente maiores em pacientes de EM quando comparados à população em geral). Essa variância da depressão pode ser causada pelos sintomas da EM, como dificuldades motoras moderadas por fatores do estilo de vida individual, dentre outros (8,9). Para a realização de um ajuste psicológico, recomenda-se que pacientes permaneçam o mais ativo possível, reconhecendo e expressando suas emoções em uma maneira que os permita controlar suas vidas, engajar em seu autocuidado e focar em potenciais resultados positivos da doença, além de procurarem por ajuda (10).

Foi comprovado que pacientes de EM possuem alto risco de depressão se houver um baixo nível de suporte social (11). Felizmente, intervenções farmacológicas e psicoterapias têm mostrado resultado no tratamento dos sintomas de depressão. A composição da Rede de Apoio Social (RAS), a pertença a um grupo social e a participação em trabalho voluntário têm um papel importante na qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) dos pacientes com EM. Alguns estudos demonstraram que o suporte de uma pessoa com EM teve impacto na vida de cuidadores informais e que a participação em grupos de suporte para pacientes com EM, tanto físico como emocional, estava diretamente relacionado com a redução da ansiedade e depressão e com o aumento na autonomia e na satisfação com a vida (12). Pessoas com maior conhecimento sobre a doença, maior autonomia e melhor qualidade de vida são mais aderentes ao tratamento e lidam melhor com a doença (maior nível de aceitação) (13).

A presença do apoio de profissionais da saúde, principalmente de pares (pessoas em igual situação), demonstrou suprir as necessidades dos pacientes de serem ouvidos e de obterem atenção, compreensão, aceitação, suporte, empatia e simpatia para se adaptarem à EM uma vez que, o fato de ter outros que entendam sobre a doença, ou que se identifiquem com ela, mostra haver compreensão mútua maior e facilidade e abertura em conversar sobre diversos assuntos que abrangem a doença. Casos em que médicos não demonstraram empatia ou simpatia resultaram em uma baixa adesão dos pacientes (10).

Estima-se que apenas 50% dos pacientes com EM sejam aderentes aos tratamentos (14). Alguns fatores que também interferem na baixa adesão são: longos períodos de estabilidade da doença, eventos adversos dos medicamentos, comprometimento cognitivo e falta de conhecimento sobre a doença. Pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha em 2017, encomendada pela Roche Farma Brasil, comprovou que 46% dos brasileiros não conhecem a doença. E essa falta de conhecimento por terceiros acaba isolando os portadores de EM da sociedade.

Uma reabilitação é recomendada, em associação com o tratamento farmacológico específico, uma vez que ela melhora a habilidade do paciente de se encarregar de atividades funcionais diárias básicas, mobilidade, trabalho, comunicação e socialização (15). Como a doença afeta a habilidade física, cognitiva, emocional e de memória, a reabilitação leva à minimização das deficiências e à melhora no estado emocional e na qualidade de vida relacionada à saúde. Essa recomendação destaca a necessidade de um cuidado multimodal e, portanto, de uma equipe multidisciplinar para suprir todos esses aspectos, assim como a necessidade de uma coordenação entre profissionais da saúde, hospitais e a comunidade. Os programas de Reabilitação Multidisciplinar (MDR) não alteram o nível de comprometimento da doença, mas podem melhorar a experiência das pessoas com EM em termos de atividade e participação (16). Os princípios centrais de uma reabilitação de EM são: prover boas informações sobre a doença e o tratamento, treinamentos de ajuste suficiente e oportuno, cuidados musculares e orientações de mobilidade, assim como reabilitações individuais e multidisciplinares que são baseadas nas necessidades do portador de EM (17).

A multidisciplinaridade abrange diferentes profissionais que trabalham com a mesma pessoa, mas dentro de seus próprios limites profissionais e muitas vezes sem conhecimento sobre a prática de cada um (18). A abordagem interdisciplinar, onde os profissionais trabalham juntos no mesmo nível hierárquico e com os objetivos do paciente em foco, é atualmente defendida, porém muitos estudos ainda usam o termo “multidisciplinaridade” nesse mesmo contexto. Outro aspecto é o uso de uma abordagem centrada no cliente na reabilitação orientada em objetivos modernos, que também influencia a escolha em medidas de resultados.

Dentro dessa multidisciplinaridade, temos a participação do farmacêutico em sua área de competência, o que se torna um diferencial de extrema relevância para o alcance das metas terapêuticas estabelecidas. A participação ativa do farmacêutico nas equipes multiprofissionais nos ambientes hospitalares e na reabilitação é vista como necessidade para o redesenho do modelo de atenção às condições crônicas e para melhoria dos resultados em saúde, particularmente no nível dos cuidados primários (Atenção Básica) (19). A Atenção Básica à Saúde (ABS) compreende o conceito da Assistência Farmacêutica (AF), caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e de autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (qualidade de vida) (20). Ela é considerada o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada do sistema de saúde, sendo assim, o centro de comunicação das RAS, ordenando as Redes e coordenando o cuidado (21).

O cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário. O serviço de clínica farmacêutica pode otimizar o regime farmacoterapêutico, melhorar a comunicação sobre a farmacoterapia dentro da equipe multiprofissional e gerar mudanças positivas promovidas no comportamento do usuário. Para que possa lograr êxito, este sistema exige também determinados princípios de prática, o relacionamento entre médicos, usuários, farmacêuticos e demais profissionais da equipe de saúde e um conjunto de operações bem estabelecidas (22).

Como cita o próprio Ministério da Saúde: “é importante destacar que a melhoria do sistema de saúde, com ênfase na qualidade da Atenção Básica em Saúde com investimentos na educação continuada de recursos humanos, na atenção farmacêutica e em outras áreas estratégicas, resultará em melhora do manejo para o conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” (23).

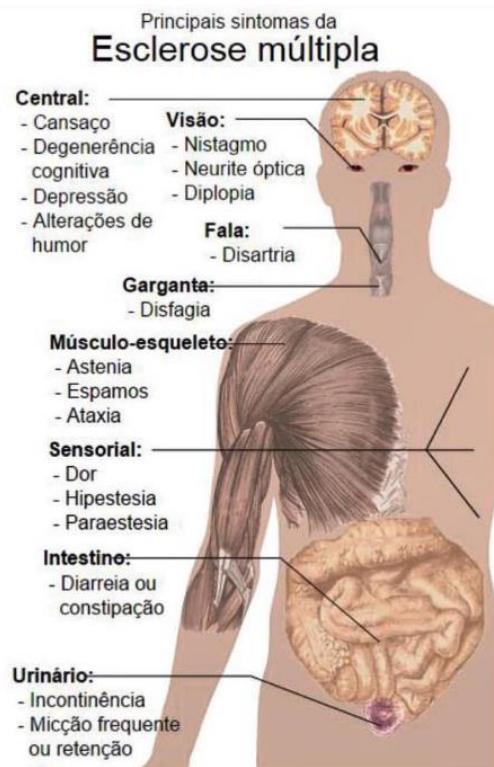


Figura 1. Principais sintomas da EM (70).

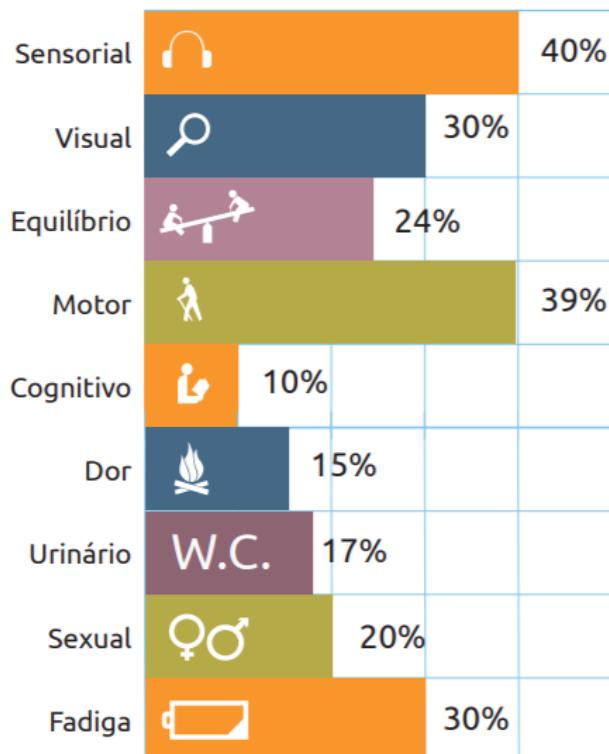


Figura 2. Áreas afetadas pela EM (39).

2. OBJETIVO(S)

O objetivo geral do trabalho é ressaltar a contribuição do farmacêutico na equipe multidisciplinar no tratamento da esclerose múltipla dentro do cenário da prática do cuidado farmacêutico. Já o objetivo específico é identificar, no cenário atual, qual o papel do farmacêutico e como a sua presença em uma equipe multidisciplinar no tratamento da esclerose múltipla pode influenciar e impactar na melhora da adesão ao tratamento e da qualidade de vida do paciente, assim como na qualidade de seus cuidadores e familiares.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Estratégias de pesquisa

O projeto se baseou em revisão bibliográfica do tipo narrativa, utilizando-se bases científicas de dados para a contextualização e atualização do cenário de portadores de esclerose múltipla, incluindo fisiopatologia, evolução da doença, tratamentos, medidas de aprimoramento da qualidade de vida, entre outros aspectos, no período dos últimos 12 anos, uma vez que certos temas referentes à EM só foram possíveis de serem encontrados em estudos dos anos de 2007 e 2008. Os termos “Esclerose Múltipla”, “Equipe multidisciplinar”, “cuidado farmacêutico”, “interdisciplinaridade”, “Farmacêutico”, “Assistência Farmacêutica”, “Farmácia Especializada”, “Farmácia Clínica”, “Farmácia Hospitalar”, “Atenção Básica à Saúde”, “suporte ao paciente”, “reabilitação”, “cuidador”, “Adesão ao tratamento” e “qualidade de vida”, também nas outras duas línguas selecionadas (inglês e espanhol), foram usados como palavras-chave para busca nas bases de dados *US National Library of Medicine – National Institutes of Health* (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), MedLine, *Web of Science*, dentre outras fontes, como por exemplo, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Esclerose Múltipla; textos informativos e vídeos instrutivos de centros de EM, como a Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM); sites institucionais nacionais e internacionais relacionados ao agravio à saúde

abordado, Organização Mundial da Saúde (OMS), *International Pharmaceutical Federation* (FIP) e outros documentos que foram ao encontro dos objetivos propostos.

3.2. Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos e publicações nacionais e internacionais, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, pertinentes à temática abordada. Caso estivessem de acordo com a proposta dos objetivos estabelecidos, eram lidos em sua integralidade.

3.3. Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão foram adotados aqueles que não cumpriram os critérios de inclusão descritos anteriormente.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Contextualização do tratamento da Esclerose Múltipla no cenário atual

A EM é uma doença autoimune cujo tratamento atual se baseia nas terapias modificadoras da doença (TMDs), usadas para diminuir a frequência de exacerbações clínicas, limitar a atividade da doença, indicada pelo número de lesões detectadas pela ressonância magnética (RM), e retardar a progressão da doença e da incapacidade (24). Elas incluem terapias auto injetáveis, infundidas e orais, pertencentes às classes dos corticosteroides, imunossupressores, imunomoduladores ou fármacos de anticorpos monoclonais (25,26).

Pode-se classificá-la como uma doença pleomórfica no que diz respeito a sua variabilidade imunopatológica, genética, demográfica, clínica e terapêutica. Esta é, provavelmente, a razão pela qual esta condição é tão desafiadora para os profissionais de saúde. Por se tratar de uma doença que progride com o tempo, a qualidade de vida relacionada à saúde tende a diminuir (27). Diagnosticar a doença precocemente faz toda a diferença. Quanto mais cedo o tratamento é iniciado, maior

a chance de modificar a longo prazo o curso natural da doença – reduzindo o número de surtos, lesões e sequelas neurológicas. Como a EM tem um amplo espectro de sintomas, é uma doença muito difícil de ser medida seguindo os protocolos médicos. Fadiga e problemas cognitivos, exemplos de sintomas invisíveis, não são palpáveis para os médicos durante a consulta e, embora relatados pelos pacientes, não são levados em consideração, uma vez que são considerados variáveis humorísticas (28).

No passado, os profissionais da saúde ficavam concentrados nos hospitais. Como o gerenciamento de DCNTs, como a EM, é muito complexa e requer cuidado especializado, o neurologista adquiriu o papel de pessoa central de contato em algum momento da história. Atualmente, os neurologistas, juntamente com as enfermeiras, os farmacêuticos e os outros profissionais de saúde, são responsáveis pelo cuidado em longo prazo de pacientes com EM (28).

O crescente arsenal terapêutico na EM tem permitido tratamentos mais efetivos e personalizados (tratamento específico, conforme o perfil de cada paciente), mas a escolha, o gerenciamento de riscos e o manejo das TMDs tem se tornado cada vez mais complexos e vem aumentando a necessidade de especialização organizada via centros de recursos e competências para EM (29).

Com o lançamento de novos medicamentos no mercado, os neurologistas brasileiros se encontram divididos entre, apesar da evolução dos seus pacientes, seguir as regras restritas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para distribuição de medicamentos, ou ao contrário, considerar a progressão e piora da doença, em concordância com as evidências da literatura. Todos esses avanços aumentaram drasticamente a quantidade de tempo que os membros da equipe multidisciplinar devem se comprometer com o gerenciamento de medicação. Como resultado, o farmacêutico está se tornando um membro muito mais integrante da equipe interdisciplinar que cuida de pacientes com EM (30,31).

Na prática clínica, o tratamento ideal da EM consiste em: 1) modificar e retirar o tratamento no momento certo, evitando o agravamento da doença e a geração de efeitos negativos na qualidade de vida do paciente; 2) escolher o melhor tratamento possível, fazendo a escolha individualmente para diferentes pacientes e

para diferentes tempos de evolução da doença em cada paciente; 3) ponderar os riscos e benefícios de cada tratamento e não tratar além do necessário; 4) seguir estritamente as recomendações para cada medicamento, minimizando assim os eventos adversos; 5) respeitar a tolerância do paciente a eventos adversos e ao cronograma de tratamento proposto (31).

O tratamento da EM no Brasil é amplamente limitado pelos PCDTs do Ministério da Saúde, uma vez que a maioria dos pacientes obtém suas TMDs do sistema público de saúde. Os atuais PCDTs determinam uma estratégia de tamanho único, com flexibilidade mínima para adaptar a terapia às necessidades e preferências de pacientes individuais. As decisões terapêuticas na EM são frequentemente baseadas no grau de atividade da doença, que pode ser classificada como baixa, moderada (ou média) e alta. A gestão da EM no Brasil deve levar em conta as recomendações do Ministério da Saúde brasileiro, mas, acima de tudo, precisa ser apoiada pelas evidências da literatura internacional e pelo conhecimento obtido na prática clínica. Com base nas evidências, e sempre tendo em mente as recomendações de segurança de um determinado medicamento, os médicos e os outros profissionais da saúde precisam considerar a efetividade de um tratamento para um determinado paciente, bem como os riscos apresentados pela própria EM (31).

Vários fatores concorrentes estão presentes no momento em que uma decisão terapêutica é tomada. Existem fatores inerentes ao paciente: condição psicológica, estilo de vida, carga da doença, qualidade de vida e cultura. Existem também fatores socioeconômicos, e há questões relacionadas ao médico que podem determinar a escolha da terapia. Estes podem incluir a experiência clínica, juntamente com as expectativas em relação ao controle da doença, a interação com a equipe multidisciplinar e a relação médico-paciente. Uma boa relação médico-paciente agiliza o diagnóstico e aumenta a adesão ao tratamento do paciente. Quando os pacientes são excluídos da tomada de decisão clínica, eles perdem a confiança do profissional de saúde, diminuindo assim a adesão (32). É importante que o paciente deixe de ser um receptor passivo e passe a ser considerado um agente com direitos e capacidades de decisão sobre os procedimentos diagnósticos

e terapêuticos, enquanto o médico se torna um assessor que oferece conhecimento e conselhos, tornando a relação horizontal e não mais vertical (30,31).

O Protocolo Clínico para Recomendações Terapêuticas do Ministério da Saúde é baseado em regras burocráticas e farmacoeconomia. É, portanto, inflexível. Não leva em consideração os avanços atuais no conhecimento, pois não considera a complexidade e a heterogeneidade individual da doença e de seu tratamento. Embora o protocolo atenda às necessidades regulatórias do Estado, restringe o tratamento que seria mais adequado para cada paciente e, portanto, representa um retrocesso no tratamento da EM (33).

A escolha de uma TMD (e a decisão de mantê-la ou alterá-la durante o acompanhamento) depende de vários fatores, incluindo fenótipo, fatores prognósticos, atividade, estado de progressão, gravidade, comorbidades, perfil de segurança, tolerabilidade, preferência do paciente, conveniência, custo e disponibilidade. Até o momento, não existem biomarcadores estabelecidos para prever a resposta de pacientes individuais à maioria dos TMDs (31). O objetivo do tratamento farmacológico é combater o surgimento de lesões no SNC, a ocorrência de surtos, o acúmulo de sequelas e também a progressão das dificuldades neurológicas. Além dos tratamentos específicos para evitar o surgimento de lesões e dos surtos, também utiliza-se vários medicamentos para alívio de sintomas como fadiga, descontrole esfincteriano, rigidez muscular (espasticidade), dentre outros.

Devido à vasta diversidade e complexidade da doença, uma equipe multidisciplinar se torna necessária. A equipe multidisciplinar pode ser composta de: fisioterapeutas, enfermeiras, terapeutas ocupacionais, (neuro)psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, dentre outros profissionais de saúde. A equipe possui um papel de educar a sociedade e os pacientes sobre a doença e ajudar em intervenções que auxiliam os pacientes a se adaptarem à doença, ao tratamento e a lidarem com as restrições do dia a dia impostos por ela. Associado ao tratamento farmacológico específico deve acontecer a reabilitação global, abrangendo as suas necessidades. Equipes multidisciplinares estão associadas a melhor utilização de recursos, minimização de custos desnecessários, melhorias no

desempenho profissional e qualidade de vida no trabalho, além de resultados mais eficazes para os pacientes e suas famílias (34).

A integração dos cuidados é o estabelecimento de conectividade, alinhamento e colaboração dentro e entre o setor de cura e cuidados com relação ao financiamento, administração, organização, prestação de serviços e prática clínica (34). Uma organização de trabalho orientada para o processo consiste em uma tarefa composta que é dividida em tarefas distintas, que são agrupadas em unidades organizacionais por processo de cuidado. Subsequentemente, os prestadores de cuidados de uma unidade organizacional multidisciplinar trabalham constantemente em conjunto no contexto de um processo de cuidados específicos e mantêm relações terapêuticas contínuas com um paciente em particular, ao longo do tempo. A organização do trabalho orientada para o processo está relacionada à alta qualidade do atendimento, prestação de cuidados eficientes e alta qualidade de vida no trabalho para os prestadores de cuidados (34).

4.2. O farmacêutico dentro da equipe multidisciplinar

Atualmente, o conceito de “one drug fits all” (ie, um fármaco adequado à população) não é mais válido. Houve a mudança de “tratando a doença” para “tratando o paciente”, conhecido como “Medicina personalizada”. Em doenças crônicas e progressivas, como a EM, o uso de terapias individualizadas é necessário, uma vez que as consequências de uma indicação não efetiva pode gerar problemas irreversíveis. Saliente-se que a EM não é apenas uma única doença, mas sim um conjunto de doenças, gerando diferentes respostas a diferentes medicamentos. Essa individualização implica na qualidade de vida e no *status* clínico (além de otimizar o custo). Estudos sobre Medicina Personalizada concluem que os profissionais da saúde devem assegurar que o paciente certo receba o medicamento certo na dose e no tempo corretos (35).

Porém, considerar simplesmente o uso de certos medicamentos para pacientes com EM requer um grande conhecimento. Tanto o paciente e cuidador quanto os profissionais da saúde precisam ser educados sobre a doença. Eles

precisam entender os sintomas e a progressão da doença e estarem cientes das opções de tratamentos farmacológico e não farmacológico disponíveis. Essa educação pode aumentar a conscientização da doença, a satisfação no cuidado (tanto para o paciente e o cuidador quanto para o profissional da saúde) e, consequentemente, a adesão ao tratamento e a QVRS. É essencial que os profissionais da saúde tenham as informações adequadas sobre a adaptação de características às doenças crônicas no contexto cultural, a fim de fornecer assistência ao paciente baseada na cultura também (28).

Como o processo inflamatório pode atingir o sistema nervoso como um todo, as dificuldades funcionais do paciente podem se manifestar de forma variada, podendo ser tanto de caráter geral, tais como fadiga, alterações cognitivas, depressão, como localizado (ou mais específicas), como as alterações na deglutição, na fala, no controle intestinal e urinário, fraqueza muscular, espasticidade e alterações de sensibilidade. As alterações de mobilidade devem ser avaliadas de maneira completa, para que o tratamento possa ser direcionado para as causas principais (perda de equilíbrio, fraqueza muscular, incoordenação motora, perda de sensibilidade posicional, espasticidade). O tratamento engloba tanto os exercícios terapêuticos quanto medicações via oral e injeções. A fadiga, por exemplo, é uma queixa muito frequente e está associada a disautonomia (dificuldade de controle na pressão arterial) e pode melhorar bastante por meio da reabilitação autonômica, associada a um programa de condicionamento físico. Já as alterações esfinterianas, principalmente as urinárias, são bastante comuns entre os pacientes, e podem ser tratadas com medicações que melhoram o controle da urina ou a contratilidade da bexiga, assim como exercícios que melhoram a percepção e a força de contração da musculatura pélvica (36).

O tratamento medicamentoso atual da EM visa retardar a progressão da doença e preservar ao máximo a funcionalidade do paciente, prevenindo as recaídas, mas é o tratamento reabilitacional que vai proporcionar a possibilidade de melhora funcional. Para que o tratamento de reabilitação na esclerose múltipla seja eficaz e traga impacto positivo na qualidade de vida do paciente, deve ser baseado em um plano voltado para as suas necessidades (36,37). A não adesão dos

usuários à farmacoterapia, principalmente entre aqueles portadores de DCNTs e com tratamentos mais complexos, continua sendo um desafio para os serviços de saúde. As atividades técnico-pedagógicas de responsabilidade dos farmacêuticos, de forma complementar, visam à educação e ao empoderamento da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional de medicamentos (URM). O URM consiste em maximizar os benefícios obtidos pelo uso dos fármacos, em minimizar os riscos decorrentes de sua utilização (acontecimentos não desejados, eventos adversos) e em reduzir os custos totais da terapia para o paciente, o cuidador e a sociedade (38). Já o uso eficiente dos medicamentos exige o trabalho articulado de uma equipe de profissionais que assistem diretamente ao usuário. No interior dessa equipe, o médico tradicionalmente atua como profissional que seleciona e inicia o uso de medicamentos, enquanto profissionais como enfermeiros e farmacêuticos devem atuar como corresponsáveis pela implementação e ajuste do plano terapêutico, pelo suporte ao usuário e pelo monitoramento dos resultados terapêuticos, dando feedback à equipe e permitindo que todo o sistema se retroalimente e se mantenha organizado (37).

Falhas nessas condições essenciais levam ao sofrimento humano, à incapacidade, à redução na qualidade de vida e, às vezes, à morte, além de ocasionarem maiores custos e desperdício de recursos para o sistema de saúde e para a sociedade (39). Por isso, os serviços farmacêuticos na ABS incluíram, sob o ponto de vista da logística, o planejamento e o abastecimento de medicamentos; e sob o ponto de vista do cuidado farmacêutico, incluíram os serviços de clínica farmacêutica e as atividades técnico-pedagógicas, tanto para os profissionais de saúde, quanto para os portadores e cuidadores, ponto considerado importante, uma vez que pessoas com maior conhecimento são mais aderentes ao tratamento e possuem um melhor nível de aceitação da doença (13).

É consenso que pacientes com EM necessitam tanto de suporte financeiro quanto de educacional. O suporte educacional é uma responsabilidade conjunta entre diversos “stakeholders”, inclusive de sociedades de EM, médicos, farmácias especializadas, indústrias farmacêuticas e planos de saúde/ seguros (37). De acordo com a OMS (1998), “a educação terapêutica do paciente tem como objetivo

ajudar os pacientes a adquirir e manter competências que lhes permitam gerenciar de maneira ideal suas vidas com sua doença crônica”.

De acordo com a Federação Internacional de EM, a qualidade de vida do portador vem com a sua capacidade de participar na tomada de decisões durante o acompanhamento e tratamento da doença; a manutenção de contatos sociais; a disponibilidade de informações e apoio para familiares e cuidadores; o acesso: aos cuidados médicos, tratamentos e terapias adequados as suas necessidades; aos sistemas e serviços de cuidados apropriados à idade, permitindo que trabalhem com o máximo de independência possível e obtenham uma estabilidade financeira; às informações para a manutenção de hábitos positivos de saúde e estilo de vida saudável; e à comunidade de esclerose múltipla por meio de transporte público e edifícios acessíveis, reforçando sua autonomia. (40,41).

Na EM, o uso de certos medicamentos também requer um grande cuidado. Os provedores devem avaliar possíveis interações medicamentosas antes de iniciar um novo medicamento. A obtenção de um histórico de medicação preciso e completo pode, às vezes, levar uma quantidade substancial de tempo, mas é absolutamente necessário evitar interações medicamentosas perigosas e caras. Por exemplo, a terapia baseada em Interferon deve ser evitada em pacientes com histórico de depressão e o Fingolimode (Gilenya™) deve ser usado com grande cautela em pacientes com histórico de complicações cardíacas (42).

Embora os médicos e as enfermeiras sejam mais do que capazes de realizar essas atividades, é ilógico esperar que eles sejam especialistas sobre fármacos e ainda realizem suas tarefas regulares de cuidado ao paciente. Sem um especialista em medicação, haverá aumento de ineficiências, atrasos no tratamento, diminuição da adesão aos medicamentos e piores desfechos clínicos para os pacientes, repercutindo na piora da qualidade de vida tanto do paciente quanto do cuidador, consequentemente. A qualidade de vida do paciente tem ação direta na qualidade de vida dos cuidadores familiares (neste contexto, o cuidador profissional se torna uma exceção, uma vez que, como o próprio nome diz, ele está prestando o serviço como alguém capacitado e qualificado, diferentemente do familiar). Estes relataram sobre o “peso” de se tornarem um cuidador, os transtornos de humor e a sobrecarga

na saúde durante esta jornada. Portanto, uma melhora na qualidade de vida do portador consequentemente gerará uma melhora na do cuidador (43). Por estas razões, o farmacêutico deve ser considerado um membro necessário na equipe multidisciplinar para o tratamento da EM (42).

O farmacêutico clínico é reconhecido por atuar em conjunto com outros profissionais e pacientes da equipe de saúde e a sua atividade pode melhorar a efetividade e a segurança da terapia medicamentosa por meio de intervenções farmacoterapêuticas, minimizando assim os problemas relacionados aos fármacos e otimizando a alocação de recursos financeiros associados à assistência médica (44). Dessa forma, farmacêuticos também estão posicionados de forma única para apoiar outros membros da equipe na área de gerenciamento contínuo de pacientes.

Frequentemente, exige-se que os profissionais de enfermagem monitorem continuamente um número significativo de pacientes, avaliando a adesão aos medicamentos, coordenando o monitoramento laboratorial e fazendo o *check-in* com os pacientes regularmente para garantir que não estejam tendo reações adversas aos medicamentos. Mais uma vez, isso pode levar uma quantidade significativa de tempo, e os profissionais de enfermagem não podem continuar a esperar que assumam todas essas responsabilidades enquanto realizam simultaneamente suas atividades regulares de atendimento ao paciente. O farmacêutico clínico, juntamente com a enfermeira, também auxilia a coordenar o início da terapia e o manejo contínuo das TMDs. Ele também provê serviços clínicos face a face com o neurologista para avaliar a resposta, a tolerância e a conformidade do paciente com a terapia selecionada (42).

Considerando o ambiente hospitalar, o desempenho do farmacêutico clínico deve ocorrer durante todo o período de hospitalização, desde a admissão do paciente até a sua alta. Nestes dois momentos específicos, recomenda-se a realização da conciliação da medicação, prática cuja finalidade é revisar e avaliar se as prescrições médicas atuais são coerentes com as prescrições anteriores e também com o histórico médico. Assim, é possível detectar divergências que podem impactar na evolução clínica dos pacientes e prejudicar sua saúde (45). Durante este período, os pacientes e os cuidadores são reeducados sobre seus

medicamentos (treinamentos especiais podem ser fornecidos também, como por exemplo para os medicamentos administrados via injetável) e exames de monitoria são solicitados. Caso o paciente deseje trocar a terapia (por falha terapêutica ou intolerância aos efeitos adversos, por exemplo), o farmacêutico clínico discute as alternativas terapêuticas juntamente com o neurologista e, em seguida, o novo medicamento é discutido com o paciente. Também deve comunicar qualquer dificuldade que o paciente estiver encontrando para o neurologista. O ideal seria que todos os neurologistas responsáveis, quando um paciente é diagnosticado com EM, encaminhassem uma notificação para o farmacêutico clínico, para que ele possa revisar o perfil do paciente detalhadamente e avaliar as necessidades educacionais e de treinamento do paciente ou familiar (42).

As atividades de acompanhamento da farmacoterapia concentraram-se em questões relacionadas à necessidade do paciente, bem como à eficácia e segurança do tratamento. Portanto, uma análise cuidadosa da prescrição médica deve ser realizada com relação à indicação, dose, efetividade, reações adversas a medicamentos, interações entre fármacos, fármacos e alimentos, fármacos e nutrição enteral, entre outras. Se alguma inconsistência for detectada entre as prescrições médicas anteriores e a prescrição de alta, o farmacêutico deve então sugerir uma intervenção farmacoterapêutica dirigida ao médico para resolver o problema relacionado aos fármacos. Durante o aconselhamento do paciente e/ou do cuidador, após a conciliação da medicação, o farmacêutico pode fornecer informações sobre acesso, armazenamento e uso de medicamentos (44).

Assim, na alta hospitalar, o farmacêutico pode realizar dois tipos de intervenções: intervenção ao médico em decorrência de um problema relacionado aos fármacos detectados e intervenção com paciente/cuidador relacionada à educação sobre o uso correto de medicamentos no domicílio. Embora as reuniões e as discussões multidisciplinares façam parte da unidade de neurologia de rotina, todas as intervenções farmacoterapêuticas devem ser levadas ao médico e à equipe de enfermagem para discussão conjunta, uma vez que a prescrição pode ser feita tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro e/ou farmacêutico (sob algumas condições previstas em Resoluções do Conselho das respectivas profissões) (46).

Portanto, pode-se dizer que a adição de um farmacêutico à equipe multidisciplinar pode ser de grande valor para os centros de EM, fornecendo suporte aos outros profissionais de uma maneira sinérgica que lhes permita elevar o atendimento ao paciente ao mais alto nível possível. Hanson et al. (2014) delineou o papel do farmacêutico clínico em seu centro de EM e descreveu como as intervenções farmacêuticas os ajudaram a atingir taxas de adesão de mais de 90% aos TMDs (46).

O modelo de atendimento integrado permite que os técnicos de farmácia examinem as barreiras de adesão nas chamadas de reabastecimento, de modo que os farmacêuticos prontamente intervenham para ajudar os pacientes a superar as barreiras específicas. Para pacientes que relatam ter tido eventos adversos, os farmacêuticos chamam os pacientes para reiterar estratégias para prevenir ou evitar eventos adversos futuros. Outras vezes, os farmacêuticos podem aconselhar os pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento ou consultar com o médico se o paciente puder se beneficiar da mudança de terapia, fornecer atendimento abrangente e coordenado para pacientes com esclerose múltipla e reduzir as barreiras clínicas, financeiras e logísticas à adesão à medicação (47).

4.3. A influência do farmacêutico na adesão ao tratamento e na qualidade de vida

Assim como não existe certeza quanto à causa da EM, não existe tratamento definitivo para ela. Os medicamentos usados para tratar os sinais e sintomas da doença não produzem cura, mas podem melhorar substancialmente os sintomas, diminuir a progressão da incapacidade e melhorar a qualidade de vida (48). A adesão ao tratamento e a qualidade de vida estão diretamente ligadas e, como mencionado anteriormente, isso não influencia apenas na vida do paciente, mas também na do cuidador e dos familiares que convivem com ele.

A adesão, usada em distúrbios crônicos, foi definida pela OMS como a extensão em que o comportamento de uma pessoa em relação a tomar medicamentos, seguir uma dieta e / ou executar mudanças no estilo de vida

corresponde às recomendações de um profissional de saúde (49). A adesão à medicação é necessária para que os pacientes se beneficiem totalmente do tratamento. A não adesão ou a baixa adesão à medicação pode levar a tratamentos malsucedidos e aumento de custos. Longas interrupções no medicamento à EM aumentam o risco de recorrência e a não adesão ou a baixa adesão é amplamente observada nas DCNTs. Portanto, melhorar a adesão deve ser um objetivo significativo do tratamento (48).

A escolha do tratamento é determinada pela segurança (controle e redução dos efeitos colaterais), conforto da aplicação (comprimidos ou injetáveis), custo do mesmo e preferência do paciente. O paciente pode participarativamente de qualquer tomada de decisão em relação à sua doença. De fato, incluir o paciente na tomada de decisões clínicas está dentro da estrutura das ciências da saúde baseadas em evidências e favorece a adesão aos tratamentos. Os pacientes têm de lidar com um tratamento que não cura a doença, mas que apenas retarda o aparecimento da incapacidade. Por esse motivo, conforto e diminuição de efeitos colaterais favorecem a continuidade do tratamento farmacológico (50).

Alguns autores relataram que as taxas de não adesão são notavelmente maiores com TMDs em comparação com outras medicações de longo prazo. A baixa adesão pode ser atribuída à falta de efeitos observáveis sobre os sintomas, à gravidade da doença, ao conhecimento insuficiente sobre a doença, ao apoio social insuficiente, às expectativas irrealistas quanto aos benefícios da terapia, aos custos, à necessidade de injeções frequentes e duradouras (quando é a forma administrativa do tratamento), ao medo de injeções e aos efeitos adversos incômodos (46).

Uma das principais competências do farmacêutico é realizar uma revisão abrangente de medicamentos para todos os pacientes, explicando a medicação e o tratamento ao paciente e respondendo a quaisquer perguntas que ele possa ter sobre a nova terapia. O foco desta revisão deve ser identificar quais tratamentos o paciente tentou ou não, avaliar potenciais barreiras à adesão e identificar possíveis interações medicamentosas ou contraindicações para certos tratamentos da EM. Este processo simples permite que todos os outros membros da equipe

multidisciplinar desenvolvam seus planos de tratamento de uma maneira muito mais segura e orientada para o paciente (42).

O uso inadequado do medicamento constitui um importante problema de saúde pública que afeta negativamente a resposta ao tratamento e aumenta os custos relacionados ao manejo de problemas relacionados aos fármacos. Esses problemas podem interferir em seus resultados, sendo uma causa frequente de morbidades, hospitalizações e mortalidade. Eles podem estar associados a aspectos como necessidade de indicação, efetividade do tratamento, segurança, que inclui detecção e prevenção de reações adversas a medicamentos e adesão à terapia medicamentosa. O uso desses agentes modificadores da doença está associado aos eventos adversos (EAs) específicos da classe e do agente que podem reduzir a adesão à terapia (44).

Embora a maioria dos pacientes seja informada inicialmente de que não é esperado que os tratamentos atuais da EM melhorem seus sintomas preexistentes, eles precisam do reforço desse conceito durante as visitas subsequentes. Muitos pacientes descontinuam a terapia devido à falta de efetividade percebida quando sua condição não melhora. Sintomas semelhantes aos da gripe (“flu-like”) e reações no local da injeção são os EAs mais comuns relatadas com produtos *Interferon beta* (IFNb), por exemplo. Embora os efeitos positivos do IFNb possam não ser aparentes por vários meses, os EAs desse tratamento são especialmente marcantes durante os primeiros meses de tratamento. Assim, para melhorar a adesão à terapia, é importante educar os pacientes quanto aos EAs iniciais que possam ocorrer e administrar esses eventosativamente (51).

Todos os tratamentos para EM estão associados aos potenciais EAs. A maioria desses EAs pode ser tratada de forma profilática e sintomática. Por exemplo, a dor associada com injeções é semelhante para administração intramuscular (IM) e subcutânea (SC). A maioria desses tipos de EA pode ser tratada com técnica de injeção apropriada, titulação¹ de dose e farmacoterapias, incluindo agentes profiláticos e produtores de alívio. Vários fatores são relatados

¹ Aumento gradual das doses no início do tratamento a fim de permitir o desenvolvimento de taquifilaxia no paciente, reduzindo assim as reações adversas.

para provocar o desenvolvimento de necrose da pele, incluindo técnica de injeção não estéril, uso de soluções injetáveis a frio, falha na rotação de locais de injeção e exposição de locais de injeção recentes à luz ultravioleta. Técnicas de injeção adequadas podem reduzir a incidência de algumas reações na pele (51).

Os planos de tratamento para pacientes com esclerose múltipla que incorporam diretrizes para o reconhecimento e o gerenciamento de eventos adversos ajudarão a minimizar o desconforto e a inconveniência que os pacientes podem ter com os eventos adversos comuns, aumentando assim a adesão dos pacientes à terapia. Além disso, esses planos de tratamento ajudarão a minimizar o risco de EAs mais graves. Recomenda-se que os profissionais de saúde invistam o tempo necessário para ensinar aos pacientes o que eles precisam saber para gerenciar sua doença com sucesso. Uma abordagem proativa, discutindo as expectativas de tratamento com os pacientes antes do início do tratamento e reavaliando o nível de compreensão de cada paciente nas primeiras semanas de tratamento, pode fazer uma diferença significativa tanto para o paciente quanto para o profissional de saúde (51).

Assim, podemos organizar e citar o papel que o farmacêutico possui na adesão ao tratamento, direta e indiretamente, em:

- Fornecer a orientação integral do usuário, direcionada ao acesso aos medicamentos de que necessita, tanto no âmbito da ABS como nos componentes estratégico e especializado da assistência farmacêutica e da farmácia popular. Fornecer a educação do usuário sobre seus medicamentos e problemas de saúde, de modo a aumentar sua autonomia sobre o tratamento e a promover o autocuidado apoiado.
- Promover a adesão do usuário aos medicamentos, por meio da orientação terapêutica, da redução da complexidade do tratamento e da provisão de recursos que apoiem a utilização de medicamentos.
- Otimizar a farmacoterapia, por meio da revisão da polifarmacoterapia e, quando possível, da redução da carga de comprimidos e do custo do tratamento.

- Avaliar a efetividade dos tratamentos e o ajuste da farmacoterapia, quando necessários, com o prescritor e a equipe de saúde.
- Identificar, prevenir e manusear os erros de medicação, interações medicamentosas, reações adversas e riscos associados aos medicamentos (Por exemplo, na EM deve-se tomar especial atenção e cuidado na administração de medicamentos em pacientes grávidas e menores de 18 anos)
- Educar o usuário para a guarda e a destinação adequada dos medicamentos vencidos e demais resíduos de saúde ligados ao tratamento (52).

4.4. O farmacêutico na assistência financeira

Os estudos de De Ridder *et al.* (2008) e Gilden *et al.* (2011) (53,54) demonstraram que o auto custo de medicações, terapias físicas e ocupacionais, dietas suplementares e tratamentos também é um dos problemas em comum entre os portadores para controlar a doença e aderir ao tratamento, motivo pelo qual muitos dos que perderam o emprego devido às limitações trazidas pela doença procuram ajuda de órgãos governamentais para conseguirem trabalhos adequados às suas condições. Todavia, atualmente no Brasil, o SUS oferece 44 procedimentos (clínicos e de reabilitação) para a doença, de forma integral e gratuita, de acordo com as diretrizes terapêuticas determinadas pelo Protocolo Clínico da Esclerose Múltipla (10). Também há um conjunto de medicamentos ofertados especificamente para tratamento de esclerose múltipla aos pacientes cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Em 2018, foram investidos mais de R\$ 279 milhões para aquisição de medicamentos para tratamento da doença no SUS, atendendo 15.689 usuários (55). A não adesão ao tratamento farmacológico prescrito, por exemplo, é identificada como causa importante para o insucesso do tratamento, e como geradora de gastos adicionais e desnecessários para o sistema de saúde (56).

Maior duração de doença, maior tempo para o diagnóstico e menor idade no primeiro sintoma foram os fatores relacionados ao desemprego, que também é uma

das causas da depressão e uma das consequências de se ter a doença. A taxa de desemprego dobra após os primeiros sintomas da EM, e apenas 59% das pessoas com alto nível educacional com a doença em seus anos produtivos estão empregados. Um ponto importante a ser lembrado é que a EM afeta principalmente pessoas jovens, entre 30 a 50 anos, faixa etária que é economicamente ativa (57).

Dados da literatura sugerem que até metade dos pacientes perdem o emprego dentro de cinco anos do diagnóstico. Além disso, em cerca de 10 anos, os pacientes têm grande dificuldade de se manter empregados, sendo muitas vezes obrigados a se aposentarem mais cedo do que a população geral. Maior tempo para o diagnóstico pode implicar atraso no tratamento, e estratégias com foco no diagnóstico precoce e tratamento adequado podem favorecer a retenção de emprego e reduzir os custos relacionados à doença, como benefícios sociais e uso de fundos de pensão. Não apenas esses custos, mas também o de membros da família que param de trabalhar para cuidar dos portadores. Portanto, é possível dizer que manter esses pacientes no mercado de trabalho pode ajudar a diminuir esses custos indiretos e até aumentar a autonomia e o bem-estar dos portadores (57).

As TMDs estão associadas às estratégias de avaliação e mitigação de risco, restrições ao acesso à medicamentos e programas de assistência financeira, fatores que podem afetar o planejamento do cuidado e, portanto, requerem a atenção dos farmacêuticos do sistema de saúde.

É importante ressaltar que algumas das novas terapias orais não são acessíveis à maioria das farmácias do sistema de saúde ou varejo e podem ser dispensadas apenas por meio de sistemas restritos de distribuição de medicamentos estabelecidos pelo fabricante de produtos farmacêuticos. Esses sistemas exigem que apenas farmácias contratadas e especialmente certificadas pelo fabricante estejam autorizadas a fornecer o produto. Aqui, o farmacêutico tem o papel de servir como um defensor dos pacientes. Ao incluir farmacêuticos e pessoal de apoio farmacêutico como parte do centro de EM, eles podem gastar o tempo e os recursos necessários defendendo os pacientes para garantir que recebam os medicamentos apropriados em tempo hábil (42).

Medicamentos especializados, como as TMDs usadas para tratar a EM, são caros e normalmente requerem administração, manuseio e armazenamento especiais. As TMDs estão associadas a altas taxas de não-adesão e podem ter riscos de segurança associados. Os farmacêuticos podem oferecer o suporte ao paciente ao tentar diminuir os custos por meio de programas de assistência dos fabricantes/das empresas farmacêuticas ou de fundações, como os programas de suporte a paciente e os programas de desconto (51).

Clínicas que possuíam os procedimentos de descontos e seguros de TMDs sob a responsabilidade de enfermeiros e/ou médicos demonstraram uma maior frustração com o processo, pois notaram que estes possuíam uma certa dificuldade na comunicação com as seguradoras e que esse tempo gasto poderia ser melhor utilizado em outras tarefas clínicas. Já as clínicas que concentraram o papel do acesso a esses medicamentos no farmacêutico demonstraram uma melhor comunicação entre a clínica e a seguradora, resultando em uma diminuição da carga de tempo gasto, e assim, em um aumento da eficiência no acesso aos medicamentos especializados, mostrando, dessa forma, a importância da participação do farmacêutico nessas tarefas. Isso pode ser observado nas farmácias especializadas, onde o farmacêutico atua nas áreas de administração, manipulação, dispensação, distribuição, resarcimentos, gestão de caso e outros serviços prestados para pacientes com doenças raras ou crônicas (58).

Acredita-se que o encaminhamento do fornecedor a um Serviço de Farmácia Especializada integrada melhora a eficiência e a comunicação, reduz o número de transferências e geralmente resulta em um tempo de resposta de menos de 24 horas. A farmácia especializada baseada no sistema de saúde atende ou excede as expectativas dos pacientes, como ter um atendimento 24 horas, serviço de autorização prévia, programa de assistência a medicamentos, verificação de benefícios de seguros, serviços de dispensa de prescrição para pacientes clínicos, correio ou serviços de urgência, pesquisas clínicas mensais, gerenciamento de casos para recargas, monitoramento contínuo de segurança e treinamento em injeção. Existem inúmeros benefícios potenciais para pacientes e provedores com esse tipo de modelo colaborativo. Por meio do envolvimento ativo do farmacêutico

clínico em neurologia e de um serviço de farmácia especializada no local, avaliações direcionadas e educação sobre medicamentos e doenças são fornecidas ao paciente antes do início da TMD e mantidas durante toda a terapia. Além disso, o ponto de contato regular e a coordenação de recarga incentivam a conformidade melhorada, o uso apropriado de medicamentos, o monitoramento contínuo da segurança e a comunicação aprimorada com o fornecedor para intervenções mais rápidas. Isso promove maior acessibilidade, conveniência e confiança do paciente (46).

4.5. O farmacêutico na Atenção Básica à Saúde da EM

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada, hierarquizada e orientada por princípios e diretrizes válidos para todo território nacional (59). Atualmente, o SUS possui 40 PCDTs para tratamento de Doenças Raras (DR), como a EM. A linha de cuidado da atenção às pessoas com DR é estruturada pela Atenção Básica e Atenção Especializada, em conformidade com a RAS, e seguindo as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com DR no SUS (60).

Os protocolos trazem orientações para médicos, enfermeiros, farmacêuticos e demais profissionais de saúde sobre como realizar o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, bem como a assistência farmacêutica. No SUS, o tratamento para doenças raras é feito por meio de avaliações individualizadas das equipes multidisciplinares nos diversos serviços de saúde do País, como unidades de atenção básica, hospitais universitários, centros especializados de reabilitação e atenção domiciliar. Além desses serviços, existem no País oito Serviços de Referência para Doenças Raras, localizados no Distrito Federal, Anápolis (GO), Recife (PE), Curitiba (PR), Rio de Janeiro, Porto Alegre (RS), Santo André (SP) e Salvador (BA) (60).

São propostos, além da atenção especializada supracitada, Serviços de Atenção Especializada (SAE) e Serviços de Referência em Doenças Raras como componentes estruturantes complementares da RAS. Estes serviços serão responsáveis por ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas aos indivíduos com doenças raras ou com risco de desenvolvê-las, de acordo com eixos assistenciais. Neles podemos contar com os Centros Especializados em Reabilitação (CER), atualmente responsáveis pela reabilitação das pessoas com deficiência, que são componentes estruturantes da Política Nacional de Atenção às Pessoas com DRs. De acordo com a integralidade do cuidado, esses Centros também são responsáveis pela reabilitação dos pacientes encaminhados pelos SAE e Serviços de Referência em Doenças Raras, realizando tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se como referência para a rede de atenção à saúde no território; e a Atenção Domiciliar, que deve garantir, por meio do cuidado pelas equipes de Atenção Domiciliar, o atendimento multiprofissional, estabelecendo proposta de intervenção alinhada às necessidades do paciente e promovendo o acesso ao atendimento, ao diagnóstico e ao tratamento por especialistas em doenças raras, quando necessário. Deverá garantir também o acesso à referência para os procedimentos diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos das diversas especialidades. Configura-se, desta maneira, como mecanismo de articulação entre os pontos de atenção à saúde, potencializando a assistência ao paciente com doenças raras por meio do cuidado compartilhado, de forma horizontal, promovendo a corresponsabilização dos casos pelas equipes de saúde, envolvendo em certo território as equipes de atenção básica, equipes hospitalares, Unidades de Pronto Atendimento e equipes ambulatoriais especializadas (61).

O repasse dos recursos entre as esferas de governo estão organizados na forma de blocos de financiamento, sendo o da Assistência Farmacêutica constituído por outros três, denominados componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (60). O CEAf é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca

da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em PCDTs, publicadas pelo Ministério da Saúde (62).

Nesse contexto, para atender as linhas de cuidado, torna-se fundamental a articulação entre as diferentes políticas de saúde, sejam elas no campo da Assistência Farmacêutica ou em outras áreas, como os outros serviços ambulatoriais e hospitalares. Fica evidente, portanto, que para atendimento integral das doenças do CEAF, é necessária uma interação entre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e a Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde (Renases). No sentido estrito do tratamento medicamentoso no âmbito da AF, o Componente Especializado se relaciona diretamente com o Componente Básico, visto que o tratamento de muitas doenças contempladas no CEAF deve ser iniciado na ABS. Esse raciocínio, além de contribuir para a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, facilita a divisão das responsabilidades entre os entes federados (63).

O Ministério da Saúde financia e adquire os medicamentos para a EM e os envia para as Secretarias de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) que os distribuem para os municípios para abastecimento de toda a rede de saúde pública. De acordo com informações prestadas pela SES/SP no dia 14 de junho de 2018, a cobertura de estoque nas Farmácias de Medicamentos Especializados (FME) foi zero, demonstrando a criticidade da situação atual. A interrupção do tratamento da EM por um período de 15 dias ou mais poderá levar a recidiva da doença, com surtos de intensidade e duração variáveis, não sendo possível prever a gravidade e as consequentes lesões incapacitantes. Por se tratar de uma doença progressiva e ainda sem cura, a ruptura no fornecimento com a interrupção de tratamento tem um impacto psicológico negativo para os pacientes, que convivem com a imprevisibilidade de evolução da doença (64).

A SES/SP conta com uma rede de 40 FME para atendimento dos pacientes. As FME estão distribuídas entre os 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) que conformam as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) do Estado de São Paulo. No Estado de São Paulo, todas as etapas de execução do CEAF (solicitação,

avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade de tratamento) são realizadas nas FME. Os medicamentos do CEAF são dispensados em FME da SES/SP e em Farmácias Municipais. Esses medicamentos eram denominados de “Medicamentos de Alto Custo” (63).

As FMEs são serviços de saúde que integram o SUS, portanto suas atividades devem ser desenvolvidas de acordo com os princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde, entre eles: universalidade de acesso, integralidade e igualdade na assistência (65).

A literatura consultada e a observação de campo no trabalho profissional em programas de AF indicam que, de modo geral, os gestores apresentam grande preocupação com o abastecimento de medicamentos na rede de saúde. Porém, para produzir efetiva melhoria na saúde e na qualidade de vida da população assistida, o acesso ao medicamento, por si só, não basta. A não adesão ao tratamento farmacológico prescrito, por exemplo, é identificada como causa importante para o insucesso do tratamento, e como geradora de gastos adicionais e desnecessários para o sistema de saúde (56). Para garantir uma farmacoterapia racional, a assistência prestada pelos farmacêuticos aos pacientes, enquanto prática de saúde, deve envolver atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades, de forma integrada à equipe multidisciplinar de saúde (66).

Com propósito de garantir a necessária segurança, efetividade e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, foi elaborada a Política Nacional de Medicamentos (67). A Política Nacional de Medicamentos serviu de base para a reorientação do modelo de AF no SUS, que até então era restrito às ações.

Dentro desta perspectiva, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), também como parte integrante da Política Nacional de Saúde, passou a envolver um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, com vistas à garantia de acesso e do URM pela população. Tais ações compreendem a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como, a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, garantia

da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização voltadas para aquisição e distribuição de medicamentos (66).

O cuidado farmacêutico integra ações de educação em saúde, que incluem atividades de educação permanente para a equipe multidisciplinar e atividades de promoção à saúde de caráter geral, e ações de promoção do URM, com o desenvolvimento de atividades assistenciais e técnico-pedagógicas. A atividade assistencial, praticada nos pontos de atenção, inclui os serviços de clínica farmacêutica, que podem ser ofertados ao usuário de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros membros da equipe de saúde. Já as atividades técnico-pedagógicas correspondem às funções vinculadas à gestão do conhecimento e ao empoderamento da equipe de saúde, da comunidade e da família (22).

Como representado na Figura 3, os serviços de clínica farmacêutica abrangem um elenco de ações assistenciais nos pontos de atenção à saúde, ofertadas por meio de atendimento individual ou compartilhado com a equipe de saúde. Essas ações assistenciais podem incluir a dispensação de medicamentos, a orientação terapêutica ao usuário, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia, a conciliação dos medicamentos e a avaliação e promoção da adesão terapêutica. A oferta desses serviços permite ao farmacêutico o gerenciamento integrado de toda farmacoterapia, gerando um controle mais eficaz das doenças, maior segurança para o usuário e contribuindo para a melhoria na sua qualidade de vida (68).

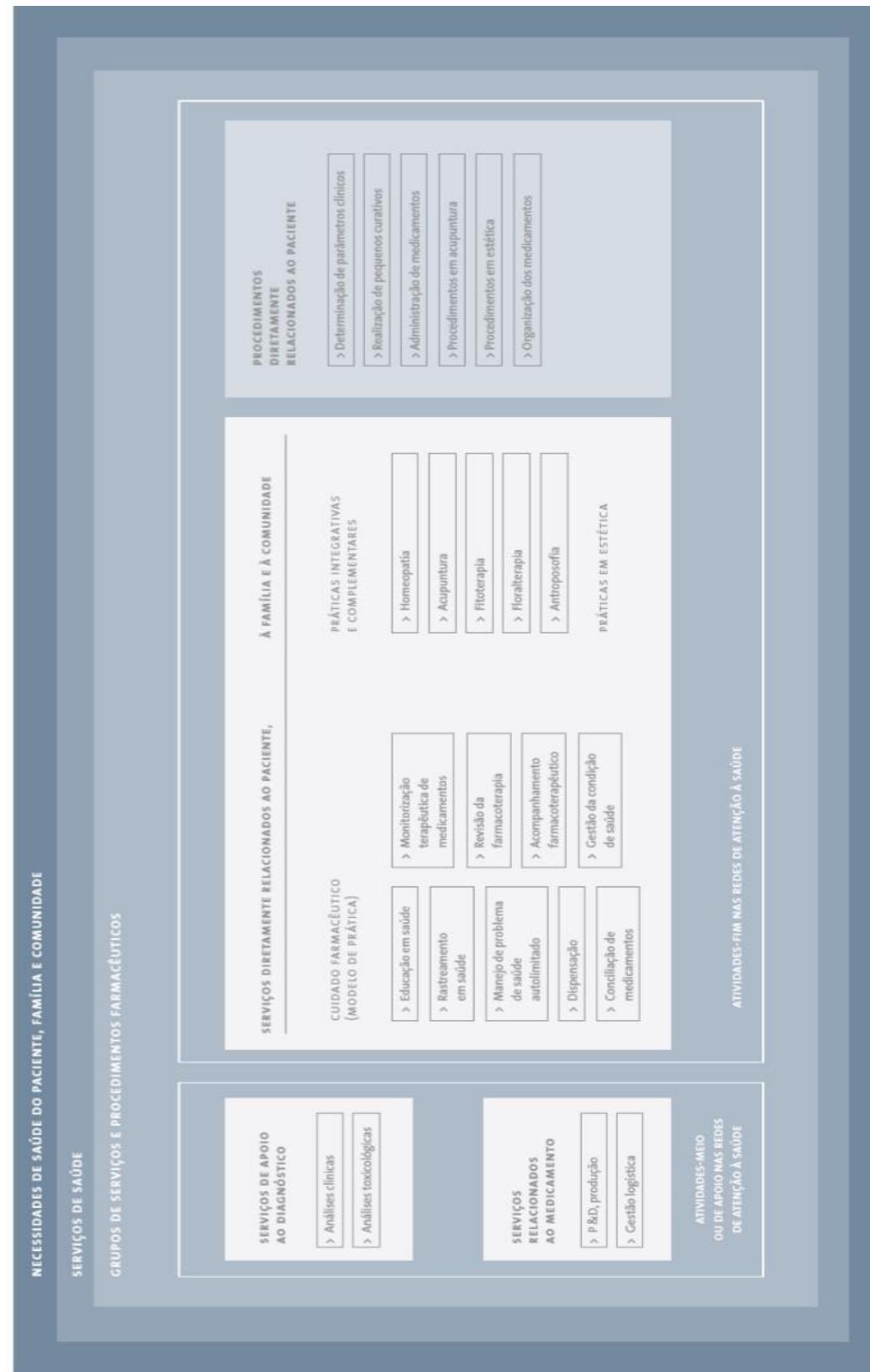


Figura 3. Modelo lógico-conceitual dos serviços farmacêuticos (69).

5. CONCLUSÃO(ÕES)

A EM é uma doença complexa em muitos aspectos, por isso existe uma grande dificuldade na condução de seu tratamento hoje em dia. Devido a essa heterogeneidade, uma equipe multidisciplinar se faz necessária. Equipes multidisciplinares estão associadas a melhor utilização de recursos, melhorias no desempenho profissional e melhor efetividade no tratamento do agravo à saúde. A prevalência de saúde debilitada relacionada com a qualidade de vida é alta em pacientes com EM. Como se trata de uma doença sem cura, o tratamento é conduzido com o objetivo de aumentar ou, ao menos, preservar a QVRS desses pacientes.

As intervenções farmacêuticas praticadas dentro das equipes multidisciplinares permitem que os profissionais de saúde desenvolvam seus planos de tratamento de uma maneira muito mais segura e orientada para o paciente. O cuidado ao paciente prestado pelo farmacêutico também contribui para o URM, a melhor adesão ao tratamento, a efetividade e segurança no tratamento e, assim, a melhor qualidade de vida do portador e, consequentemente, do cuidador e familiar.

Embora mostrados a importância e os benefícios da presença do farmacêutico na equipe multidisciplinar no tratamento da EM, ainda é necessário que seja estimulada a integração e a atuação prática do farmacêutico nesse meio no Brasil, uma vez que poucos estudos brasileiros foram encontrados sobre o papel do farmacêutico na EM e, como citado, o número de pacientes com a doença no País não é insignificante.

6. BIBLIOGRAFIA

1. GOVERNO DO BRASIL. **SUS oferece tratamento clínico e reabilitação a pacientes com esclerose múltipla.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/08/sus-oferece-tratamento-clinico-e-reabilitacao-a-pacientes-com-esclerose-multipla>. Acesso em: 28 dez. 2018.

2. MILO, R.; KAHANA, E. **Multiple sclerosis: geoepidemiology, genetics and the environment.** *Autoimmunity Reviews*, 2010; 9:A387-A394.
3. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Pesquisa com dados do DATASUS sobre mobilidade em pacientes com esclerose múltipla é um dos destaques do 15º Encontro Anual de Esclerose Múltipla BCTRIMS 2014.** Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/506-pesquisa-com-dados-do-datasus-sobre-mobilidade-em-pacientes-com-esclerose-multiplo-e-um-dos-destaques-do-15-encontro-anual-de-esclerose-multiplo-bctrims-2014>. Acesso em: 15 dez. 2018.
4. ABEM. Associação Brasileira de Esclerose Múltipla. **O que é esclerose múltipla.** Disponível em: <http://abem.org.br/esclerose/o-que-e-esclerose-multiplo/>. Acesso em: 8 jan. 2019.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Esclerose Múltipla: Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 41 p.
6. ARNETT, P.A.; BARWICK, F.H.; BEENY, J.E. **Depression in multiple sclerosis: review and theoretical proposal.** *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2008;14: 691–724.
7. WHITE, C.P.; WHITE, M.B.; RUSSELL, C.S. **Invisible and visible symptoms of multiple sclerosis: which are more predictive of health distress?** *J Neurosci Nurs.* 2008 Apr;40(2):85-95, 102.
8. TAUIL, C.B.; GRIPPE, T.C.; DIAS, R.M.; CARNEIRO, R.P.C; CARNEIRO, N.M.; AGUILAR, A.C.R.; SILVA, F.M.; BEZERRA, F.; ALMEIDA, L.K.; MASSARENTE, V.L.; GIOVANNELLI, E.C.; TILBERY, C.P.; BRANDAO, C.O.; SANTOS, L.M.; NETO, L.S. **Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis.** *Arq Neuropsiquiatr*, 2018; 76(5):296-301.
9. HART, S.L.; VELLA, L.; MOHR, D.C. **Relationships among depressive symptoms, benefit-finding, optimism, and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression.** *Health Psychol.* 2008 Mar; 27(2): 230–238.

10. GHAFARI, S.; FALLAHI-KHOSHKNAB, M.; NOUZORI, K.; MOHAMMADI, E. **Patients' experiences of adapting to multiple sclerosis: a qualitative study.** *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession*, 2015; 50(1):36-49.
11. CADDEN, M. H.; MEYER, J. E.; ARNETT, P. A. **Beyond binary: Exploring the merits of three depression groups in multiple sclerosis.** *Neuropsychology*. 2017; 31(3), 328-336.
12. COSTA, D.C.; SA, M.J.; CALHEIROS, J.M. **Social support network and quality of life in multiple sclerosis patients.** *Arq Neuropsiquiatr*. 2017 May; 75(5):267-271.
13. ZWIBEL, H.L.; SMRTKA, J. **Improving quality of life in multiple sclerosis/; as unmet need.** *Am J Manag Care*, 2011;17:S139-45.
14. STEINBERG, S.C.; FARIS, R.J.; CHANG, C.F.; CHAN, A.; TANKERSLEY, M.A. **Impact of adherence to interferons in the treatment of multiple sclerosis: a non-experimental, retrospective, cohort study.** *Clin Drug Invest*, 2010; 30: 89-100.
15. GROOPPO, E.; SIGNORI, A.; SORMANI, M.P.; GROSSO, C.; MANTIA, L.; CATTANEO, D.; ROVARI, M. **Predictors of hospital-based multidisciplinary rehabilitation effects in persons with multiple sclerosis: a large-scale, single-centre study.** *Multiple Sclerosis Journal*, 2019 April-June; 1-9.
16. KHAN, F.; TURNER-STROKES, L.; NG, L.; KILPATRICK, T. **Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis.** *Cochrane Database Syst Rev*, 2007; 18(2):CD006036.
17. SALMINEN, A.L.; KANELISTO, K.J.; KARHULA, M.E. **What components of rehabilitation are helpful from the perspective of individuals with multiple sclerosis?** *Disability and Rehabilitation*, 2014; 36:23.
18. MOMSEN, A.M.; RASMUSSEN, J.O.; NIELSEN, C.V.; IVERSEN, M.D.; LUND, H. **Multidisciplinary team care in rehabilitations: as overview of reviews.** *J Rehabil Med*, 2012; 44(11):901-12.

19. MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União, Brasília/DF, 2011^a.**
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 31 de dezembro de 2010, Seção I, página 89.
22. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual.** Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2012. Brasília, 2011b. 148 p.
24. HABIBI, M.; KUTTAB, H.M. **Management of multiple sclerosis and the integration of related specialty pharmacy programs within health systems.** *Am J Health-Syst Pharm.* 2016; 73 (11): 811-819.
25. National Multiple Sclerosis Society. **What we know about MS: treatments.** Disponível em: www.nationalmssociety.org/about-multiple-sclerosis/what-we-know-aboutms/treatments/index.aspx. Acesso em: 28 Jul. 2019.
26. National Clinical Advisory Board of the National Multiple Sclerosis Society. Expert opinion paper. **Treatment recommendations for physicians.** Disponível em: [http://main.nationalmssociety.org/docs/HOM/ Exp_ChangTherapy.pdf](http://main.nationalmssociety.org/docs/HOM/Exp_ChangTherapy.pdf). Acesso em: 27 Jul. 2019.

27. NACI, H.; FLEURENCE, R.; BIRT, J.; DUHIG, A. **The impact of increasing neurological disability of multiple sclerosis on health utilities: a systematic review of the literature.** *J Med Econ*, 2010; 13: 78-89.
28. FEYS, P.; GIOVANNONI, G.; DIJSSELBLOEM, N.; CENTONZE, D.; EELEN, P.; ANDERSEN, S.L. **The importance of a multi-disciplinary perspective and patient activation programmes in MS management.** *Multiple Sclerosis Journal*, 2016; 22(2S):34-46.
29. FROHMAN, T.C.; BEH, S.C.; KILDEBECK, E.J.; NARAYAN, R.; TREADAWAY, K.; FROHMAN, E.M. **Neurotherapeutic strategis for Multiple Sclerosis.** *Neurol Clin*, 2016 Aug;34(3):483-523.
30. LOPERA-VÁSQUEZ, J.P. **Falencias en la relación médico-paciente en la esclerosis múltiple.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2018; 28(3):1-20.
31. MARQUES, V.D.; PASSOS, G.R.; MENDES, M.F.; CALLEGARO, D.; LANA-PEIXOTO, M.A.; COMINI-FROTA, E.R.; VASCONCELOS, C.C.F.; SATO, D.K.; FERREIRA, M.L.B.; PAROLIN, M.K.F.; DAMASCENO, A.; GRZESIUK, A.K.; MUNIZ, A.; MATTA, A.P.C.; OLIVEIRA, B.E.S.; TAIL, C.B.; MACIEL, D.R.K.; DINIZ, D.S.; CORREA, E.C.; CORONETTI, F.; JORGE, F.M.H.; SATO, H.K.; GONÇALVES, M.V.M; SOUSA, N.A.C.; NASCIMENTO, O.J.M.; GAMA, P.D.; DOMINGUES, R.; SIMM, R.F.; THOMAZ, R.B.; MORALES, R.R.; DIAS, R.M.; APOSTOLOS-PEREIRA, S.; MACHADO, S.C.N.; JUNQUEIRA, T.F.; BECKER, J. **Brazilian Consensus for the Treatment of Multiple Sclerosis: Brazilian Academy of Neurology and Brazilian Committee on Treatment and Research in Multiple Sclerosis.** *Arq Neuropsiquiatr*, 2018;76(8):539-554.
32. COSTA-ALCARAZ, A.M.; SIURANA-APARISI, J.C.; ALMENDRO-PADILLA, C.; GARCIA-VINCENTE, S.; ORDOVAS-CASAURRAN, R. **Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente.** *Revista Clínica Española*, 2011; 211 (11): 581-586.
33. COMINI-FROTA, E.R.; VASCONCELOS, C.C.F.; MENDES, M.F. **Guideline for multiple sclerosis treatment in Brazil: Consensus from the Neuroimmunology Scientific Department of the Brazilian Academy of Neurology.** *Arq Neuropsiquiatr*, 2017;75(1):57-65.

34. PLESS, S.; HOOTEGEM, G.V.; DESSERS, V. **Advancing a systemic perspective on multidisciplinary teams: A comparative case study of work organization in four multiple sclerosis hospitals.** *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(3): 3, 1–10.
35. MILLER, A.; AVIDAN, N.; TZUNZ-HENIG, N.; GLASS-MARMOR, L.; LEJBKOWICZ, I.; PINTER, R.Y.; PAPERNA, T. **Translation towards personalized medicine in Multiple Sclerosis.** *Journal of the Neurological Sciences*. 2008; 274 (1): 68–75.
36. ALBERT EINSTEIN. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. **Esclerose Múltipla (EM).** Disponível em: <https://www.einstein.br/doencas-sintomas/esclerose-multipla>. Acesso em: 13 Set. 2019.
37. MILLER, R.M.; HAPPE, L.E.; MEYER, K.L.; SPEAR, R.J. **Approaches to the Management of Agents Used for the Treatment of Multiple Sclerosis: Consensus Statements from a Panel of U.S. Managed Care Pharmacists and Physicians.** *Journal of Managed Care Pharmacy*, 2012; 18(1):54-62.
38. MOTA, D. M.; SILVA, MG.C.; SUDO, E.C.; ORTUN, V. **Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.I.], 2008. 13: 589-601.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Raras. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doencas-raras>. Acesso em: 9 Ago. 2019.
40. ABEM. Associação Brasileira de Esclerose Múltipla. **Atlas EM 2013.** Disponível em: http://abem.org.br/wp-content/uploads/2016/02/Atlas_EM_2013_FINAL_ABEM_baixa.pdf. Acesso em: 5 Jan. 2019.
41. LOPERA, J.P. **Barreras a la expresión del sufrimiento en personas con esclerosis múltiple de Medellín, Colombia.** *Hacia Promoc. Salud*, 2018; 23(2): 104-117.
42. SCHULTZ, J.; WEBER, C.; KAMHOLZ, J. **The emerging role of pharmacists in the multidisciplinary care of patients with multiple sclerosis.** *International Journal of MS Care*. 2016.

43. ARNETT, P.A. **Caregiver burden in multiple sclerosis.** *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2007; 78: 1041.
44. RODRIGUES, J.P.V.; MARQUES, F.A.; GONC, A.M.R.F.; CAMPOS, M.S.A.; REIS, T.M.; MORELO, M.R.S.; FONTOURA, A.; GIROLINETO, B.M.P.; SOUZA, H.P.M.C.; CAZARIM, M.S.; MADURO, L.C.S.; PEREIRA, L.R.L. **Analysis of clinical pharmacist interventions in the neurology unit of a Brazilian tertiary teaching hospital.** *Plos One*, 2019; 14(1): 1-15.
45. MERGENHAGEN, K.A.; BLUM, S.S.; KLUGER, A.; LIVOTE, E.E.; NEBEKER, J.R.; OTT, M.C. **Pharmacist- versus physician-Initiated admission medication reconciliation: Impact on adverse drug events.** *Am J Geriatr Pharmacother*, 2012; 10(4):242–50. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2012.06.001> PMID: 22819386.
46. HANSOS, R.L.; HABIBI, M.H.; KHAMO, N.K.; ABDOU, S.; STUBBINGS, J. **Integrated clinical and specialty pharmacy practice model for management of patients with multiple sclerosis.** *Am J Health Syst Pharm*, 2014; 71: 463–469.
47. BANKS, A.M.; PETER, M.E.; HOLDER, G.M.; JOLLY, J.A.; MARKLEY, B.M.; ZUCKERMAN, S.L.; CHOI, L.; NWOSU, S.; ZUCKERMAN, A.D. **Adherence to Disease-Modifying Therapies at a Multiple Sclerosis Clinic: The Role of the Specialty Pharmacist.** *Journal of Pharmacy Practice*, 2019; XX(X) 1-7.
48. ERBAY, O.; YESILBALKAN, O.U.; YUCEYAR, N. **Factors Affecting the Adherence to DMT in patients with MS.** *Journal of Neuroscience Nursing*, 2018; 50(5):291-297.
49. CAMARA, N.A.A.C.; GONDIM, A.P.S. **Factors associated with adherence to immunomodulator treatment in people with multiple sclerosis.** *Braz J Pharm Sci*, 2017;53(1):e16132.
50. BUESA-ESTELLEZ, A.; CANO-DE-LA-CUERDA, R.; ORTIZ-GUTIERREZ, R.; PALACIOS-CENA, D. **The impact of pharmacological treatment on patients with MS.** *Disability and Health Journal*, 2019.

51. JUNIOR, H.M.; BRANDES, D.W. **Managing adverse effects of disease-modifying agents used for treatment of multiple sclerosis.** *Curr Med Res Opin*, 2008; 24(9):2679–2690.
52. CORRER, C.J.; OTUKI, M.F.; SOLER, O. **Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento.** *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, [S.I.]. 2011; 2 (3): 41-49.
53. DERIDDER, D.; RINIE, G.; ROELINE, K.; VANHENRIET, M. **Psychological adjustment to chronic disease.** *Lancet*. 2008; 372: 246–55.
54. GILDEN, D.M.; KUBISIAK, J.; ZBROZEK, S.A. **The economic burden of Medicare-eligible patients by multiple sclerosis type.** *Value in Health*. 2011; 14: 61-69.
55. PORTAL DE SAÚDE DO GOVERNO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA. **Medicamento para Esclerose Múltipla dará maior qualidade de vida aos pacientes.** Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45084-medicamento-para-esclerose-multipla-no-sus-dara-maior-qualidade-de-vida-aos-pacientes>. Acesso em: 26 março 2019.
56. BRASIL. Ministério da Saúde. **A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS.** Brasília, 2012a. 25 p.
57. ESTRUUTTI, C.M.; CARDOSO, G.S.M.E.; NOVAIS, M.A.P.; OLIVEIRA, E.M.L.; BICHUETTI, D.B. **Employment status of people diagnosed with multiple sclerosis in Brazil.** *Arq Neuropsiquiatr*, 2019; 77(5): 341-345.
58. COCOHOBA, J.; POHLMAN, B.; TRAN, J.S.; KIRKHAM, H.; JOYCE, C.; CLARK, K.; STEBBINS, M. **Modeling specialty medicine access: Understanding key health system process and players.** *Journal of the American Pharmacists Association*. 2018; XXX: 1-8.
59. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun 2011; Seção 1.

60. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Ministério da Saúde anuncia nova modalidade de compra de medicamentos.** Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=5199&titulo=Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%A9de+anuncia+nova+modalidade+de+compra+de+medicamentos>. Acesso em: 17 Ago. 2019.
61. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União.** 30 jan 2007; Seção 1; Ministério da Saúde. Portaria nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União.** 01 dez 2009; Seção 1.
62. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.** Brasília, 2010.
63. BRASIL. Ministério da Saúde. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename/componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica-ceaf>. Acesso em: 10 Ago. 2019.
64. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Ação civil pública.** Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/acp-em.pdf>. Acesso em: 02 Ago. 2019.
65. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** 20 set 1990; Seção 1.
66. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União.** 07 maio 2004; Seção 1.

67. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*. 10 nov 1998; Seção 1.
68. CORRER, C.J.; OTUKI, M.F. *A prática farmacêutica na farmácia comunitária*. Porto Alegre: *Artmed*, 2013. 454 p.
69. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*. Brasília, 2016. 200 p.; il.
70. HÄGGSTRÖM, M. *Symptoms of multiple sclerosis*. *WikiJournal of Medicine*, 2014.

27/11/19 Liana M. L. Yoo

Data e assinatura do aluno(a)

27/11/19 Dico P. I.

Data e assinatura do orientador(a)