

LARYSSA ANDRADE DA LUZ SANTOS
LUIZ GUILHERME SOUSA CARNEIRO

1.^a edição

FARMACOTERAPIA CLÍNICA EM DOENÇAS CRÔNICAS:

Segurança, Adesão e
Otimização do Cuidado
ao Paciente



SEGURANÇA



ADESÃO



OTIMIZAÇÃO



CUIDADO



SÃO PAULO | 2026

LARYSSA ANDRADE DA LUZ SANTOS
LUIZ GUILHERME SOUSA CARNEIRO

1.^a edição

FARMACOTERAPIA CLÍNICA EM DOENÇAS CRÔNICAS:

Segurança, Adesão e
Otimização do Cuidado
ao Paciente



SEGURANÇA



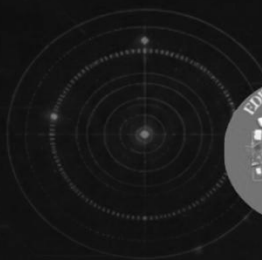
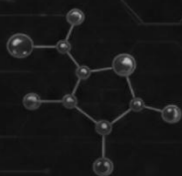
ADESÃO



OTIMIZAÇÃO



CUIDADO



SÃO PAULO | 2026

1.^a edição

Organizadores

Laryssa Andrade da Luz Santos
Luiz Guilherme Sousa Carneiro

**FARMACOTERAPIA CLÍNICA EM DOENÇAS CRÔNICAS:
SEGURANÇA, ADESÃO E OTIMIZAÇÃO DO CUIDADO AO
PACIENTE**

ISBN 978-65-6054-371-3



FARMACOTERAPIA CLÍNICA EM DOENÇAS CRÔNICAS:
SEGURANÇA, ADESÃO E OTIMIZAÇÃO DO CUIDADO AO
PACIENTE

1.^a edição

SÃO PAULO
EDITORA ARCHÉ
2026

Copyright © dos autores e das autoras.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença *Creative Commons Internacional* (CC BY-NC 4.0).



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

F233 Farmacoterapia clínica em doenças crônicas [livro eletrônico]:
segurança, adesão e otimização do cuidado ao paciente /
organização de Laryssa Andrade da Luz Santos, Luiz
Guilherme Sousa Carneiro. – 1. ed. – São Paulo, SP, 2026.
67 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-6054-371-3

1. Polifarmácia – Segurança do paciente. 2. Adesão ao
tratamento – Atenção farmacêutica. 3. Doenças crônicas –
Farmacoterapia clínica. I. Carneiro, Luiz Guilherme Sousa. II. Santos,
Laryssa Andrade da Luz.

CDD 615.5

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Revista REASE cancelada pela Editora Arché.

São Paulo- SP

Telefone: +55 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br>

contato@periodicorease.pro.br

1ª Edição- *Copyright* © 2026 dos autores.

Direito de edição reservado à Revista REASE.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do (s) seu(s) respectivo (s) autor (es).

As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referenciais bibliográficos são prerrogativas de cada autor (es).

Endereço: Av. Brigadeiro Faria de Lima n.º 1.384 — Jardim Paulistano.

CEP: 01452 002 — São Paulo — SP.

Tel.: 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br/rease>

contato@periodicorease.pro.br

Editora: Dra. Patrícia Ribeiro

Produção gráfica e direção de arte: Ana Cláudia Néri Bastos

Assistente de produção editorial e gráfica: Talita Tainá Pereira Batista e José Rafael Santos da Silva.

Projeto gráfico: Ana Cláudia Néri Bastos,

Ilustrações: José Rafael Santos da Silva, Ana Cláudia Néri Bastos, Talita Tainá Pereira Batista ..

Revisão: Ana Cláudia Néri Bastos, José Rafael Santos da Silva e Talita Tainá Pereira Batista.

Tratamento de imagens: Ana Cláudia Néri Bastos

EQUIPE DE EDITORES

EDITORA- CHEFE

Dra. Patrícia Ribeiro, Universidade de Coimbra- Portugal

CONSELHO EDITORIAL

Doutoranda Silvana Maria Aparecida Viana Santos- Facultad Interamericana de Ciências Sociais - FICS

Doutorando Alberto da Silva Franqueira-Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Me. Ubiranilze Cunha Santos- Corporación Universitaria de Humanidades Y Ciências Sociales de Chile

Doutorando Allysson Barbosa Fernandes- Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Doutor. Avaeté de Lunetta e Rodrigues Guerra- Universidad del Sol do Paraguai- PY

Me. Victorino Correia Kinham- Instituto Superior Politécnico do Cuanza Sul-Angola

Me. Andrea Almeida Zamorano- SPSIG

Esp. Ana Cláudia N. Bastos- PUCRS

Dr. Alfredo Oliveira Neto, UERJ, RJ

PhD. Diogo Vianna, IEPA

Dr. José Faijardo- Fundação Getúlio Vargas

PhD. Jussara C. dos Santos, Universidade do Minho

Dra. María V. Albaronedo, Universidad Nacional del Comahue, Argentina

Dra. Uaiana Prates, Universidade de Lisboa, Portugal

Dr. José Benedito R. da Silva, UFSCar, SP

PhD. Pablo Guadarrama González, Universidad Central de Las Villas, Cuba

Dra. Maritza Montero, Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Dra. Sandra Moitinho, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Eduardo José Santos, Universidade Federal do Ceará,

Dra. Maria do Socorro Bispo, Instituto Federal do Paraná, IFPR

Cristian Melo, MEC

Dra. Bartira B. Barros, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Roberto S. Maciel- UFBA

Dra. Francisne de Souza, Universidade de Aveiro-Portugal

Dr. Paulo de Andrada Bittencourt – MEC

PhD. Aparecida Ribeiro, UFG

Dra. Maria de Sandes Braga, UFTM

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores se responsabilizam publicamente pelo conteúdo desta obra, garantindo que o mesmo é de autoria própria, assumindo integral responsabilidade diante de terceiros, quer de natureza moral ou patrimonial, em razão de seu conteúdo, declarando que o trabalho é original, livre de plágio acadêmico e que não infringe quaisquer direitos de propriedade intelectual de terceiros. Os autores declaram não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Editora Arché declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art.º 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *ecommerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A farmacoterapia das doenças crônicas representa um dos desafios mais complexos da medicina contemporânea. O envelhecimento populacional, a crescente prevalência de multimorbidade e a expansão contínua do arsenal terapêutico disponível criaram um cenário no qual a maioria dos pacientes com condições crônicas utiliza múltiplos medicamentos, recebe cuidado de diferentes profissionais e transita entre distintos níveis de atenção à saúde. Nesse contexto, prescrever bem deixou de ser sinônimo de conhecer fármacos isolados e passou a exigir uma visão integrada do regime terapêutico, da segurança do paciente, da adesão ao tratamento e da coerência entre o plano terapêutico e a vida real de quem adoece.

Este livro nasce dessa necessidade. Ele não se propõe a substituir guias terapêuticos ou protocolos clínicos, mas a oferecer ao leitor uma perspectiva crítica e integradora sobre os principais desafios que envolvem o uso de medicamentos em doenças crônicas. Cada capítulo aborda um tema com relevância assistencial direta: a polifarmácia e seus limites entre adequação e excesso, a síndrome metabólica como expressão de uma desregulação sistêmica que exige abordagem integrada, a adesão ao tratamento compreendida além da disciplina individual, a segurança medicamentosa como responsabilidade coletiva e não apenas do prescritor, as interações farmacológicas em contextos de vulnerabilidade clínica, e o papel da atenção farmacêutica na otimização da farmacoterapia centrada no paciente.

A importância desses temas é respaldada por evidências sólidas e por uma realidade assistencial que qualquer clínico reconhece: pacientes que chegam às consultas com listas extensas de medicamentos e orientações fragmentadas; regimes terapêuticos tecnicamente corretos, porém impraticáveis no cotidiano; eventos adversos confundidos com progressão da doença; e decisões terapêuticas tomadas sem que o paciente compreenda ou concorde com elas. Essa lacuna entre o que se prescreve e o que efetivamente acontece na vida do paciente é

responsável por uma parcela considerável do sofrimento evitável, das hospitalizações desnecessárias e da piora da qualidade de vida em pessoas com doenças crônicas.





O livro é destinado a médicos, farmacêuticos, enfermeiros, estudantes das ciências da saúde e demais profissionais que atuam no cuidado de pessoas com condições crônicas. Não pressupõe especialização em farmacologia clínica, mas exige disposição para questionar práticas consolidadas e incorporar uma perspectiva mais abrangente sobre o que significa tratar bem. A literatura recente que fundamenta cada capítulo foi selecionada com rigor, mas apresentada de forma acessível, com ênfase nos aspectos de maior relevância prática.

A organização dos capítulos segue uma lógica deliberada: parte do fenômeno mais amplo da polifarmácia, avança por condições clínicas específicas, percorre os determinantes comportamentais e organizacionais do cuidado e chega às estratégias de otimização da farmacoterapia. Essa estrutura permite tanto a leitura sequencial quanto a consulta por temas de interesse, de acordo com a necessidade do leitor.


Ao final, o que este livro defende é uma mudança de perspectiva. O medicamento é uma ferramenta poderosa, mas seu valor depende do contexto em que é usado, da pessoa que o utiliza e da qualidade do cuidado que o sustenta. Tratar doenças crônicas com excelência exige muito mais do que dominar diretrizes: exige escuta, revisão crítica, trabalho em equipe, comunicação efetiva e, sobretudo, o reconhecimento de que o tratamento só se realiza plenamente quando faz sentido e é possível para quem precisa segui-lo todos os dias.

Os autores.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01.....	14
POLIFARMÁCIA NO IDOSO: RISCOS, CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS E ESTRATÉGIAS DE DESPRESCRIÇÃO	
Mayana de Mello Bastos Campos	
Carla Viana Majdalani de Melo	
Talita Fernandes Santos	
Luiz Guilherme Sousa Carneiro	
Danillo de Almeida Barboza	
Lidiane Quintella da Silva	
 10.51891/978-65-6054-371-3-01	
CAPÍTULO 02.....	22
SÍNDROME METABÓLICA: FISIOPATOLOGIA, IMPACTO CLÍNICO E ABORDAGEM TERAPÊUTICA INTEGRADA	
Marcus Vinícius Pinheiro Lopes	
Carla Viana Majdalani de Melo	
Talita Fernandes Santos	
Luiz Guilherme Sousa Carneiro	
Camila Pedreira Peixoto Mota	
Suallen Amaral Rocha Machado	
 10.51891/978-65-6054-371-3-02	
CAPÍTULO 03.....	29
ADESÃO AO TRATAMENTO EM DOENÇAS CRÔNICAS: DETERMINANTES, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS CLÍNICAS	
Marcus Vinícius Pinheiro Lopes	
Carla Viana Majdalani de Melo	
Talita Fernandes Santos	
Luiz Guilherme Sousa Carneiro	
Danillo de Almeida Barboza	
Glaucia Matos de Almeida	
 10.51891/978-65-6054-371-3-03	
CAPÍTULO 04.....	36
SEGURANÇA DO PACIENTE E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA PRÁTICA CLÍNICA	
Marcus Vinícius Pinheiro Lopes	
Carla Viana Majdalani de Melo	
Talita Fernandes Santos	
Luiz Guilherme Sousa Carneiro	
Lidiane Quintella da Silva	
Suallen Amaral Rocha Machado	
 10.51891/978-65-6054-371-3-04	
CAPÍTULO 05.....	42
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM PACIENTES CRÔNICOS: MECANISMOS, RISCOS E MANEJO CLÍNICO	
Laryssa Andrade da Luz Santos	
Suallen Amaral Rocha Machado	

Camila Pedreira Peixoto Mota
Glaucia Matos de Almeida
Lidiane Quintella da Silva
Lorena Goes Andrade Lima

 10.51891/978-65-6054-371-3-05

CAPÍTULO 06.....48

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA E CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE:
ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAÇÃO DA FARMACOTERAPIA**

Laryssa Andrade da Luz Santos


Suallen Amaral Rocha Machado

Marcus Vinícius Pinheiro Lopes

Lorena Goes Andrade Lima

Danillo de Almeida Barboza

Glaucia Matos de Almeida

 10.51891/978-65-6054-371-3-06

CONSIDERAÇÕES FINAIS55

ÍNDICE REMISSIVO60

CAPÍTULO 01

POLIFARMÁCIA NO IDOSO: RISCOS, CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS E ESTRATÉGIAS DE DESPRESCRIÇÃO

Mayana de Mello Bastos Campos

Carla Viana Majdalani de Melo

Talita Fernandes Santos

Luiz Guilherme Sousa Carneiro

Danillo de Almeida Barboza

Lidiane Quintella da Silva

POLIFARMÁCIA NO IDOSO: RISCOS, CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS E ESTRATÉGIAS DE DESPRESCRIÇÃO

A polifarmácia em pessoas idosas deixou de ser um marcador apenas quantitativo do uso de múltiplos medicamentos e passou a ser compreendida como um fenômeno clínico complexo, ligado à multimorbidade, à fragmentação do cuidado, ao uso de prescrições oriundas de diferentes serviços e ao prolongamento de tratamentos iniciados em contextos agudos e nunca reavaliados.

Em termos práticos, a distinção entre polifarmácia apropriada e polifarmácia problemática é decisiva: a primeira decorre da necessidade clínica de tratar condições coexistentes com benefício líquido demonstrável; a segunda emerge quando o conjunto terapêutico amplia o risco de dano, a carga de tratamento e a iatrogenia, sem benefício proporcional.

Essa diferenciação impede abordagens simplistas baseadas apenas no número de fármacos e desloca o foco para adequação, prioridade terapêutica, expectativa de vida, funcionalidade e preferências do paciente. A literatura recente reforça que a polifarmácia se associa a eventos adversos, fragilidade, quedas, comprometimento cognitivo, hospitalizações e mortalidade, embora tais desfechos não possam ser interpretados de modo isolado da carga de doença de base.

Ainda assim, a associação robusta entre sobrecarga medicamentosa e dano clínico sustenta a necessidade de revisão sistemática da

farmacoterapia no idoso, sobretudo em contextos de transição do cuidado e de hipermedicação persistente (Thompson *et al.*, 2024; Hung *et al.*, 2024).

O envelhecimento modifica profundamente a relação entre fármaco e organismo. Alterações na composição corporal redução da água total, aumento relativo da gordura e diminuição da massa magra, associadas a mudanças no metabolismo hepático e ao declínio da função renal, alteram a farmacocinética.

Paralelamente, alterações farmacodinâmicas ampliam a sensibilidade a sedativos, anticolinérgicos, hipotensores e hipoglicemiantes. Em consequência, regimes terapêuticos toleráveis em adultos mais jovens podem produzir instabilidade clínica relevante em idosos, particularmente quando somados a síndromes geriátricas como incontinência, delirium, declínio funcional e risco de quedas.

A polifarmácia, portanto, não é somente um problema de volume prescritivo, mas de vulnerabilidade biológica acrescida. Quando múltiplos fármacos interagem com reservas fisiológicas reduzidas, pequenas variações de dose, adesão ou depuração podem desencadear descompensações desproporcionais. A consequência clínica mais preocupante é a invisibilidade do dano medicamentoso: tontura atribuída à idade, fadiga interpretada como depressão, anorexia lida como progressão de doença ou confusão mental tratada com novos psicotrópicos, ampliando a cascata de prescrição. Essa leitura crítica desloca a avaliação do medicamento isolado para o regime terapêutico como determinante de

funcionalidade e segurança (Thompson *et al.*, 2024; Mair; Ditchburn, 2020).

Do ponto de vista epidemiológico e assistencial, a polifarmácia relaciona-se também com a organização do sistema de saúde. Modelos de cuidado baseados em especialidades, metas de desempenho centradas em doenças isoladas e baixa interoperabilidade entre serviços favorecem duplicidades terapêuticas e a manutenção de medicamentos sem indicação atual.

O paciente idoso com diabetes, insuficiência cardíaca, osteoartrite, depressão e doença renal crônica pode receber prescrições coerentes dentro de cada diretriz específica, mas inconsistentes quando consideradas em conjunto. Esse desalinhamento entre diretrizes monomórbidas e a realidade da multimorbidade produz um paradoxo: maior aderência a recomendações fragmentadas pode resultar em menor racionalidade terapêutica global.

Além disso, a carga de tratamento inclui não apenas os riscos farmacológicos, mas também horários complexos, custos, monitorizações, exigências dietéticas, manipulação de diferentes formas farmacêuticas e dependência de cuidadores. Em muitos casos, a baixa adesão emerge não como falha moral do paciente, mas como resposta previsível a um regime impraticável. A literatura recente enfatiza que enfrentar a polifarmácia requer a reorientação do cuidado para metas realistas, a priorização de resultados clinicamente significativos e o compartilhamento das decisões terapêuticas (Mair; Ditchburn, 2020; Hung *et al.*, 2024).

Nesse cenário, a desprescrição consolidou-se como estratégia clínica estruturada, e não como simples suspensão arbitrária de medicamentos. Seu princípio central consiste em identificar fármacos cujo risco, futilidade terapêutica, duplicidade, inadequação à meta de cuidado ou ausência de indicação vigente superam o benefício esperado.

Neste sentido, as intervenções mais promissoras combinam revisão medicamentosa sistemática, definição de prioridades de cuidado, educação do paciente, apoio à tomada de decisão compartilhada e, em alguns casos, envolvimento de familiares e treinamento da equipe assistencial. O ponto crítico não é apenas decidir "o que retirar", mas "como retirar": em que velocidade, com que monitorização e segundo quais desfechos clínicos relevantes.

O sucesso da desprescrição depende da capacidade de reconhecer medicamentos sem benefício atual, da negociação com o paciente sobre medos e expectativas e da elaboração de um plano seguro para redução gradual, quando necessário. Fármacos como benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticolinérgicos, inibidores de bomba de prótons sem indicação mantida, hipoglicemiantes com risco de hipoglicemia e anti-hipertensivos em contexto de hipotensão ortostática são frequentemente alvos prioritários, mas a decisão precisa sempre ser individualizada (Hung *et al.*, 2024; Thompson *et al.*, 2024).

Os resultados dos estudos mais recentes sugerem que a desprescrição é factível e segura, embora o impacto sobre desfechos duros ainda apresente heterogeneidade. A revisão sistemática com meta-análise em idosos da comunidade mostrou evidência de certeza moderada para

uma redução pequena, porém estatisticamente significativa, do número de medicamentos e de medicamentos potencialmente inapropriados.

O efeito individual pode parecer modesto, mas, em termos populacionais, torna-se relevante diante da alta prevalência de hipermedicação e do potencial cumulativo de dano evitável. Essa constatação convida à interpretação crítica dos ensaios: esperar grande redução imediata de mortalidade ou internação a partir de intervenções ambulatoriais relativamente breves talvez seja metodologicamente irrealista.

A utilidade clínica da desprescrição pode residir, em muitos casos, em ganhos intermediários de segurança, simplificação do regime e redução de iatrogenia, os quais não são plenamente captados por alguns desenhos de estudo. Em outras palavras, a ausência de grandes efeitos em desfechos finais não invalida a relevância clínica de evitar exposições desnecessárias e de alinhar o tratamento às prioridades do paciente idoso (Wilson *et al.*, 2025; Thompson *et al.*, 2024).

Persistem, contudo, barreiras substantivas. Médicos frequentemente relatam receio de reações de retirada, reativação da doença, conflito com prescrições de outros especialistas e insegurança médico-legal. Pacientes e cuidadores podem interpretar a desprescrição como abandono terapêutico, contenção de custos ou "desistência" do tratamento. Há ainda barreiras cognitivas, como a inércia clínica e o viés de continuidade: manter um medicamento costuma demandar menos energia decisória do que revisá-lo criticamente.

Ademais, o campo ainda busca melhores desfechos para mensurar efetividade, maior clareza sobre quais componentes de intervenção funcionam melhor e em quais contextos assistenciais. Isso reforça que a desprescrição não é uma tecnologia neutra, replicável do mesmo modo em todos os cenários, mas uma prática relacional dependente de tempo clínico, informação qualificada, integração multiprofissional e cultura de segurança. Sem essas condições, corre-se o risco de transformar uma proposta centrada no paciente em checklist burocrático de retirada medicamentosa (Thompson *et al.*, 2024; Hung *et al.*, 2024).

Na prática clínica, uma estratégia racional de desprescrição pode ser organizada em etapas. Primeiro, construir a melhor história medicamentosa possível, incluindo prescrições, automedicação, fitoterápicos e uso "se necessário". Segundo, definir metas terapêuticas atualizadas com base em prognóstico, funcionalidade, sintomas prioritários e preferências do paciente. Terceiro, classificar cada medicamento segundo necessidade atual, tempo até benefício, risco potencial, duplicidade e contribuição para a carga de tratamento. Quarto, priorizar candidatos à retirada considerando risco de dano, futilidade terapêutica e potencial de síndrome de abstinência. Quinto, combinar o plano de suspensão ou redução gradual com monitorização clara. Sexto, revisar precocemente a resposta clínica e ajustar o que for necessário.

Esse roteiro favorece a transição de uma prescrição centrada na doença para uma prescrição centrada na pessoa. Mais do que "reduzir remédios", trata-se de otimizar a farmacoterapia em direção a um conjunto terapêutico proporcional, inteligível e manejável para o idoso. Em síntese,

o manejo contemporâneo da polifarmácia exige abandonar tanto a permissividade prescritiva quanto o simplismo antiprescrição, adotando uma abordagem crítica, prudente e compartilhada (Mair; Ditchburn, 2020; Wilson *et al.*, 2025).

REFERÊNCIAS

HUNG, Anna; SHEA, Yvonne F.; COLÓN-EMERIC, Cathleen *et al.* Deprescribing in older adults with polypharmacy. *BMJ*, Londres, v. 385, e074892, 2024. DOI: 10.1136/bmj-2023-074892.

MAIR, Alpana; DITCHBURN, Joanne. Addressing the challenge of polypharmacy.

Annual Review of Pharmacology and Toxicology, Palo Alto, v. 60, p. 661-681, 2020. DOI: 10.1146/annurev-pharmtox-010919-023508.

THOMPSON, Wade; JENSEN-DAHM, C.; MCDONALD, Emily *et al.* Polypharmacy and deprescribing in older adults. *Annual Review of Medicine*, Palo Alto, v. 75, p. 113-127, 2024. DOI: 10.1146/annurev-med-070822-101947.

WILSON, Iris B.; XIE, Zilu; SIEGEL, Aaron *et al.* Deprescribing in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*

Network Open, Chicago, v. 8, n. 5, e259375, 2025. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.9375.

CAPÍTULO 02

SÍNDROME METABÓLICA: FISIOPATOLOGIA, IMPACTO CLÍNICO E ABORDAGEM TERAPÊUTICA INTEGRADA

Marcus Vinícius Pinheiro Lopes

Carla Viana Majdalani de Melo

Talita Fernandes Santos

Luiz Guilherme Sousa Carneiro

Camila Pedreira Peixoto Mota

Suallen Amaral Rocha Machado

SÍNDROME METABÓLICA: FISIOPATOLOGIA, IMPACTO CLÍNICO E ABORDAGEM TERAPÊUTICA INTEGRADA

A síndrome metabólica permanece como um dos constructos clínicos mais úteis para descrever a convergência de obesidade central, hipertensão, hiperglicemia, hipertrigliceridemia e redução do HDL-colesterol em um mesmo indivíduo.

Embora o conceito tenha sido criticado por agrupar componentes heterogêneos e por nem sempre agregar valor prognóstico superior ao de seus elementos isolados, sua utilidade clínica reside em tornar visível uma arquitetura de risco compartilhada, de base metabólico-inflamatória, que frequentemente antecede diabetes tipo 2, doença cardiovascular aterosclerótica, doença hepática gordurosa associada à disfunção metabólica e, em alguns cenários, desfechos oncológicos e mortalidade global.

Assim, o fenômeno não pode ser compreendido apenas como soma de fatores de risco tradicionais; ele representa uma desregulação sistêmica marcada por resistência à insulina, expansão do tecido adiposo visceral, inflamação crônica de baixo grau, disfunção endotelial, alterações do eixo neuro-hormonal e mudanças no metabolismo lipídico e glicídico. Esse caráter sindrômico é precisamente o que justifica abordagens terapêuticas integradas: tratar isoladamente pressão arterial ou glicemia sem enfrentar o núcleo fisiopatológico do problema tende a produzir controle parcial e sustentação limitada de resultados (Dhondge *et al.*, 2024; Fahed *et al.*, 2022).

No centro da fisiopatologia encontra-se a resistência à insulina, que reduz a captação periférica de glicose, aumenta a produção hepática de glicose e favorece um ambiente pró-aterogênico. Entretanto, reduzir toda a síndrome a esse mecanismo seria insuficiente. O tecido adiposo visceral atua como órgão endócrino disfuncional, secretando citocinas inflamatórias, adipocinas alteradas e mediadores que amplificam o estresse oxidativo e a ativação imunometabólica.

Em paralelo, o excesso de ácidos graxos livres intensifica a lipotoxicidade hepática e muscular, contribuindo para dislipidemia aterogênica e esteatose hepática. Fahed e colaboradores sintetizam esse modelo ao enfatizar que a patogênese envolve entidades genéticas e adquiridas sob o guarda-chuva da resistência à insulina e da inflamação crônica de baixo grau.

Em termos clínicos, isso explica por que pacientes com aparente "sobrepeso estável" podem apresentar agravamento progressivo do risco cardiometabólico quando sedentarismo, dieta ultraprocessada, privação de sono e estresse crônico mantêm ativados circuitos inflamatórios e neuroendócrinos deletérios. A síndrome metabólica, portanto, deve ser lida como resultado de interações entre biologia, comportamento e ambiente alimentar (Fahed *et al.*, 2022; Dhondge *et al.*, 2024).

O impacto clínico transcende o risco cardiovascular clássico. Revisões recentes reiteram a associação dose-dependente entre síndrome metabólica e doença coronariana, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, diabetes tipo 2, apneia obstrutiva do sono, disfunção renal e alguns cânceres. Além disso, a síndrome frequentemente coexiste com

condições que dificultam ainda mais seu manejo, como depressão, osteoartrite, dor crônica e polifarmácia.

Tal coexistência cria ciclos de agravamento: a dor limita a atividade física, piora o sono e eleva o consumo alimentar emocional; o ganho ponderal aumenta a resistência à insulina e a inflamação; novos medicamentos podem ampliar peso, retenção hídrica ou intolerância glicídica. Nesse contexto, a síndrome metabólica torna-se também marcador de vulnerabilidade clínica e de futuro consumo intensivo de serviços de saúde.

Embora tratar a síndrome "como entidade única" ainda não tenha evidência definitiva de superioridade, a identificação do quadro auxilia o clínico a reconhecer alto risco global e a motivar intervenções combinadas de estilo de vida e farmacoterapia sobre seus componentes (Smith *et al.*, 2024; Dhondge *et al.*, 2024).

Do ponto de vista diagnóstico, persiste a coexistência de diferentes critérios internacionais, mas há convergência suficiente para uso pragmático na prática clínica: circunferência abdominal elevada, hipertensão ou tratamento anti-hipertensivo, triglicérides elevados ou tratamento correspondente, HDL reduzido e glicemia alterada ou diabetes.

A principal limitação desses critérios é que capturam o fenótipo estabelecido, mas nem sempre expressam a heterogeneidade fisiopatológica subjacente. Ainda assim, na atenção primária, sua simplicidade operacional é vantajosa. O risco está em transformar o diagnóstico em rótulo passivo, sem desencadear intervenção efetiva. A revisão de 2024 para clínicos da atenção primária destaca que o

diagnóstico pode ser útil como ferramenta motivacional e de estratificação de risco, desde que acompanhado de plano terapêutico orientado a resultados e não apenas de aconselhamento genérico.

É importante também reconhecer grupos com apresentações menos típicas, como indivíduos com obesidade de peso relativamente estável, mas alto acúmulo visceral, ou pacientes com IMC não muito elevado, porém intensa disfunção metabólica. Nessas situações, a avaliação clínica precisa ir além do peso corporal isolado (Smith *et al.*, 2024; Fahed *et al.*, 2022).

A abordagem terapêutica integrada começa, inevitavelmente, por mudanças intensivas de estilo de vida, mas não pode restringir-se a recomendações genéricas. Perda ponderal sustentada, atividade física regular, redução do consumo de ultraprocessados, melhora do padrão de sono e manejo do estresse constituem o núcleo da intervenção. O problema é que tais metas frequentemente são prescritas sem apoio estrutural, o que reduz a adesão e perpetua a culpabilização do paciente. A literatura recente sugere que programas com acompanhamento longitudinal, metas graduais, suporte educacional e estratégias comportamentais têm maior probabilidade de êxito do que o aconselhamento pontual. Além disso, determinados pacientes necessitam, desde o início, de combinação entre intervenção comportamental e farmacológica, especialmente quando obesidade, diabetes incipiente, hipertensão e dislipidemia já estão consolidadas.

O manejo contemporâneo inclui maior protagonismo de agonistas do receptor de GLP-1 e inibidores de SGLT2 em perfis selecionados, além de estatinas, anti-hipertensivos e, quando indicado, cirurgia bariátrica. A

racionalidade terapêutica reside em tratar os componentes e o mecanismo de base, especialmente o excesso adiposo e a resistência à insulina, e não apenas "normalizar números" de forma desarticulada (Smith *et al.*, 2024; Dhondge *et al.*, 2024).

Uma questão crítica é evitar tanto o reducionismo farmacocêntrico quanto o moralismo do estilo de vida. Em muitos pacientes, os determinantes da síndrome metabólica incluem insegurança alimentar, baixa disponibilidade de espaços seguros para atividade física, jornadas de trabalho extenuantes, sofrimento mental e uso de medicamentos com impacto metabólico. A clínica baseada em evidências precisa incorporar esses determinantes se pretende ser efetiva.

Isso implica avaliação dietética contextualizada, revisão de fármacos que promovem ganho de peso, integração com equipe multiprofissional, prescrição de atividade física factível e consideração das barreiras econômicas ao acesso terapêutico. A abordagem integrada também requer monitorização de fígado gorduroso, risco cardiovascular global, função renal e progressão para diabetes, articulando prevenção primária e secundária. A síndrome metabólica é, nesse sentido, território paradigmático para o cuidado longitudinal e centrado no paciente, porque desfechos favoráveis dependem menos de intervenções episódicas e mais de continuidade assistencial e coerência terapêutica entre níveis de atenção (Fahed *et al.*, 2022; Smith *et al.*, 2024).

Do ponto de vista crítico, o futuro do manejo da síndrome metabólica parece caminhar para fenotipagem mais refinada e terapias mais personalizadas. Entretanto, enquanto biomarcadores e medicina de

precisão avançam, continua válida uma constatação simples: a maior parte do ônus clínico decorre de atraso diagnóstico, baixa intensidade de intervenção precoce e fragmentação do cuidado.

Em termos de saúde pública, a síndrome metabólica exige articulação entre clínica individual e políticas sobre alimentação, urbanismo, prevenção da obesidade e acesso a tratamento farmacológico eficaz. No consultório, o desafio é traduzir essa complexidade em plano terapêutico exequível, progressivo e monitorável. Assim, a melhor abordagem integrada talvez não seja a que promete solução total da síndrome, mas a que consegue reduzir risco absoluto, simplificar objetivos e sustentar mudanças consistentes ao longo do tempo (Dhondge et al., 2024; Smith et al., 2024; Fahed et al., 2022).

REFERÊNCIAS

DHONDGE, Shubham; BHUYAR, Megha; SHINDE, P. *et al.* A comprehensive review of metabolic syndrome and its role in cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus: mechanisms, risk factors, and management. *Cureus, Palo Alto*, v. 16, n. 8, e67428, 2024. DOI: 10.7759/cureus.67428.10

FAHED, Gracia; AOUN, Lama; BOUCHARD, Claudia *et al.* Metabolic syndrome: updates on pathophysiology and management in 2021. *International Journal of Molecular Sciences, Basel*, v. 23, n. 2, 786, 2022. DOI: 10.3390/ijms23020786.

SMITH, Danielle; PATEL, Neil; RAMOS, Amanda. Metabolic syndrome: an updated review on diagnosis and treatment for primary care clinicians. *Journal of Primary Care & Community Health, Thousand Oaks*, v. 15, 2024. DOI: 10.1177/21501319241309168.

CAPÍTULO 03

ADESÃO AO TRATAMENTO EM DOENÇAS CRÔNICAS: DETERMINANTES, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS CLÍNICAS

Marcus Vinícius Pinheiro Lopes

Carla Viana Majdalani de Melo

Talita Fernandes Santos

Luiz Guilherme Sousa Carneiro

Danillo de Almeida Barboza

Glaucia Matos de Almeida

ADESÃO AO TRATAMENTO EM DOENÇAS CRÔNICAS: DETERMINANTES, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS CLÍNICAS

A adesão ao tratamento em doenças crônicas é frequentemente tratada de forma superficial, como se dependesse prioritariamente de disciplina individual. Essa leitura moralizante é incompatível com a evidência contemporânea. A adesão é um comportamento de saúde dinâmico, influenciado por crenças, condições materiais, complexidade terapêutica, relação com a equipe, organização do sistema, experiência prévia com medicamentos e capacidade do tratamento de fazer sentido na vida real do paciente.

Em doenças crônicas, nas quais o benefício é muitas vezes preventivo, tardio ou pouco perceptível no cotidiano, a não adesão pode tornar-se resposta racional do paciente a um regime oneroso, pouco explicado ou cheio de efeitos adversos. Ademais, a baixa adesão está relacionada a pior controle clínico, progressão da doença, maior morbidade, hospitalizações, custos e mortalidade. Entretanto, compreender suas causas exige distinguir não adesão intencional e não intencional. A primeira envolve dúvidas sobre necessidade, medo de efeitos, prioridades concorrentes e baixa confiança; a segunda inclui esquecimento, limitações cognitivas, barreiras econômicas, baixa alfabetização em saúde e regimes excessivamente complexos (Miliara *et al.*, 2025; Lam; Kvarnström; Airaksinen, 2021).

Neste sentido, a adesão resulta da interação entre fatores relacionados ao paciente, à doença, aos medicamentos, ao profissional, ao

sistema e ao contexto sociocultural. Assim, a informação e conhecimento sobre a doença, comunicação eficaz, confiança na relação profissional-paciente, suporte social e recursos adequados figuram entre os facilitadores mais importantes.

Em sentido oposto, custo, baixa compreensão do tratamento, experiências negativas com serviços, crenças ambivalentes sobre o valor do medicamento e dificuldades logísticas operam como barreiras persistentes. Facilitadores como renda, suporte social, maior escolaridade, motivação para o autocuidado, vínculo com profissionais e percepção de benefício da farmacoterapia, além de barreiras como custo, complexidade do regime, reações adversas, múltiplos prescritores, depressão e crença de que o medicamento "não é necessário".

Esses achados são particularmente relevantes porque desmontam a ideia de um perfil único de não adesão: as barreiras variam conforme a condição clínica, o contexto assistencial e o arranjo de vida do paciente (Lam; Kvarnström; Airaksinen, 2021; Freato *et al.*, 2025).

Um dos aspectos mais negligenciados da prática clínica é a discrepância entre prescrição tecnicamente correta e plano terapêutico viável. Prescrições extensas, horários fracionados, exigências específicas de administração, monitorizações frequentes e múltiplos profissionais emitindo orientações diferentes produzem uma carga de tratamento que concorre com trabalho, renda, cuidado familiar e sofrimento psíquico. Quanto maior a carga, maior a probabilidade de abandono parcial ou adaptação informal da terapêutica. Isso é particularmente importante em pacientes com multimorbidade e polifarmácia, nos quais a adesão deve ser

pensada em termos de "capacidade para seguir o tratamento" e não apenas de "vontade de obedecer".

Conquanto, nenhum método único resolve o problema e que intervenções efetivas precisam ser multifacetadas e personalizadas. Em termos clínicos, isso significa abandonar perguntas binárias como "está tomando direitinho?" e passar a investigar como o paciente organiza os medicamentos, o que percebe como benefício, o que teme, quais doses modifica por conta própria e quais dificuldades concretas enfrenta (Miliara *et al.*, 2025; Freato *et al.*, 2025).

A comunicação clínica ocupa papel central. Relações terapêuticas verticais, centradas em ordens e advertências, tendem a produzir relatos socialmente desejáveis e ocultação da não adesão. Em contraste, abordagens que validam dúvidas, exploram crenças e negociam metas de tratamento favorecem adesão sustentável. A evidência qualitativa indica que pacientes desejam discutir preocupações sobre medicamentos, mas nem sempre encontram espaço seguro para isso.

Assim, uma consulta efetiva sobre adesão precisa conter pelo menos quatro movimentos: explicação clara do propósito do tratamento; discussão franca de efeitos adversos e tempo esperado para benefício; verificação de entendimento; e pactuação de um regime compatível com a rotina real do paciente. Estratégias de linguagem simples, método teach-back, revisão de prioridades e redução da complexidade do esquema terapêutico são frequentemente mais efetivas do que reforços moralizantes. Em outras palavras, adesão não se impõe; ela se constrói pela inteligibilidade e pela credibilidade do plano terapêutico (Lam;

Kvarnström; Airaksinen, 2021; Miliara *et al.*, 2025).

No campo das estratégias clínicas, a literatura recente favorece intervenções combinadas: educação em saúde contextualizada, simplificação de regimes, reconciliação e revisão medicamentosa, engajamento familiar quando apropriado, monitorização ativa, uso criterioso de tecnologias digitais e fortalecimento do vínculo longitudinal. Ferramentas digitais, lembretes eletrônicos e aplicativos podem ajudar, mas seu efeito tende a ser limitado quando as causas da não adesão são crenças negativas, efeitos adversos não resolvidos ou barreiras financeiras. Do mesmo modo, educação isolada raramente basta se o regime continua inviável.

A intervenção farmacêutica tem papel importante ao revisar interações, horários, duplicidades e adequação do tratamento à rotina do paciente, sobretudo em doenças crônicas com polifarmácia. O elemento transversal a todas as estratégias bem-sucedidas é a personalização: identificar o mecanismo dominante da não adesão em cada caso. O paciente que esquece por rotina caótica requer solução diferente daquele que interrompe porque não acredita no benefício, daquele que racionaliza doses por custo e daquele que teme hipoglicemia, hipotensão ou ganho de peso (Freato *et al.*, 2025; Miliara *et al.*, 2025).

Outro desafio crucial é a mensuração. Indicadores como retirada de medicamento na farmácia, contagem de comprimidos, escalas autorreferidas e biomarcadores fornecem visões parciais, pois cada método capta dimensões diferentes do comportamento de uso. Na prática clínica, a busca obsessiva por medir adesão pode ser menos útil do que o

desenvolvimento de uma cultura de investigação clínica contínua do uso real dos medicamentos. Perguntas abertas e não punitivas costumam revelar mais do que escalas aplicadas mecanicamente.

Além disso, em doenças crônicas, a adesão deve ser discutida como processo longitudinal, passível de oscilações em função de descompensações clínicas, perdas familiares, desemprego, alterações cognitivas ou mudança de cuidador. A noção de "paciente aderente" como atributo fixo deve ser substituída pela de "adesão vulnerável", que exige reavaliação periódica e suporte adaptativo. Tal perspectiva é mais compatível com a complexidade da vida real e evita a culpabilização do indivíduo (Lam; Kvarnström; Airaksinen, 2021; Freato *et al.*, 2025).

Do ponto de vista contemporâneo, promover adesão significa melhorar a qualidade relacional e organizacional do cuidado. Isso inclui acesso regular à equipe, continuidade assistencial, coordenação entre prescritores, redução de barreiras financeiras e desenho terapêutico proporcional à capacidade do paciente.

Em pacientes com multimorbidade, a prioridade não deve ser maximizar a intensidade terapêutica a qualquer custo, mas construir um plano de maior benefício líquido e maior exequibilidade. Assim, adesão e racionalidade terapêutica são inseparáveis: não existe boa adesão a um regime clinicamente incoerente, nem cuidado de qualidade quando a experiência cotidiana do paciente é ignorada. A clínica de doenças crônicas precisa reconhecer que o tratamento só se realiza plenamente quando pode ser incorporado à vida possível do sujeito (Miliara *et al.*, 2025; Freato *et al.*, 2025; Lam; Kvarnström; Airaksinen, 2021).

REFERÊNCIAS

FREATO, Ana Paula; NICOLETTI, Mariana; GALATO, Dayani *et al.* Barriers and facilitators to medication adherence in chronic diseases: a scoping review. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e02762023, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025302.02762023.

LAM, Wai Ting; KVARNSTRÖM, Katja; AIRAKSINEN, Marja. Factors contributing to medication adherence in patients with a chronic condition: a scoping review of qualitative research. *Pharmaceutics*, Basel, v. 13, n. 7, 1100, 2021. DOI: 10.3390/pharmaceutics13071100.

MILIARA, Sophia; LARSSON, Anna; HALLBERG, Maria. Understanding treatment adherence in chronic diseases: challenges, consequences, and strategies for improvement. *Journal of Clinical Medicine*, Basel, v. 14, n. 17, 6034, 2025. DOI:10.3390/jcm14176034.

CAPÍTULO 04

SEGURANÇA DO PACIENTE E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Marcus Vinícius Pinheiro Lopes

Carla Viana Majdalani de Melo

Talita Fernandes Santos

Luiz Guilherme Sousa Carneiro

Lidiane Quintella da Silva

Suallen Amaral Rocha Machado

SEGURANÇA DO PACIENTE E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA PRÁTICA CLÍNICA

A segurança do paciente relacionada a medicamentos constitui uma das dimensões mais sensíveis da qualidade assistencial porque envolve o ponto em que decisão terapêutica, processo organizacional e vulnerabilidade individual se encontram. O dano medicamentoso pode decorrer de reações adversas não previsíveis, mas uma parcela relevante é prevenível e resulta de erros de prescrição, monitorização insuficiente, falhas de comunicação, interações não reconhecidas, transições mal conduzidas ou uso de medicamentos de risco em pacientes particularmente suscetíveis.

O uso racional de medicamentos, nesse cenário, não deve ser reduzido a contenção de custos ou obediência a listas padronizadas; ele significa selecionar o fármaco certo, para o paciente certo, na dose certa, pelo tempo necessário, com monitorização apropriada e sob condições que maximizem benefício e minimizem dano. A segurança medicamentosa não depende apenas da competência individual do prescritor, mas de sistemas capazes de detectar vulnerabilidades e interceptar erros antes que atinjam o paciente. Por isso, a agenda de segurança e a agenda de racionalidade terapêutica são indissociáveis (Gray *et al.*, 2023; Aljefri *et al.*, 2024).

Em idosos e pacientes com multimorbidade, a prevenção de eventos adversos exige reconhecer que o risco não está distribuído de maneira uniforme. Polifarmácia, insuficiência renal, fragilidade,

comprometimento cognitivo, uso de medicamentos potencialmente inapropriados e transições frequentes entre níveis de atenção ampliam a probabilidade de erro e dano. Intervenções para otimizar o uso de medicamentos reduziram em 19% o risco de reações adversas e em 32% o risco de reações adversas graves em idosos, com destaque para melhores resultados em intervenções lideradas por farmacêuticos.

Esses dados mostram que a segurança medicamentosa pode ser melhorada de forma mensurável quando o cuidado deixa de ser reativo e passa a incorporar revisão prospectiva, reconciliação terapêutica e acompanhamento estruturado. Em termos clínicos, isso significa deslocar a prática de uma lógica centrada apenas em tratar eventos para uma lógica de antecipação do risco (Gray *et al.*, 2023; Mair; Ditchburn, 2020).

O conceito de evento adverso a medicamento inclui tanto dano efetivamente ocorrido quanto situações de potencial dano evitado a tempo. Essa distinção é útil porque amplia a noção de segurança para além da contagem de incidentes consumados. Em ambientes complexos, muitos eventos graves são precedidos por "quase erros", prescrições inadequadas, alertas ignorados, monitorização não realizada ou ausência de revisão em momentos de mudança clínica. Intervenções farmacêuticas demonstraram redução significativa de eventos adversos, com risco relativo de 0,86 — estimando-se que o seguimento de 33 pacientes poderia prevenir um evento adverso. Embora a magnitude do efeito possa parecer moderada, ela ganha enorme relevância quando se considera a frequência de exposição a medicamentos em hospitais, ambulatórios e instituições de longa permanência. A implicação prática é clara: farmacêuticos clínicos

integrados ao cuidado não representam adição periférica, mas componente efetivo da estratégia de prevenção de dano (Aljefri *et al.*, 2024; Gray *et al.*, 2023).

A prevenção de eventos adversos deve começar na prescrição. Isso inclui confirmar indicação vigente, avaliar função renal e hepática, evitar duplicidades terapêuticas, considerar interações droga-droga e droga-doença, revisar metas terapêuticas em pacientes frágeis e escolher, sempre que possível, regimes mais simples e monitoráveis. Em seguida, a segurança depende da administração e do seguimento: educação do paciente, identificação correta, conciliação em alta, rastreamento de reações adversas, revisão de exames e reavaliação de necessidade terapêutica.

Em outras palavras, cada medicamento precisa ter um plano explícito de uso e um plano explícito de vigilância. A ausência deste segundo plano é uma das maiores fontes de insegurança. Prescrever anticoagulante sem combinar revisão de função renal, iniciar diurético sem programar monitorização laboratorial ou manter hipoglicemiante em idoso sem revisar metas glicêmicas são exemplos clássicos de racionalidade incompleta. O uso racional só se completa quando a monitorização é pensada como parte integrante da terapêutica (Mair; Ditchburn, 2020; Gray *et al.*, 2023).

Outro eixo crítico são as transições do cuidado. Internações, altas hospitalares, transferências para instituições e retornos ambulatoriais criam janelas de vulnerabilidade em que medicações são iniciadas, suspensas, retomadas ou duplicadas sem plena reconciliação. Em tais momentos, a responsabilidade clínica tende a difundir-se entre equipes, o

que favorece omissões.

A prevenção de eventos adversos exige mecanismos padronizados de reconciliação medicamentosa e comunicação interprofissional. Listas atualizadas, justificativa das mudanças, sinalização de medicamentos de alto risco e orientação compreensível ao paciente são medidas simples, porém de alto impacto. A segurança do paciente depende menos de ações heroicas e mais de processos confiáveis e repetíveis. Em muitos casos, o erro é produto do sistema e não de negligência individual, constatação importante para deslocar a cultura institucional de culpabilização para análise de processos, barreiras defensivas e aprendizagem organizacional (Aljefri *et al.*, 2024; Gray *et al.*, 2023).

Na prática clínica, prevenir eventos adversos significa incorporar alguns hábitos decisivos: revisar rotineiramente a lista de medicamentos; questionar se cada item ainda faz sentido; simplificar quando possível; monitorar quando necessário; envolver paciente e cuidador na vigilância de sinais de toxicidade; e usar ferramentas digitais de apoio à decisão sem substituir o juízo clínico. O alerta eletrônico, por si só, não resolve o problema e pode gerar fadiga de alertas; seu valor depende de parametrização adequada e interpretação contextualizada.

Por isso, a melhor estratégia não é tecnologia isolada, mas tecnologia integrada a revisão clínica qualificada. Em síntese, segurança do paciente e uso racional de medicamentos convergem para um mesmo imperativo: toda prescrição deve ser continuamente justificada, proporcional ao contexto clínico e submetida a revisão crítica. Onde essa cultura se instala, o dano evitável tende a cair; onde a prescrição se

automatiza, o risco se acumula silenciosamente (Mair; Ditchburn, 2020; Aljefri *et al.*, 2024; Gray *et al.*, 2023).

REFERÊNCIAS

ALJEFRI, Dana; WELLS, Ryan; HALL, Laura *et al.* Association of pharmacist interventions with adverse drug events and potential adverse drug events. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, Chichester, v. 33, n. 7, e5853, 2024. DOI: 10.1002/pds.5853.

GRAY, Shelly; HANLON, Joseph; PERERA, Subashan *et al.* Systematic review and meta-analysis of interventions to reduce adverse drug reactions in older adults:an update. *Drugs & Aging*, Auckland, v. 40, n. 11, p. 965-979, 2023. DOI:10.1007/s40266-023-01064-y.

MAIR, Alpana; DITCHBURN, Joanne. Addressing the challenge of polypharmacy. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, Palo Alto, v. 60, p. 661-681,2020. DOI: 10.1146/annurev-pharmtox-010919-023508.

CAPÍTULO 05

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM PACIENTES CRÔNICOS: MECANISMOS, RISCOS E MANEJO CLÍNICO

Laryssa Andrade da Luz Santos
Suallen Amaral Rocha Machado
Camila Pedreira Peixoto Mota
Glauca Matos de Almeida
Lidiane Quintella da Silva
Lorena Goes Andrade Lima

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM PACIENTES CRÔNICOS: MECANISMOS, RISCOS E MANEJO CLÍNICO

As interações medicamentosas ocupam lugar central na farmacoterapia de pacientes crônicos porque representam uma forma de risco iatrogênico muitas vezes previsível, porém subestimada. Em termos conceituais, interações podem ser farmacocinéticas, quando um medicamento altera absorção, distribuição, metabolismo ou excreção de outro, ou farmacodinâmicas, quando ocorre potencialização, antagonismo ou modificação de efeito em um mesmo sistema fisiológico.

Na prática clínica, entretanto, a relevância de uma interação não se define apenas por sua existência teórica em bases de dados, mas por sua capacidade de produzir dano real em determinado paciente, considerando dose, tempo de uso, comorbidades, função renal, reserva fisiológica e objetivos terapêuticos.

Esse ponto é essencial para evitar tanto a negligência quanto o alarmismo. Pacientes com doenças crônicas, sobretudo aqueles com polifarmácia, apresentam risco elevado por combinarem múltiplos fármacos de uso contínuo, ajustes frequentes de tratamento e vulnerabilidades clínicas que amplificam o impacto potencial das interações (Aghili; Kasturirangan, 2021; Perim *et al.*, 2025).

Os mecanismos farmacocinéticos continuam fundamentais para a compreensão clínica. Fármacos indutores ou inibidores enzimáticos podem reduzir eficácia ou elevar toxicidade de tratamentos concomitantes;

alterações de pH, quelantes, competição por transportadores e mudanças na eliminação renal também modificam a exposição sistêmica. Em pacientes crônicos, porém, o risco frequentemente se intensifica por mecanismos farmacodinâmicos somados a comorbidades: sedação excessiva com psicotrópicos, sangramento com combinações antitrombóticas, hipotensão com múltiplos anti-hipertensivos, hipercalemia com bloqueio duplo ou triplo do sistema renina-angiotensina-aldosterona, nefrotoxicidade em associações inadequadas e hipoglicemia com esquemas intensificados em idosos frágeis (Aghili; Kasturirangan, 2021).

A interpretação clínica adequada exige perguntar não apenas "há interação?", mas "qual dano plausível, em que prazo, com que intensidade e em qual paciente?". Essa mudança de foco é crucial para a tomada de decisão racional, porque nem toda interação detectada exige suspensão imediata; muitas requerem monitorização, ajuste de dose, substituição planejada ou educação do paciente para sinais de alerta (Aghili; Kasturirangan, 2021).

Em pacientes críticos com doença renal crônica, foram identificadas 273 interações, a maioria demandando monitorização próxima do resultado terapêutico, enquanto outras exigiam modificação de terapia ou evitamento da combinação. Doença renal mais avançada, maior número de comorbidades e maior número de medicamentos associaram-se a mais interações, o que confirma um princípio clínico importante: a relevância das interações cresce em cenários de vulnerabilidade cumulativa.

Além disso, o fato de a maior parte não ter produzido dano imediato não reduz sua importância; ao contrário, evidencia a utilidade de intervenções prospectivas e da vigilância clínica. Interações relevantes nem sempre se manifestam como evento dramático agudo; muitas contribuem para instabilidade gradual, piora funcional, internações evitáveis ou necessidade de cascatas terapêuticas. A clínica de doenças crônicas, portanto, deve reconhecer que interações não são fenômenos episódicos, mas componentes estruturais do risco medicamentoso longitudinal (Aghili; Kasturirangan, 2021).

A situação torna-se ainda mais desafiadora em doenças crônicas inflamatórias ou degenerativas que frequentemente exigem terapias combinadas. Em pacientes com artrite reumatoide, polifarmácia foi identificada em 81,1% dos casos, com 2.018 potenciais interações detectadas, das quais 17,8% eram graves. A alta prevalência de comorbidades e o uso concomitante de agentes antirreumáticos, anti-inflamatórios, gastroprotetores, analgésicos e fármacos cardiovasculares cria um cenário particularmente propício para interações clinicamente significativas. Em populações crônicas com regimes complexos, a revisão regular do tratamento não é opcional, mas componente indispensável da segurança e da efetividade terapêutica. A mesma lógica vale para pacientes com cardiopatias, doença renal, transtornos mentais, diabetes e câncer, nos quais o manejo simultâneo de várias condições multiplica o potencial de conflitos farmacológicos (Perim *et al.*, 2025).

Do ponto de vista prático, o manejo das interações medicamentosas deve apoiar-se em quatro eixos. O primeiro é prevenção por desenho

terapêutico: antes de prescrever, considerar interações prováveis e optar, quando possível, por alternativas com menor potencial de dano. O segundo é estratificação clínica da relevância: distinguir interações leves ou manejáveis daquelas que exigem mudança imediata. O terceiro é monitorização dirigida: quando uma combinação necessária é mantida, definir parâmetros laboratoriais, sinais clínicos e periodicidade de reavaliação. O quarto é comunicação efetiva com paciente e equipe, explicando riscos, sinais de toxicidade e motivos das escolhas.

Esse modelo evita dois extremos comuns: manter combinações perigosas por inércia ou suspender de forma indiscriminada medicamentos potencialmente benéficos por medo excessivo. Em muitos casos, o melhor manejo não é retirar a associação, mas ajustar dose, escalonar a introdução, programar exames e reforçar a vigilância (Aghili; Kasturirangan, 2021; Perim *et al.*, 2025).

Ferramentas digitais e bases de dados de interações são úteis, mas têm limitações relevantes. Podem superestimar interações teóricas, divergir em classificação de gravidade e produzir fadiga informacional. Por isso, devem ser entendidas como apoio à decisão, e não substituto do raciocínio clínico. A decisão final precisa considerar se o paciente apresenta realmente exposição suficiente, qual o contexto fisiopatológico, se há alternativas terapêuticas viáveis e qual o custo clínico de modificar o regime.

Farmacêuticos clínicos têm papel especialmente estratégico nesse processo ao revisar prescrições, interpretar alertas, negociar mudanças com a equipe médica e educar o paciente. Em síntese, a gestão de

interações em pacientes crônicos requer menos "caça mecânica a alertas" e mais integração entre farmacologia, clínica e cuidado longitudinal. O objetivo não é eliminar toda interação possível, mas reduzir aquelas com maior probabilidade de dano e maior impacto sobre desfechos relevantes (Aghili; Kasturirangan, 2021; Perim *et al.*, 2025).

REFERÊNCIAS

AGHILI, Masoud; KASTURIRANGAN, M. N. Management of drug-drug interactions among critically ill patients with chronic kidney disease: impact of clinical pharmacist's interventions. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, Mumbai, v. 25, n. 11, p. 1226-1231, 2021. DOI: 10.5005/jp-journals-10071-23919.

PERIM, Luiza; GOMES, Rafael; MORAES, Carla *et al.* Polypharmacy and drug interactions in the management of rheumatoid arthritis. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 71, n. 7, e20250151, 2025. DOI:10.1590/1806-9282.20250151.

CAPÍTULO 06

ATENÇÃO FARMACÊUTICA E CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAÇÃO DA FARMACOTERAPIA

Laryssa Andrade da Luz Santos
Suallen Amaral Rocha Machado
Marcus Vinícius Pinheiro Lopes
Lorena Goes Andrade Lima
Danillo de Almeida Barboza
Glauca Matos de Almeida

ATENÇÃO FARMACÊUTICA E CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAÇÃO DA FARMACOTERAPIA

A atenção farmacêutica ganhou novo significado nos últimos anos ao deslocar-se de um modelo centrado na dispensação para um modelo orientado à otimização de resultados em saúde. Em vez de se limitar ao controle logístico do medicamento, o farmacêutico clínico passa a atuar na identificação de problemas relacionados à farmacoterapia, na revisão de prescrições, na educação do paciente, no monitoramento de desfechos e na construção de planos terapêuticos mais seguros e proporcionais.

Esse reposicionamento é particularmente relevante em cenários de envelhecimento, multimorbidade e polifarmácia, nos quais a efetividade do tratamento depende menos da escolha isolada de um fármaco e mais da coerência do regime terapêutico como um todo. A otimização da farmacoterapia se fortalece quando articulada ao cuidado centrado no paciente, isto é, quando decisões sobre medicamentos incorporam metas, preferências, experiências, capacidade funcional e contexto de vida do indivíduo. Esse movimento aproxima a atenção farmacêutica das agendas de segurança, adesão e desprescrição discutidas nos capítulos anteriores (Xu; Li, 2025; Cardwell *et al.*, 2021).

A evidência sobre cuidado farmacêutico comunitário em idosos com doenças crônicas é promissora. Uma meta-análise envolvendo dezoito estudos randomizados mostrou melhora no controle de doenças, redução de reações adversas, redução de medicamentos potencialmente

inapropriados, menor uso de medicamentos e custos, além de melhora consistente em adesão. Embora os resultados sobre qualidade de vida tenham sido conflitantes, o conjunto aponta que intervenções farmacêuticas estruturadas podem modificar desfechos clínicos e processuais relevantes. Um ponto decisivo é que os modelos de serviço variavam amplamente, combinando revisão de prescrição, monitorização terapêutica e educação do paciente, o que sugere que a efetividade da atenção farmacêutica não reside em um ato isolado, mas em um pacote de ações coordenadas. A heterogeneidade dos modelos indica necessidade de melhor padronização, mas não diminui a mensagem central de que o farmacêutico pode atuar como agente de integração terapêutica em doenças crônicas (Xu; Li, 2025).

Na atenção primária, intervenções farmacêuticas em equipes de saúde revelaram efeitos mistos, porém clinicamente sugestivos, sobretudo quando envolveram revisão medicamentosa, formulação de recomendações e colaboração com médicos da equipe. A qualidade metodológica variável dos estudos não invalida a plausibilidade assistencial dessas intervenções; ao contrário, indica que a incorporação do farmacêutico na equipe avançou mais rapidamente do que a produção de estudos robustos capazes de capturar todos os seus efeitos. Em pacientes idosos com multimorbidade, muitos resultados relevantes da atenção farmacêutica, compreensão do tratamento, redução da carga terapêutica, melhor alinhamento entre metas clínicas e preferências, nem sempre são bem mensurados por desfechos tradicionais. Isso exige ampliar o olhar avaliativo para dimensões de adequação, experiência do paciente e

segurança medicamentosa (Cardwell *et al.*, 2021; Xu; Li, 2025).

O cuidado centrado no paciente acrescenta uma camada qualitativa fundamental. Não basta revisar listas de medicamentos segundo critérios técnicos; é preciso compreender o que o paciente valoriza, o que teme, o que está disposto a priorizar e como os medicamentos afetam sua vida cotidiana. Revisões medicamentosas orientadas pela perspectiva da pessoa mostraram melhora substancial na adequação medicamentosa e em desfechos relatados pelos próprios pacientes, incluindo melhor entendimento dos medicamentos, percepção de efeitos adversos e capacidade de uso correto.

Esses achados reforçam que a qualidade da farmacoterapia não pode ser medida apenas pela conformidade com diretrizes, mas também pelo grau em que o tratamento se torna inteligível, suportável e relevante para quem o utiliza. Em pacientes com hipermedicação, a conversa centrada na pessoa permite identificar medicamentos sem valor percebido, efeitos adversos tolerados em silêncio e metas terapêuticas desalinhadas com o cotidiano funcional (Cronin *et al.*, 2025).

Revisões medicamentosas explicitamente ancoradas em metas pessoais do paciente aprofundam essa perspectiva ao romper com a abstração típica da farmacoterapia, traduzindo escolhas medicamentosas em relação a objetivos concretos: reduzir tontura para caminhar melhor, diminuir sonolência para interagir com a família, controlar sintomas sem comprometer autonomia, ou simplificar o regime para aumentar a segurança do cuidador. Quando o plano farmacoterapêutico se conecta a metas de vida, a revisão medicamentosa deixa de ser exercício tecnocrático

e se torna prática de cuidado significativo. Para idosos frágeis, institucionalizados ou com múltiplas doenças, essa mudança é particularmente importante, pois o melhor tratamento nem sempre é o mais intensivo, mas o mais coerente com qualidade de vida, conforto e funcionalidade (Damiaens *et al.*, 2023; Cronin *et al.*, 2025).

Na prática, estratégias para otimização da farmacoterapia centrada no paciente incluem história medicamentosa completa, identificação estruturada de problemas relacionados a medicamentos, avaliação de adesão e compreensão, rastreamento de reações adversas, priorização compartilhada de metas, revisão de interações, simplificação do regime, educação individualizada e seguimento longitudinal. A colaboração interprofissional é condição para que essas ações tenham impacto sustentado.

Quando recomendações farmacêuticas são discutidas com médicos, enfermeiros e cuidadores, aumenta a probabilidade de implementação consistente e monitorização efetiva. A atenção farmacêutica também desempenha papel decisivo na prevenção de cascatas de prescrição e na seleção de pacientes para desprescrição, funcionando como mecanismo de integração transversal da farmacoterapia e articulando segurança, efetividade, adesão e experiência do paciente em um mesmo plano de cuidado (Cardwell *et al.*, 2021; Xu; Li, 2025; Cronin *et al.*, 2025).

A consolidação da atenção farmacêutica ainda enfrenta desafios estruturais: heterogeneidade de modelos, ausência de financiamento estável em alguns sistemas, tempo limitado para consultas clínicas, integração parcial com prontuários e produção científica nem sempre

comparável entre estudos. Entretanto, a direção da evidência é clara. Em um cenário de crescente complexidade terapêutica, a otimização da farmacoterapia exige profissionais com competência para revisar, priorizar, comunicar e monitorar o uso de medicamentos em perspectiva sistêmica e centrada na pessoa. O farmacêutico clínico, quando inserido de forma colaborativa e longitudinal, torna-se um operador-chave dessa agenda. Assim, atenção farmacêutica e cuidado centrado no paciente não são campos paralelos, mas dimensões convergentes de uma mesma proposta contemporânea de qualificar a farmacoterapia e reduzir dano evitável, sem perder de vista aquilo que realmente importa ao paciente (Xu; Li, 2025; Damiaens *et al.*, 2023; Cardwell *et al.*, 2021).

REFERÊNCIAS

CARDWELL, Karen; SMITH, Susan; CLYNE, Barbara *et al.* A systematic review of general practice-based pharmacists' services to optimize medicines management in older people with multimorbidity and polypharmacy. *Family Practice*, Oxford, v. 38, n. 4, p. 509-523, 2021. DOI: 10.1093/fampra/cmaa146.

CRONIN, Fiona; O'BRIEN, Sarah; MURPHY, Máire *et al.* Evaluating the impact of general practice pharmacist-led person-centred medicines reviews on medicines appropriateness and patient-reported outcome measures. *British Journal of Clinical Pharmacology*, Londres, v. 91, n. 6, p. 1802-1820, 2025. DOI:10.1111/bcp.16372.

DAMIAENS, Amber; DE MAEYER, Sarah; MILIS, Ann *et al.* The RESPECT-tool as a facilitator for person-centered medication reviews for nursing home residents: tool development and pilot study. *International Journal of Clinical Pharmacy*, Dordrecht, v. 45, n. 6, p. 1434-1443, 2023. DOI: 10.1007/s11096-023-01621-w.

XU, Jie; LI, Qian. Optimizing chronic disease management

throughcommunity-based pharmaceutical care for older adults in China: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Clinical Pharmacy*, Dordrecht, v. 47, n. 5, p. 1150-1161, 2025. DOI:10.1007/s11096-025-01951-x.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os capítulos reunidos neste livro partem de um pressuposto comum: a farmacoterapia em doenças crônicas não se realiza plenamente quando reduzida à escolha técnica de um fármaco ou ao cumprimento isolado de uma diretriz. Ela exige coerência entre o conjunto de medicamentos prescritos, a capacidade do paciente de segui-los, a segurança do regime ao longo do tempo e o alinhamento entre o plano terapêutico e as metas e preferências de quem vive com a doença. Cada capítulo explorou uma dimensão desse desafio; nas considerações finais, cabe articulá-las.

A polifarmácia, a síndrome metabólica, a adesão, a segurança medicamentosa, as interações farmacológicas e a atenção farmacêutica não são territórios independentes. Eles se sobrepõem e se condicionam mutuamente. O paciente com síndrome metabólica frequentemente acumula medicamentos para cada componente da síndrome, gerando polifarmácia; a polifarmácia amplia o risco de interações e eventos adversos; eventos adversos não reconhecidos alimentam cascatas de prescrição; a carga terapêutica resultante compromete a adesão; e a baixa adesão, por sua vez, é frequentemente interpretada como falha do paciente em vez de resposta previsível a um regime inviável. Compreender

esses encadeamentos é o primeiro passo para interrompê-los.

Um fio condutor atravessa todos os capítulos: a distinção entre prescrição tecnicamente correta e plano terapêutico clinicamente sensato. Prescrições podem ser individualmente justificadas e coletivamente incoerentes. Medicamentos podem ser indicados por diretrizes e inadequados para um determinado paciente, considerando sua função renal, sua fragilidade, seus objetivos de vida ou sua capacidade de seguir o regime. A racionalidade terapêutica, portanto, não é propriedade de cada fármaco isolado, mas do conjunto terapêutico visto à luz do contexto real do paciente.

Outro eixo recorrente é a crítica à fragmentação do cuidado. Modelos centrados em especialidades, metas de desempenho por doença isolada e baixa interoperabilidade entre serviços produzem prescrições localmente coerentes e globalmente problemáticas. A resposta a esse problema não é simplesmente prescrever menos, mas prescrever melhor, com revisão sistemática, priorização de metas, desprescrição quando indicada e comunicação efetiva entre prescritores, pacientes e equipes. A atenção farmacêutica, quando integrada de forma longitudinal e colaborativa, emerge como um mecanismo concreto de integração terapêutica capaz de interceptar erros, reduzir interações relevantes, melhorar adesão e aproximar o

plano terapêutico da vida real do paciente.

A dimensão da segurança merece ênfase especial. O dano medicamentoso é frequentemente invisível: tontura atribuída à idade, confusão tratada com novos psicotrópicos, hipotensão não reconhecida, cascatas terapêuticas que se acumulam silenciosamente. Tornar esse risco visível requer cultura de revisão crítica, sistemas capazes de detectar vulnerabilidades e profissionais dispostos a questionar o que está prescrito, não apenas a acrescentar o que falta. Segurança não é ausência de medicamentos; é proporcionalidade, monitorização e revisão contínua.

Por fim, todos os capítulos convergem para uma constatação que é ao mesmo tempo clínica e ética: o tratamento só se realiza plenamente quando pode ser incorporado à vida possível do sujeito. Regimes impraticáveis, metas desalinhadas com o cotidiano, planos que ignoram preferências, medos e condições materiais do paciente não são apenas ineficazes, são, em certa medida, uma forma de cuidado incompleto. A clínica de doenças crônicas que aspira à qualidade precisa reconhecer que o paciente não é um receptor passivo de prescrições, mas um agente cujas decisões, experiências e prioridades determinam, em última instância, o que do tratamento realmente acontece.

Esse reconhecimento não enfraquece a medicina baseada em evidências; ao contrário, a completa. Evidências definem o que é possível fazer; a clínica centrada no paciente define o que faz sentido fazer, para aquele indivíduo, naquele momento, com aqueles recursos e aquelas metas. É nessa intersecção, entre o que a ciência oferece e o que a vida do paciente comporta, que reside o núcleo do cuidado farmacoterapêutico contemporâneo.



ÍNDICE REMISSIVO

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente vascular cerebral, 24

Adesão ao tratamento, 10, 11,
27, 28, 56

Adipocinas, 23

Alterações cognitivas, 19

Anticolinérgicos, 18

Antipsicóticos, 18

Apneia obstrutiva do sono, 24

Apresentação da obra, 10

Arsenal terapêutico, 10

Atenção à saúde, 10

Atenção farmacêutica, 10, 28,
56, 57

Automedicação, 19

Avaliação dietética, 23

B

Barreiras à adesão, 27

Barreiras cognitivas, 19

Benzodiazepínicos, 18

Biologia, 24

C

Câncer, 24

Cascata de prescrição, 56, 57

Citocinas inflamatórias, 23

Clínica centrada no paciente,
10, 28, 58

Comunicação efetiva, 11, 27,
28, 57

Conciliação medicamentosa,
27, 28

Condições crônicas, 10, 11

Considerações finais, 56
Cuidado longitudinal, 57
Cuidado multiprofissional, 11,
19, 23, 57
Cultura de segurança, 19, 28,
57

D

Dano medicamentoso, 19, 27,
28, 57
Depressão, 24, 27
Desprescrição, 14, 18, 19, 57
Determinantes do estilo de
vida, 23
Diabetes tipo 2, 24
Diretrizes clínicas, 11, 28, 56,
57
Dislipidemia aterogênica, 23

Doença coronariana, 24
Doenças crônicas, 10, 11, 56
Dor crônica, 24
Duplicidade terapêutica, 18,
27

E

Educação do paciente, 18, 27
Envelhecimento populacional,
10
Equipe assistencial, 11, 18
Esteatose hepática, 23
Estresse crônico, 24
Estresse oxidativo, 23
Eventos adversos, 10, 27, 28,
56
Evidências clínicas, 10, 23, 58

F

Facilitadores da adesão, 27

Farmacoterapia, 10, 11, 27, 28,

56

Fisiopatologia, 23

Fitoterápicos, 19

Fragmentação do cuidado, 10,

14, 57

G

Ganho ponderal, 24

Glicose, 23

Guia terapêutico, 10

H

Hipermedicação, 19

Hipoglicemiantes, 18, 27

Hipotensão ortostática, 18, 57

Hospitalização, 11, 19

I

Iatrogenia, 19

Idosos, 14, 18, 19, 27

Inércia clínica, 19, 28

Inflamação crônica, 23, 24

Insegurança alimentar, 23

Insuficiência cardíaca, 24

Inibidores de bomba de

prótons, 18

Interações droga-doença, 27

Interações droga-droga, 27

Interações farmacológicas, 10,

27, 28, 56, 57

L	Otimização da farmacoterapia,
Lipotoxicidade, 23	10, 11, 28
M	P
Medicina baseada em	Patogênese, 23
evidências, 23, 58	Plano terapêutico, 10, 27, 56,
Metabolismo, 23, 24	57, 58
Metas terapêuticas, 18, 27, 57,	Polifarmácia apropriada, 14
58	Polifarmácia no idoso, 14
Monitorização laboratorial, 18,	Polifarmácia problemática, 14
27, 28, 57	Polifarmácia, 10, 11, 14, 24,
Multimorbidade, 10, 14	56
N	Prevenção de danos, 27, 28
Não adesão, 27, 56	Protocolos clínicos, 10
O	Q
Osteoartrite, 24	Qualidade de vida, 11, 19

R

Racionalidade terapêutica, 23,

27, 57

Reações de retirada, 19

Reconciliação medicamentosa,

27, 28

Regime terapêutico, 10, 27,

56, 57

Resistência à insulina, 23, 24

Revisão medicamentosa, 18,

19, 27, 28, 57

Risco cardiovascular, 24

S

Saciabilidade emocional, 24

Segurança do paciente, 10, 19,

27, 28, 56, 57

Síndrome metabólica, 10, 23,

24, 56

Sistema de saúde, 24

Suporte social, 27

T

Tecido adiposo visceral, 23

Tomada de decisão

compartilhada, 18, 58

Transições de cuidado, 27

V

Viés de continuidade, 19

Vulnerabilidade clínica, 10,

24, 27, 57

FARMACOTERAPIA CLÍNICA EM DOENÇAS CRÔNICAS: SEGURANÇA, ADESÃO E OTIMIZAÇÃO DO CUIDADO AO PACIENTE

1ª Edição

Revista REASE chancelada pela Editora Arché.
São Paulo- SP.
Telefone: +55(11) 5107- 0941
<https://periodicorease.pro.br>
contato@periodicorease.pro.br

**FARMACOTERAPIA CLÍNICA EM DOENÇAS CRÔNICAS:
SEGURANÇA, ADESÃO E OTIMIZAÇÃO DO CUIDADO AO
PACIENTE**

