

ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA INTERFACE COM A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

"Na intersecção entre farmacologia e funcionalidade, floresce o cuidado integral". - Jean Carlos Souza Silva



ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA INTERFACE COM A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Organizador(es): Jean Carlos Souza Silva, Cleide Carneiro, Ana Cléa Veras Camurça Vieira, Ana Laura Costa Menezes, Carlos Hermano Da Justa Pinheiro, Dayane Pessoa de Araújo, Lina Maria Monteiro Santana Severiano, Lígia Negrão Costa Taborda, Mariana Kailane Queiroz Feitosa, Pablo Diego Mañé Solari, Yuri Fontenelle Lima Montenegro.

**ATUAÇÃO DO TERAPEUTA
OCUPACIONAL NA INTERFACE COM A
TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA**

Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade do(s) autor(es).

Esta publicação está licenciada sob [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Conselho Editorial

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA
(Editor-Chefe)

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA

Prof. Dr. Aldrin Vianna de Santana-UNIFAP

Prof.^a. Dr.^a. Raquel Silvano Almeida-Unespar

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA

Prof.^a. Dr.^a. Ilka Kassandra Pereira Belfort-Faculdade Laboro

Prof.^a. Dr. Renata Cristina Lopes Andrade-FURG

Prof. Dr. Elias Rocha Gonçalves-IFF

Prof. Dr. Clézio dos Santos-UFRRJ

Prof. Dr. Rodrigo Luiz Fabri-UFJF

Prof. Dr. Manoel dos Santos Costa-IEMA

Prof.^a Dr.^a. Isabella Macário Ferro Cavalcanti-UFPE

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos-UEL

Prof.^a Dr.^a. Maria de Fatima Vilhena da Silva-UFPA

Prof.^a Dr.^a. Dayse Marinho Martins-IEMA

Prof. Dr. Daniel Tarciso Martins Pereira-UFAM

Prof.^a Dr.^a. Elane da Silva Barbosa-UERN

Prof. Dr. Piter Anderson Severino de Jesus-Université Aix Marseille

Nossa missão é a difusão do conhecimento gerado no âmbito acadêmico por meio da organização e da publicação de livros científicos de fácil acesso, de baixo custo financeiro e de alta qualidade!

Nossa inspiração é acreditar que a ampla divulgação do conhecimento científico pode mudar para melhor o mundo em que vivemos!

Equipe RFB Editora

Jean Carlos Souza Silva
Cleide Carneiro
Ana Cléa Veras Camurça Vieira
Ana Laura Costa Menezes
Carlos Hermano Da Justa Pinheiro
Dayane Pessoa de Araújo
Lina Maria Monteiro Santana
Lígia Negrão Costa Taborda
Mariana Kailane Queiroz Feitosa
Pablo Diego Mañé Solari
Yuri Fontenelle Lima Montenegro
(Organizadores)

ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA INTERFACE COM A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Belém-PA
RFB Editora
2025

© 2025 Edição brasileira
by RFB Editora
© 2025 Texto
by Autor
Todos os direitos reservados

RFB Editora
CNPJ: 39.242.488/0001-07
91985661194
www.rfbeditora.com
adm@rfbeditora.com
Tv. Quintino Bocaiúva, 2301, Sala 713, Batista Campos, Belém - PA, CEP: 66045-315

Editor-Chefe

Prof. Dr. Ednilson Ramalho

Diagramação

Worges Editoração

Revisão de texto e capa

Organizadores

Bibliotecária

Janaina Karina Alves Trigo Ramos-CRB

8/9166

Produtor editorial

Nazareno Da Luz

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586a

Atuação do terapeuta ocupacional na interface com a terapêutica farmacológica / Jean Carlos Souza Silva, Cleide Carneiro, Ana Cléa Veras Camurça Vieira, Ana Laura Costa Menezes, Carlos Hermano Da Justa Pinheiro, Dayane Pessoa de Araújo, Lina Maria Monteiro Santana, Lígia Negrão Costa Taborda, Mariana Kailane Queiroz Feitosa, Pablo Diego Mañé Solari, Yuri Fontenelle Lima Montenegro (Organizadores). - Belém: RFB, 2025.

Livro digital
264p.

ISBN 978-65-5889-926-6

DOI 10.46898/rfb.2dc0b88e-a8e0-42ee-8929-7b6f568e2a3a

1. Terapia ocupacional. 2. Farmacologia. 3. Saúde. I. Silva, Jean Carlos Souza. II. Carneiro, Cleide. III. Vieira, Ana Cléa Veras Camurça. IV. Menezes, Ana Laura Costa. V. Pinheiro, Carlos Hermano Da Justa. VI. Araújo, Dayane Pessoa de. VII. Santana, Lina Maria Monteiro. VIII. Taborda, Lígia Negrão Costa. IX. Feitosa, Mariana Kailane Queiroz. X. Solari, Pablo Diego Mañé. XI. Montenegro, Yuri Fontenelle Lima. XII. Título.

CDD 615.5

CDU 615.5

Índice para catálogo sistemático:

I. Saúde: farmacologia e terapias complementares 615.5

Nome do(s) organizador(es)

Jean Carlos Souza Silva	Lina Maria Monteiro Santana
Cleide Carneiro	Lígia Negrão Costa Taborda
Ana Cléa Veras Camurça Vieira	Mariana Kailane Queiroz Feitosa
Ana Laura Costa Menezes	Pablo Diego Mañé Solari
Carlos Hermano Da Justa Pinheiro	Yuri Fontenelle Lima Montenegro
Dayane Pessoa de Araújo	

Nome do(s) autores (es)

Ana Beatriz Mesquita da Silva	Keyslane Linhares Da Silva
Angela Beatriz Silva Martins	Laisa Marques Nicolau De Oliveira
Brenda Kelly de Queiroz Silva	Lara Sousa De Carvalho
Daires Sampaio	Laura Beatriz Silva
Daniel de Sousa Nunes	Lina Maria Monteiro Santana Severiano
Dayane Rodrigues Costa Araújo	Livia Gomes Bié
Emanuella Victoria Carvalho De Sousa	Lucas Policarpo Martins
Fernanda Pinheiro Chaves	Maria Aurielen Nojosa Costa
Francisca Luana Gomes Da Silva	Maria Cecília de Sousa Nogueira
Gabrielle Soares Ribeiro	Maria Helena Lima Barbosa
Giovanna Sousa de Moraes	Mariana Kailane Queiroz Feitosa
Ianara Guedes Bernardo e Silva	Myrna Maria Lima Bezerra
Jean Carlos Souza Silva	Nicole Krissia Borges Fragoso
João Pedro Maciel Amaral	Rayane Oliveira
Juliana Oliveira Mota	Sabrina do Nascimento Alves
Karina Pereira De Araujo	Thaylany Alexandre Dos Santos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
APRESENTAÇÃO DOS ORGANIZADORES	12
CAPÍTULO I	
O MANEJO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM PACIENTES DEPRESSIVOS EM TRATAMENTO COM PSICOFÁRMACOS	18
Mariana Kailane Queiroz Feitosa	
Lina Maria Monteiro Santana Severiano	
Jean Carlos Souza Silva	
CAPÍTULO II	
ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL MEDIANTE A PACIENTES QUE UTILIZAM ANSIOLÍTICOS	27
Lina Maria Monteiro Santana Severiano	
Mariana Kailane Queiroz Feitosa	
Jean Carlos Souza Silva	
CAPÍTULO III	
TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO EM PACIENTES NO USO DE FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS	35
Laura Beatriz Silva	
Nicole Krissia Borges Fragoso	
Jean Carlos Souza Silva	
CAPÍTULO IV	
FÁRMACOS ANTIEPILÉPTICOS	45
Maria Cecília de Sousa Nogueira	
Iraildes Sousa Araujo	
Sabrina do Nascimento Alves	
Jean Carlos Souza Silva	
CAPÍTULO V	
CANABIDIOL E SUAS APLICAÇÕES EM ALGUMAS PATOLOGIAS	60
Ana Beatriz Mesquita da Silva	
Giovanna Sousa de Moraes	
Jean Carlos Souza Silva	
CAPÍTULO VI	
FÁRMACOS HIPNÓTICOS: UMA VISÃO ABRANGENTE.....	83
Rayane Oliveira	
Daires Sampaio	
Jean Carlos Souza Silva	

CAPÍTULO VII

FÁRMACOS ANTIBACTERIANOS E A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS..... 88

Angela Beatriz Silva Martins

Karina Pereira De Araujo

Lara Sousa De Carvalho

Jean Carlos Souza Silva

CAPÍTULO VIII

ANTIVIRAIS E SEUS MECANISMOS FARMACOLÓGICOS E A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM PACIENTES COM INFEÇÕES VIRAIS..... 106

Francisca Luana Gomes Da Silva

Fernanda Pinheiro Chaves

Lucas Policarpo Martins

Jean Carlos Souza Silva

CAPÍTULO IX

TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO EM PACIENTES NO USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS 125

Keyslane Linhares Da Silva

Laisa Marques Nicolau De Oliveira

Jean Carlos Souza Silva

CAPÍTULO X

ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NOS PACIENTES EM USO DE ANTI INFLAMATÓRIOS E IMUNOSSUPRESSORES 136

Gabrielle Soares Ribeiro

Myrna Maria Lima Bezerra

Jean Carlos Souza Silva

CAPÍTULO XI

TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO A PACIENTES NO USO DE ANALGÉSICOS..... 159

Keyslane Linhares Da Silva

Laisa Marques Nicolau De Oliveira

Jean Carlos Souza Silva

CAPÍTULO XII

ATENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM PACIENTES QUE FIZERAM USO DE ANESTÉSICOS 173

João Pedro Maciel Amaral

Maria Helena Lima Barbosa

Jean Carlos Souza Silva

CAPÍTULO XIII

TERAPIA OCUPACIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM DELINEADO DA PROFISSÃO MEDIANTE A FARMACOLOGIA E SUA APLICAÇÃO 190

Brenda Kelly de Queiroz Silva
Daniel de Sousa Nunes
Ianara Guedes Bernardo e Silva
Jean Carlos Souza Silva

CAPÍTULO XIV

O ABUSO DE DROGAS LÍCITAS E A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA..... 213

Juliana Oliveira Mota
Livia Gomes Bié
Maria Aurielen Nojosa Costa
Jean Carlos Souza Silva

CAPÍTULO XV

ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NOS PACIENTES EM USO DE FÁRMA- COS ANTICÂNCER..... 233

Thaylany Alexandre Dos Santos
Emanuella Victoria Carvalho De Sousa
Jean Carlos Souza Silva
Iraildes Sousa Araújo

CAPÍTULO XVI

FARMACOLOGIA APLICADA AO TRATAMENTO DA CONCUSSÃO CERE- BRAL 244

Carlos Hermano da Justa Pinheiro
Dayane Rodrigues Costa Araújo

APRESENTAÇÃO

A prática da Terapia Ocupacional, com suas abordagens holísticas e centradas no paciente, tem se mostrado indispensável na promoção da saúde e bem-estar de indivíduos em diversos contextos. Com o avanço da medicina e da farmacologia, a integração entre a Terapia Ocupacional e o manejo farmacológico se tornou uma necessidade emergente para um cuidado mais eficaz e completo. É nesse cenário que apresentamos a obra "Atuação do Terapeuta Ocupacional na Interface com a Terapêutica Farmacológica", uma contribuição valiosa para a literatura e prática clínica.

Neste livro, buscamos oferecer uma visão abrangente e prática sobre como a Terapia Ocupacional pode atuar em conjunto com a terapêutica farmacológica para melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos pacientes. A obra é fruto da colaboração entre profissionais de diversas áreas da saúde, trazendo uma perspectiva multidisciplinar essencial para o entendimento e aplicação das práticas propostas.

O objetivo principal deste livro é integrar os conhecimentos da Terapia Ocupacional com a farmacologia, destacando a importância da colaboração entre terapeutas ocupacionais e farmacêuticos. Buscamos fornecer estratégias e ferramentas práticas que possam ser facilmente implementadas na prática clínica, visando aprimorar os cuidados com os pacientes.

Convidamos todos os profissionais de saúde, pesquisadores e estudantes a embarcar nesta jornada de conhecimento. Acreditamos que este livro não só ampliará suas perspectivas sobre a prática clínica integrada, mas também fornecerá ferramentas práticas para a implementação de cuidados mais completos e eficazes.

A realização desta obra só foi possível graças à dedicação e colaboração de inúmeros profissionais e instituições que acreditam na importância da integração entre a Terapia Ocupacional e a terapêutica farmacológica. A todos que contribuíram direta ou indiretamente, nosso sincero agradecimento.

"Atuação do Terapeuta Ocupacional na Interface com a Terapêutica Farmacológica" é uma leitura essencial para aqueles que buscam aprimorar suas práticas e oferecer um cuidado de saúde mais holístico e centrado no paciente. Esperamos que este livro seja um recurso valioso em sua jornada profissional e que inspire novas formas de colaboração e cuidado.

Com apreço,

Os Organizadores e Autores.

APRESENTAÇÃO DOS ORGANIZADORES

Ana Cléa Veras Camurça Vieira



Doutora em Saúde Coletiva, Associação ampla UECE,UFC e UNIFOR (2017), Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza (2005), Especialista em Psicomotricidade Clínica e Educacional (1997), Método de Facilitação Neuromuscular (Método Kabat, 1992) Aperfeiçoamento no Método Neuroevolutivo (Método Bobath,1991), Fisioterapia (1994) pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR e em Terapia Ocupacional (1990).

Atualmente é professor adjunto da Universidade Estadual do Ceará no Curso de Terapia Ocupacional, e Adjunto -1 da Universidade de Fortaleza, do curso de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, membro efetivo do Grupo de Pesquisa Violência e repercussões na saúde individual e coletiva (CNPq) que abrange o Núcleo de Estudo e Pesquisa em Acidentes e Violência (NEPAV) e Coordenadora do Grupo de Estudos em Neonatologia e Pediatria (GENPE) da Universidade de Fortaleza. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com ênfase em desenvolvimento humano, motricidade humana, estudos sobre deficiência, acidentes e violência, humanização, inclusão social e qualidade de vida, atuando na promoção, prevenção e recuperação da saúde nos ciclos de vida.

Ana Laura Costa Menezes



Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (2013), mestrado (2017) e doutorado (2021) em ciências da saúde pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos e especialização em Pedagogia Universitária pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (2021). Professora adjunta do curso de terapia ocupacional da Universidade

Estadual do Ceará.

Carlos Hermano Da Justa Pinheiro



Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), pós-graduação em Reabilitação Esportiva pelo Centro de Traumatologia do Esporte (CETE) da Escola Paulista de Medicina (EPM-UNIFESP), mestrado e doutorado em Ciências (Fisiologia Humana) pela Universidade de São Paulo (USP). com enfoque em fisiologia do exercício e fisiopatologia do músculo esquelético. Pós-doutoramento em Fisiopatologia do Músculo Esquelético pelo Departamento de Fisiologia e Biofísica do Instituto de Ciências Biomédicas da USP. É especialista em Fisioterapia Esportiva pela Sociedade Nacional de Fisioterapia Esportiva e Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (SONAFE e COFFITO). Também é especialista em Fisioterapia Neurofuncional no Adulto e no Idoso pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Atualmente é sócio-especialista e membro da Comissão de Rugby e Futebol Americano da SONAFE. Também é membro da Progressive Rugby, Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Sociedade Brasileira de Fisiologia (SBFis), Society for Muscle Biology (EUA) e do American College Sports Medicine (ACSM). Ex-membro da American Society for Cell Biology e atual editor associado do *Frontiers in Physiology Journal* (Striated Muscle Physiology section). Já foi professor nos cursos de graduação da UniFanor (2014-2020), Centro Universitário Estácio do Ceará (2014-2017), FAECE-UNIP (2018-2019) e pós-graduação da NACIONALFISIO (CE), FACULDADE FARIAS BRITO (CE), INSTITUTO PAIVA (PE), UNIAVAN (SC), Faculdade Santa Casa de Misericórdia (BA) e Faculdades Inspirar. Tem experiência científica em biociências do aparelho locomotor e do exercício físico e reabilitação cardiovascular, neuromusculoesquelética e esportiva. Foi Professor Temporário (2022-2024) dos cursos de Terapia Ocupacional e de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atualmente é docente colaborador do curso de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde (CMEPES) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e professor do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio-Ceará. Possui interesse acadêmico atual em Concussão Cerebral e Concussão Cerebral no Esporte.

Cleide Carneiro

Possui graduação em Serviço Social - Instituição Toledo de Ensino (1976), mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de



Mesquita Filho - UNESP (1996) e doutorado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP (2001). Atualmente é pesquisadora/professora adjunto na Universidade Estadual do Ceará - UECE, Coordenadora do Curso Mestrado Profissional Ensino na Saúde CMEPES e Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Ensino e Saúde, Humanização e Formação em Saúde, Saúde Mental e Trabalho, Gestão e Avaliação em Serviços de Saúde.

Dayane Pessoa de Araújo



Graduada em enfermagem pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Especialista em Cuidados Clínicos pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestrado e Doutorado em Farmacologia (Neurofarmacologia) pelo Departamento de Fisiologia e Farmacologia da Universidade Federal do Ceará-UFC. Atualmente é professora Adjunto V do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e Professora do Programa Multicêntrico de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas da SBFis. Tem experiência de pesquisa em Neurofisiologia e Neurofarmacologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Neuroinflamação, Estresse oxidativo, Produtos naturais, Antioxidantes.

Jean Carlos Souza Silva



Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), com distinção summa cum laude. Mestre em Ciências Fisiológicas pela Sociedade Brasileira de Fisiologia. Participou como aluno especial em programas de pós-graduação no Instituto de Ciências Biomédicas (ICB/USP), no Instituto de Biociências (IB/USP) e no Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (IBCCF/UFRJ). Atualmente é doutorando no Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas do Instituto Superior de Ciências Biomédicas da Universidade Estadual do Ceará (ISCB/UECE). Desenvolve pesquisas sobre o impacto do tratamento crônico com hormônios esteroides anabolizantes na citoarquitetura e neuroquímica cerebral de roedores, no Laboratório de Fisiologia Endócrina e Metabolismo, sob a orientação do Prof. Dr. Ariclécio Cunha de Oliveira. Foi professor temporário em regime de Tempo

Integral pela Secretaria da Educação do Ceará (SEDUC/CE) entre 2023 e 2024, além de formador no Programa Ceará Educa Mais - Foco na Aprendizagem (2022-2024), com ênfase na recomposição das aprendizagens de alunos de escolas públicas e na formação de professores coordenadores de área. Também atuou como assessor científico no projeto Ceará Científico (SEDUC/CE). Em nível de magistério superior, foi professor temporário no Centro de Ciências da Saúde da UECE (2022-2024), lecionando disciplinas como Bioquímica Humana, Citologia, Histologia, Embriologia, Fisiologia Humana, Patologia Geral e Farmacologia. Contribuiu para a criação do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Terapia Ocupacional (TO/UECE). Atualmente, exerce as funções de Professor Visitante na Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) e de Professor Colaborador no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (CMEPES/UECE), lecionando disciplinas como Metodologia da Pesquisa no Ensino em Saúde, Métodos de Validação de Ferramentas Educacionais e Educação em Saúde Orientada Baseada na Comunidade. Contato: jeanc.souza@uece.br

Lina Maria Monteiro Santana



Graduanda em Terapia Ocupacional pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduanda em Administração pela Universidade do Vale do Jaguaribe (UNIJAGUARIBE). Técnica em Petroquímica pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Estado do Ceará (IFCE), campus Aracati. Monitora de Fisiologia Humana e Patologia Geral.

Membro da Liga Acadêmica de Terapia Ocupacional no Fazer Humano. Voluntária no Programa #TMJ no Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Lígia Negrão Costa Taborda



Terapeuta Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará, Mestre e Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará, Especialista (modalidade Residência) em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará, com pesquisas sobre instituições de acolhimento infantil, áreas de atuação em saúde mental, dependência de álcool e outras drogas, reabilitação neurológica.

Membro da Comissão técnica da Assessoria Especial de Políticas sobre Drogas do Eusébio, Terapeuta Ocupacional do Hospital Geral de

Fortaleza (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará). Possui experiência de docência no Ensino superior e pós-graduação lato sensu.

Mariana Kailane Queiroz Feitosa



Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista voluntária em um projeto de extensão no contexto de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem (2023). Bolsista remunerada em iniciação científica pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) (2023–2024). Bolsista remunerada em iniciação científica pela Universidade Estadual do Ceará (IC/UECE) (em andamento). Membro da Liga Acadêmica de Terapia Ocupacional no Fazer Humano Infantojuvenil (LATOJFH).

Pablo Diego Mañé Solari



Pablo Manyé (Pablo Diego Mañé Solari) é artista plástico, com exposições nacionais e internacionais, individuais e coletivas. Coordenador de Arte e Cultura da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professor Adjunto Efetivo da Universidade Regional do Cariri (URCA). Membro do Colegiado da Terapia Ocupacional (TO) da UECE. Integra o corpo docente do Curso de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (CMEPES) da UECE. Graduado em Marketing, com Mérito Acadêmico, pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Doutor em Artes por Notório Saber pela UECE e Pós-Doutor pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAU-USP). Criador da Aula-Luz, para um ensino vivencial da Cor, assistida, até 2023, por mais de 5.000 alunos, ganhadora do 1 lugar do Prêmio de Incentivo às Artes (Secult-CE). Criador da ciência integradora da cor, a Cromologia (primeira publicação em 2014). Fundador e Presidente Ad honorem da Fundação filantrópica espanhola Art and Life. Curador de exposições no Brasil, Espanha, Estados Unidos, França e Portugal. Fundador e Diretor da revista virtual de Arte, Stylusart, que chegou a ser a segunda mais lida em língua espanhola, ativa entre 2002 e 2009. Membro do Comitê Científico da ProCor e Membro Titular da Associação dos Cientistas Espanhóis no Brasil. Tem recebido diferentes prêmios e reconhecimentos, dentre eles, foi sagrado Caballero Comendador de Número da Imperial Orden Hispánica de Carlos V, no Alcácer de Segóvia, na Espanha.

Yuri Fontenelle Lima Montenegro



Graduado em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) com experiência em: atendimento a pessoas com fibromialgia no Núcleo de Atenção Médica Integrado - NAMI -, experiência de seis meses como monitor da disciplina de Atividades e Ações Integradas em Terapia Ocupacional III - mesclando conteúdos de Semiologia Médica e Neuroanatomia Funcional, bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (PIBITI) no período 2015-2016 como pesquisador do subprojeto "desenvolvimento e aplicação de jogo eletrônico educativo como instrumento de mediação da iniciação musical do surdo", vinculado ao projeto "modelos computacionais na educação à distância e na simulação". Especialização em Psicologia Educacional e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de Fortaleza. Especialização em Método Terapia Ocupacional Dinâmica pela parceria CETO e UniAteneu. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Experiência profissional com usuários de drogas, crianças com atraso no DNPM, adolescentes com queixas de ansiedade e depressão, e atuação interdisciplinar na atenção psicossocial. Professor temporário do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Estadual do Ceará (UECE) de 2022 a 2024. Professor do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau) e servidor público da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS).

CAPÍTULO I

O MANEJO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM PACIENTES DEPRESSIVOS EM TRATAMENTO COM PSICOFÁRMACOS

*MANAGEMENT OF OCCUPATIONAL THERAPY WITH DEPRESSED
PATIENTS UNDERGOING PSYCHOPHARMACEUTICAL TREATMENT*

Mariana Kailane Queiroz Feitosa
Lina Maria Monteiro Santana Severiano
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

A fisiopatologia da depressão está ligada a vários fatores neurofisiológicos, dentre eles, os altos níveis de estresse repentinos que ocasionam estímulos nocivos na área do hipocampo, como ao contexto biopsicossocial que o indivíduo está inserido. Dessa forma, os psicofármacos tem o papel de estimular a homeostasia neuronal, potencializando o mecanismo neurobiológico das monoaminas, nesse sentido o manejo da terapia ocupacional em pacientes depressivos busca auxiliar e impulsionar o processo positivo no tratamento, através de atividades significativas para o paciente, intervindo na ressignificação da qualidade de vida. O trabalho tem a finalidade de esclarecer a relação da atuação da Terapia Ocupacional em pacientes depressivos que utilizam psicofármacos, as possíveis abordagens que trazem efetividade ao tratamento.

Palavras-chaves: Terapia Ocupacional, psicofármacos, depressão e fisiopatologia.

ABSTRACT

The pathophysiology of depression is linked to several neurophysiological factors, including sudden high levels of stress that cause harmful stimuli in the hippocampus area, as well as the biopsychosocial context in which the individual is inserted. In this way, psychotropic drugs have the role of stimulating neuronal homeostasis, enhancing the neurobiological mechanism of monoamines, in this sense, the management of occupational therapy in depressive patients seeks to assist and boost the positive process in the treatment, through meaningful activities for the patient, intervening in redefining quality of life. The purpose of the work is to clarify the relationship between the performance of Occupational Therapy in depressive patients who use psychotropic drugs, the possible approaches that bring effectiveness to the treatment.

Keywords: Occupational Therapy, psychotropic drugs, depression and pathophysiology.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno depressivo maior (TDM) é caracterizado por uma tristeza profunda associada a culpa, baixa autoestima e desesperança seguida de ações que afetam a rotina e papéis do indivíduo (American Psychiatric Association, 2023). Isso ocorre por um baixo fluxo de monoaminas/neurotransmissores que atuam no humor fisiológico. Na maioria dos casos o indivíduo perde o prazer de realizar coisas do seu cotidiano que antes trazia alegria ou até mesmo se isola por completo mediante a situação (Bertram G. Katzung & Anthony J. Trevor, 2017). A fisiopatologia da depressão está ligada a vários fatores neurofisiológicos, dentre eles, os altos níveis de estresse repentinos que ocasionam estímulos nocivos na área do hipocampo, principalmente no que tange ao baixo fluxo de serotonina (5-HT), norepinefrina (NE) e dopamina (DA). Nesse sentido, verifica-se que o TDM está relacionado a escassez de monoaminas necessárias para a regulação neurofisiológica de um ser humano, que afeta o fluxo de substâncias essenciais para a homeostasia neuroendócrina, neuroquímica e neurotrófica. Entretanto, os psicofármacos têm o potencial de aumentar a concentração

sináptica dos neurotransmissores afetados (Bertram G. Katzung & Anthony J. Trevor, 2017).

Os psicofármacos têm a função de inibir ou modular em alguns casos, os efeitos da depressão. Os antidepressivos mais utilizados são os tricíclicos, moléculas bioquímicas que têm o papel de inibir a recaptação do 5-TH e do NE (Harmer; Duman; Cowen, 2017). Essa recaptação está ligada ao fluxo de serotonina e noradrenalina entre as sinapses cerebrais, quanto maior a concentração na fenda, menor os efeitos depressivos. Nesse sentido, compreende-se que os fármacos possuem o encargo de potencializar o mecanismo neurobiológico das monoaminas.

O TDM afeta as principais áreas de desempenho ocupacional dos indivíduos. De acordo com Andrade e Mello (2010), a Terapia Ocupacional (TO) adentra esse contexto como forma de reabilitar ou adaptar o indivíduo com transtorno depressivo às suas condições cotidianas, ocupacionais ou de lazer. Diante disso, o tratamento terapêutico ocupacional em combinação com o uso de psicofármacos antidepressivos pode exercer um papel importante para a promoção da qualidade de vida e melhoria no quadro clínico do paciente.

1.1 Classes farmacológicas

Os antidepressivos possuem atributos em comum farmacocinéticos na busca de reações positivas no quadro depressivo (Bertram G. Katzung & Anthony J. Trevor, 2017). Nesse caso, vale ressaltar as classes farmacológicas resultantes no avanço bioquímico para o tratamento da depressão por meio das dosagens de fármacos em horários específicos na terapia medicamentosa. Dentre eles, temos:

1. Inibidores seletivos da recaptação de serotonina-norepinefrina (IRSNs)

- Venlafaxina
- Milnaciprana
- Duloxetina

O papel dos IRSNs é inibir a recaptação de serotonina e norepinefrina que bioquimicamente aumentará o desempenho entre os neurotransmissores no efeito antidepressivo. É indicado para pacientes que possuem o transtorno depressivo maior (Bertram G. Katzung & Anthony J. Trevor, 2017).

2. Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRs)

- Citalopram
- Escitalopram
- Fluoxetina
- Fluvoxamina
- Paroxetina
- Sertralina

São fármacos que atuam inibindo a recaptação de serotonina, aumentando a disponibilidade na fenda sináptica e consequentemente auxiliando para a neurotransmissão nas células do sistema nervoso. São indicados para os portadores de depressão leve ou moderada (Bertram G. Katzung & Anthony J. Trevor, 2017).

3. Tricíclicos (ADTs)

- Imipramina
- Clomipramina
- Amitriptilina

Agem principalmente na modulação do humor, aumentando a disponibilidade serotoninérgica e noradrenérgica na fenda sináptica. São denominadas tricíclicos por possuir bioquimicamente 3 anéis de carbono na sua estrutura. São indicados para pacientes com TDM.

4. Moduladores dos receptores de serotonina.

- Trazodona
- Nefazodona
- Vortioxetina

Os fármacos ligam-se a proteínas e sofrem metabolismo hepático extenso. A trazodona e a nefazodona possuem metabólito ativo, que contribuem para o antagonismo dos receptores, já a vortioxetina é metabolizada por oxidação. Indicado para pacientes que têm transtorno maior e ansiedade (Bertram G. Katzung & Anthony J. Trevor, 2017).

5. Tetracíclicos e unicíclicos

- Bupropiona
- Mirtazapina
- Amoxapina
- Vilazodona
- Maprotilina

Classificação de antidepressivos que não se encaixa definitivamente em um dos grupos, a Bupropiona é unicíclica e possui um metabolismo hepático denso. Mirtazapina pertence ao tetracíclico e possui efeito que atinge o libido. A amoxapina e a maprotilina também são tetracíclicas e seus efeitos antipsicóticos estão ligados apenas a depressão. A vilazodona é formada por diversos anéis, possibilitando uma maior ligação com o transportador de 5-HT.

6. Inibidores da monoaminoxidase

- Fenelzina
- Selegilina

São pouco usados para a prescrição clínica, são utilizados quando nenhum outro antipsicótico faz efeito. Aumentam o fluxo das monoaminas entre os neurônios, são denominadas de MAO-A (dopamina) e MAO-B (serotonina). É indicado para o tratamento de depressão, ansiedade e transtorno do pânico (Bertram G. Katzung; Anthony J. Trevor, 2017).

A prescrição médica para a depressão é bastante ampla, o tratamento ocorre em um período de 6 a 14 meses para conseguir identificar pontos neurobiológicos homeostáticos, contudo o tratamento vai além da medicação, o

indivíduo também precisa se reiterar no contexto biopsicossocial, na busca da melhoria efetiva.

2. DISCUSSÃO

2.1 Efeitos colaterais da medicação e as sessões terapêuticas:

Alguns usuários de antidepressivos podem apresentar efeitos colaterais, como sonolência, insônia, ganho de peso, perda de apetite, entre outros (Tigre, et al., 2024). Em vista disso, essas implicações podem afetar temporariamente o desempenho ocupacional do indivíduo, fazendo-se necessário entender a singularidade de cada caso para ajudar o paciente a desenvolver estratégias de enfrentamento dos efeitos colaterais.

De acordo com Moron (2009), alguns dos efeitos colaterais indesejáveis que também podem ser apresentados nos pacientes são efeito de sedação, hipotensão, náusea, diarreia, disfunção sexual e convulsões. Conseqüentemente, os padrões de desempenho do paciente acabam sendo direta ou indiretamente afetados, tendo em vista que suas ocupações são impactadas de maneira danosa pelos efeitos indesejáveis.

Os antidepressivos tornam-se mais efetivos quando usados de modo combinado com a terapia e outras estratégias de autocuidado. Diante disso, a terapia ocupacional também auxilia no engajamento dos pacientes em atividades significativas que promovam o retorno à independência e à autonomia (Ribeiro; Oliveira, 2005).

Nesse contexto, a Terapia Ocupacional compõe uma equipe interprofissional, com abordagens que possibilitam o paciente a construção ou reconstrução da vida na sociedade em articulação com diferentes contextos. Desta forma, o terapeuta possibilita, através de sua especificidade, a ampliação do cuidado e o resgate da cidadania (Ribeiro, Machado, 2008).

2.2 Manejo clínico dos pacientes em uso de antidepressivos:

O manejo clínico do paciente em uso de antidepressivos é feito por uma equipe multidisciplinar, sendo a Terapia Ocupacional integrada no processo. Logo, algumas das abordagens que podem ser utilizadas pelo TO são:

2.2.1 Oficinas e Grupos Terapêuticos

De acordo com Hagedorn, 2007 apud Montrezor, 2013, pág. 530,

“os grupos de atividades da Terapia Ocupacional são marcados pelo envolvimento simultâneo de pacientes na realização de uma ou mais tarefas ou atividades produtivas, criativas ou sociais, sempre com um propósito terapêutico específico estabelecido pelo terapeuta ocupacional.”

Os grupos oferecem aos pacientes vivências por meio do “fazer junto”, mas considerando suas singularidades. Logo, essa abordagem tende a ofertar ao indivíduo criatividade, aumento da autonomia e independência.

2.2.2 Abordagens Complementares

O Terapeuta Ocupacional busca promover a autonomia pessoal do paciente, isso pode envolver capacitações sobre uso dos medicamentos, autocuidado e até mesmo educação sobre os efeitos colaterais dos antidepressivos (Montrezor, 2013).

3. CONCLUSÃO

A intervenção da terapia ocupacional junto a pacientes em tratamento com psicofármacos antidepressivos tem impacto significativo na promoção da qualidade de vida dos indivíduos. Visto que o manejo da terapia ocupacional envolve a organização da rotina e o ensino de métodos para enfrentar o processo depressivo, entre outros, tudo com o objetivo de auxiliar o desempenho ocupacional afetado.

Vale destacar a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar para acompanhar o tratamento a fim de identificar e atender às necessidades específicas de cada indivíduo, proporcionando um atendimento humanizado e singular, sempre centrado no paciente. A sinergia entre o tratamento farmacológico e o manejo da terapia ocupacional tende a potencializar os efeitos de ambas as metodologias e propiciar uma melhora no desempenho ocupacional dos pacientes e, conseqüentemente, no bem-estar deles.

Diante do exposto, vê-se a necessidade de pesquisas adicionais que possam ampliar o entendimento sobre o impacto da intervenção da terapia ocupacional em combinação com psicofármacos. Análises futuras podem ajudar a aprimorar protocolos de intervenções mais precisos e eficazes, aperfeiçoando assim o tratamento.

4. REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, et al. DSM-5 TR: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- BERTRAM G. KATZUNG; ANTHONY J. TREVOR. **Farmacologia Básica e Clínica - 13ed**, 2017.
- RIBEIRO M.C; MACHADO A.L. **A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental**. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2008.
- RIBEIRO, M.B.S.; OLIVEIRA, L.R. **Terapia Ocupacional e Saúde Mental: construindo lugares de inclusão social**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.9, n.17, p.425-31, 2005.
- MORÓN, F.J.R. **Farmacologia Clínica**. La Habana: Editorial Ciências Médicas, 2009.
- ANDRADE, A. F.; DE MELLO, C.P.C. **Reabilitação Neuropsicológica Na Depressão: Um Enfoque Terapêutico Ocupacional**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 18, n.1, p. 49-55, Jan-Abr 2010.
- DA SILVA TIGRE, B. et al. Avaliação do uso de psicofármacos no serviço público de saúde. **Revista Sociedade Científica**, v. 7, n. 1, p. 2043-2054, 21 abr. 2024.

MONTREZOR, J. B. A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 21, n. 3, p. 529-536, 2013.

CAPÍTULO II

ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL MEDIANTE A PACIENTES QUE UTILIZAM ANSIOLÍTICOS

OCCUPATIONAL THERAPY FOR PATIENTS USING ANXIOLYTICS

Lina Maria Monteiro Santana Severiano
Mariana Kailane Queiroz Feitosa
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

A ansiedade possui diversas ramificações fisiopatológicas, envolvendo a interação entre aspectos neurobiológicos, psicológicos e ambientais. É uma resposta natural do corpo ao estresse, no entanto torna-se patológica à medida que ocorre de modo desregulado, caracterizando os transtornos de ansiedade. O uso de psicofármacos, embora eficazes, pode desencadear efeitos colaterais que afetam o desempenho ocupacional dos usuários impactando em sua qualidade de vida. Mediante a intervenções o terapeuta ocupacional trabalha para reduzir esses impactos e promover uma melhora nos padrões ocupacionais do paciente. O trabalho destaca a importância da atuação da Terapia Ocupacional em pacientes que utilizam ansiolíticos e as possíveis abordagens que potencializam a eficácia do tratamento.

Palavras-chaves: Ansiedade. Terapia Ocupacional. Psicofármacos.

ABSTRACT

Anxiety has several pathophysiological ramifications, involving the interaction between neurobiological, psychological and environmental aspects. It is a natural response of the body to stress, however it becomes pathological when it occurs in an unregulated manner, characterizing anxiety disorders. The use of psychotropic drugs, although effective, can trigger side effects that affect the occupational performance of users, impacting their quality of life. Through disciplines, the occupational therapist works to reduce these impacts and

promote an improvement in the patient's occupational standards. The work highlights the importance of Occupational Therapy in patients who use anxiolytics and the possible approaches that enhance the effectiveness of the treatment.

Keywords: Anxiety. Occupational Therapy. Psychotropic drugs.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Ansiedade é caracterizado como um dos transtornos mentais frequentemente diagnosticado, pode ser definido pelo estado de medo excessivo e preocupação por antecipação que afetam os padrões de desempenhos ocupacionais do ser humano (American Psychiatric Association, 2023). Além disso, a ansiedade possui diversas ramificações fisiopatológicas, vale destacar que a ansiedade tem níveis de situações, o mais comum é a ansiedade fisiológica que remete a preocupação ou medo com uma circunstância inesperada, já as que se relacionam com a patologia, indicam um excesso de desconfortos, perturbações, medo, rigidez muscular, sudorese e pensamentos negativos (American Psychiatric Association, 2023).

Sendo assim, o organismo humano possui uma resposta fisiológica normal a possíveis estímulos de ameaça, ativando o sistema nervoso simpático e preparando o corpo para resposta de “luta ou fuga”. No entanto, de acordo com Rang *et. al* (2016) no estado de ansiedade essas reações ocorrem de forma antecipatória, independente dos estímulos externos e esses sintomas interferem na realização de tarefas produtivas.

O diagnóstico é dividido em etapas, as quais indicam os níveis e tipo de ansiedade, assim sendo, a ansiedade possui traços neuropsicóticos que desorganiza as interações pessoais e sociais, como as ocupações acadêmicas, profissionais e familiares, visto que o nível de estresse excessivo a preocupação e ao medo impedem o indivíduo de realizar seus padrões de desempenho ocupacionais.

Nesse sentido, o uso de ansiolíticos está relacionado com o controle dos níveis de oscilação no transtorno de ansiedade, buscando farmacologicamente

amenizar a situação de estresse e pensamentos recorrentes de tragédias, como medo, angústias e ansios (Andreatini, R., Lacerda, R.B., Filho, D.Z., 2001) Assim, a utilização dos ansiolíticos combinada com terapias não medicamentosas busca o melhoramento mental e promoção da qualidade de vida do indivíduo.

1.1 Classificação dos distúrbios de ansiedade

Existem diferentes níveis de ansiedade, conseqüentemente o impacto dos fármacos vai variar de acordo com a forma distinta como o distúrbio se apresenta no paciente (American Psychiatric Association, 2023). Segue a classificação desses níveis:

- Distúrbio de ansiedade generalizada
- Distúrbio de ansiedade social
- Distúrbio de pânico
- Fobias
- Distúrbio de estresse pós-traumático
- Distúrbio obsessivo compulsivo

O tipo de fármaco utilizado no tratamento dos distúrbios citados varia de acordo com os níveis de ansiedade.

1.2 Classes farmacológicas

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs):

- Fluoxetina
- Paroxetina
- Sertralina

Inibidores da recaptação da serotonina/norepinefrina (ISRSNs) :

- Venlafaxina
- Duloxetina

Estes antidepressivos atuam de modo efetivo no tratamento dos diversos tipos de distúrbios de ansiedade, tendo em vista que frequentemente a depressão está associada à ansiedade (Hoffman, E.J., Mathew, S.J., 2008).

- Benzodiazepínicos

Comumente utilizado para tratar a ansiedade generalizada, são considerados fármacos ansiolíticos eficazes, todavia causam efeitos secundários indesejáveis como amnésia e capacidade de induzir a dependência (Rang *et. al*, 2016). Eles atuam seletivamente nos receptores GABAA que medeiam a transmissão sináptica inibitória através do sistema nervoso central.

- Buspirona

É agonista do receptor 5-HT_{1A}, apresenta-se de modo eficaz no distúrbio da ansiedade generalizada, mas ineficaz no tratamento das fobias e no distúrbio da ansiedade social. Possui pouco efeito sedativo (Rang *et. al*, 2016).

- Antagonistas β -adrenérgicos

Utilizados principalmente para reduzir sintomas físicos da ansiedade (tremores, palpitações etc.)

Todo psicofármaco apresenta riscos e benefícios aos usuários. Contudo o tratamento vai além da medicação. O indivíduo também precisa ser inserido no contexto biopsicossocial através do auxílio de uma equipe multiprofissional.

2 DISCUSSÃO

2.1.1 Efeitos colaterais da medicação e as sessões terapêuticas

Os efeitos colaterais dos ansiolíticos podem ser diversos, desde benéficos à indesejáveis, variando de acordo com o tipo de ansiedade e a classe do fármaco utilizado. Dentre eles está a indução do sono, redução do tônus muscular, efeito anticonvulsivante e amnésia anterógrada (Rang *et. al*, 2016). Essas implicações podem afetar a funcionalidade do indivíduo. Entende-se por funcionalidade a interação dinâmica entre a condição de saúde de uma pessoa, os fatores ambientais e os fatores pessoais (WHO, 2003).

Os profissionais terapeutas ocupacionais (T.O) atuam com os indivíduos a fim de desenvolver habilidades, adaptar seu ambiente ou modificar tarefas de maneira a melhorar a participação em atividades significativas (Andrade; Mello,

2010). Sendo assim, a T.O desenvolve um papel crucial na terapêutica de pacientes que estão em tratamento com psicofármacos. Logo, a avaliação ocorre como um processo contínuo que se baseia na observação do paciente enquanto este executa tarefas funcionais em meio a um ambiente natural (Griève, 2006 apud Andrade, 2010, p.52).

De acordo com Santos *et. al* (2021) por meio de seu cuidar a terapia ocupacional possibilita a ampliação dos aspectos cognitivos, emocionais, fisiológicos, físicos e comportamentais, pelo fazer. Contribuindo assim para a redução ou controle da ansiedade.

2.2 Manejo clínico dos pacientes em uso de ansiolíticos

O manejo clínico de pacientes usuários de psicofármacos ansiolíticos é feito por uma equipe multiprofissional, sendo a terapia ocupacional incorporada no processo. Diante disso, pode-se salientar algumas das abordagens que podem ser utilizadas pela T.O nas ações terapêuticas, variando de acordo com a singularidade de cada sujeito.

2.2.1 Oficinas e Grupos Terapêuticos

Os grupos terapêuticos são um dos recursos que promove o acolhimento no processo de tratamento do paciente. Nesses espaços, podem ser propostas discussões ou atividades diversas que buscam fomentar o compartilhamento de preocupações, trocas de experiências etc (Correira, L.A., Rocha, L.L.B., Dittz, E.S.; 2019). As atividades realizadas nos grupos buscam tornar o ambiente acolhedor, oferecer suporte e criar vínculos, tendo em vista a particularidade de cada integrante.

2.2.2 *Orientação Educacional*

O terapeuta ocupacional também pode atuar fornecendo orientação educacional ao paciente a respeito dos ansiolíticos, incluindo os efeitos colaterais esperados e a importância do plano medicamentoso. Segundo, Santos *et. al* (2021) o T.O também pode orientar o indivíduo no processo de aceitação da doença, da prevenção de novas crises, da habilidade no manuseio de situações conflitantes e na minimização do estigma associado ao diagnóstico.

2.2.3 *O brincar como recurso terapêutico*

Para Takatori (2001), a atividade do brincar é essencial no processo de desenvolvimento de toda criança. Uma série de elementos e singularidades são desenvolvidos à medida que a criança explora o mundo. Esse é um dos recursos usados para casos de ansiedade na infância.

2.2.4 *O Projeto Terapêutico Singular*

De acordo com Colato (2022), o plano terapêutico singular potencializa a construção de projetos de vida e deve ser protagonizado pelos usuários com apropriação de suas escolhas, decisões e fortalecendo sua autonomia. Para aplicação desse plano é necessário a atuação da equipe interdisciplinar, sendo um recurso comumente aplicado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Independente do recurso utilizado, o profissional terapeuta ocupacional sempre visa a promoção da autonomia e qualidade de vida do paciente. Atua a partir da criação do vínculo terapêutico e de uma maneira holística, melhorando o desempenho ocupacional do usuário mediante suas particularidades.

3 CONCLUSÃO

Portanto, o tratamento psicofarmacológico junto com a terapia não medicamentosa busca trazer a qualidade de vida do indivíduo que sofre com algum dos transtornos de ansiedade, resignificando seu cotidiano no que tange à autonomia e promoção do bem-estar. A terapia ocupacional tem o papel de

auxiliar nesse olhar holístico e promissor para um desempenho ocupacional efetivo mesmo em processo de tratamento. Nesse sentido, a junção do tratamento medicamentoso e não medicamentoso traz resultados positivos para a redução e controle dos sintomas da ansiedade

Diante dessa perspectiva, observa-se a necessidade mais estudos nessa área para identificar cada vez mais a importância e o aprimoramento das duas abordagens terapêuticas para a promoção a saúde e a autonomia dos pacientes que sofrem de transtornos de ansiedade, para que venham desenvolver a independência na realização das atividades no cotidiano.

REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: Edusp, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)**. Arlington: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

TAKATORI, M.; BOMTEMPO, E.; BENETTON, M. J. **O brincar e a criança com deficiência física: a construção inicial de uma história em terapia ocupacional**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 9, n. 2, 2001.

ANDRADE, A. F. DE, MELLO, C.P.C. **Reabilitação Neuropsicológica Na Depressão: Um Enfoque Terapêutico Ocupacional**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 18, n.1, p. 49-55, Jan-Abr 2010.

SANTOS, T.S., TAVARES, J.S.L., DONELATE, C., SILVA, A.M.B.F. **Analisando os distúrbios funcionais do transtorno de ansiedade em adolescentes de 14 a 19 anos pela terapia ocupacional**. Revista de Ciências da Saúde e Tecnologia, v. 1, n. 2, p. 12-25, 2021.

ANDREATINI, R., LACERDA, R.B., FILHO, D.Z. **Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 23, n. 4, p. 233-242, 2001.

CORREIRA, L.A., ROCHA, L.L.B., DITZ, E.S. **Contribuições do grupo de terapia ocupacional no nível de ansiedade das mães com recém-nascidos prematuros internados nas unidades de terapia intensiva neonatal.** Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 27, n. 3, p. 574-583, 2019

TAIPE, C. M. M. O Brincar como recurso terapêutico na Terapia Ocupacional em saúde mental: relato de um caso de ansiedade na infância. Ribeirão Preto, 2019.

COLATO, E.R.O. Projeto Terapêutico Singular Em Saúde Mental: Contribuições Da Terapia Ocupacional. Repositório UFSCar, São Paulo, 2022.

RANG, H.P., RITTER, J.M., FLOWER, R.J., HENDERSON, G. **Rang & Dale: Farmacologia** - 8º ed, 2016.

HOFFMAN, E.J., MATHEW, S.J. **Anxiety Disorders: A Comprehensive Review of Pharmacotherapies.** Mount Sinai Journal Of Medicine 75:248-262, New York, 2008.

CAPÍTULO III

TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO EM PACIENTES NO USO DE FÁRMACOS ANTIPSIKÓTICOS

OCCUPATIONAL THERAPY IN CARE OF PATIENTS USING ANTIPSYCHOTIC DRUGS

Laura Beatriz Silva
Nicole Krissia Borges Fragoso
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

Sendo os fármacos Antipsicóticos medicamentos denominados neurolépticos, usados para o tratamento de psicoses, esse trabalho descreve sua história e definição, sua atuação em pacientes com transtornos de esquizofrenia/transtorno bipolar e/ou depressão psicótica. Deixando em evidência os efeitos colaterais e adversos que podem ocorrer em pessoas que fazem o uso desse tipo de medicação, assim como sua atuação e manejo clínico, destacando possíveis intervenções terapêuticas realizadas pela Terapia Ocupacional nesse contexto farmacológico e psicossocial.

Palavras-chaves: Esquizofrenia, Reabilitação, Clozapina, Psicoses, Antipsicóticos, Transtornos, Efeitos Colaterais.

ABSTRACT

As antipsychotic drugs are drugs called Neuroleptics, used for the treatment of psychoses, this work describes their history and definition, their performance in patients with schizophrenia/bipolar disorder and/or psychotic depression. Highlighting the side effects and adverse effects that may occur in people who use this type of medication, as well as its performance and clinical management, highlighting possible therapeutic interventions carried out by Occupational Therapy in this pharmacological and psychosocial context.

Keywords: Schizophrenia, Rehabilitation, Clozapine, Psychoses, Antipsychotics, Disorders, Side effects.

1 INTRODUÇÃO

A história dos Antipsicóticos deu início na França, no ano de 1952. Henri Laborint, a fim de criar um medicamento que tranquilizasse a ansiedade pré-operatória, deu início ao medicamento Clorpromazina, mas, após a percepção de Laborint de que o fármaco administrada por via intravenosa, em doses de 50 a 100 miligramas, fazia com que os pacientes no pré operatório tivessem um comportamento indiferente na cirurgia, fez com que os médicos psiquiatras começassem a administrar essas doses em pacientes psiquiátricos, fazendo assim, que a Clorpromazina fosse o primeiro tratamento com eficácia para pacientes com sintomas psicóticos. Com a falta de outros medicamentos eficazes para o tratamento da esquizofrenia, o fármaco passou a ser aceito por todo o mundo. A Clorpromazina foi um agente que com a descoberta de sua ação antipsicótica levou a identificar outros compostos como Tioridazina e a flufenazina, denominados agora como antipsicóticos.

Os fármacos Antipsicóticos são os medicamentos usados principalmente no tratamento das psicoses, ou seja, nas alterações de comportamentos, de pensamentos, na presença de delírios ou alucinações. Podem ser denominados neurolépticos ou tranquilizantes maiores e também podem ser utilizados em outros estados de psicose e mania. São receitados principalmente para pacientes com transtorno mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão psicótica. Os fármacos antipsicóticos não trazem a cura aos transtornos, mas proporcionam uma grande melhoria nas crises psicóticas, fazendo com que as alucinações, delírios e estados de mania sejam reduzidos, trazendo também melhoria no humor, reduz ansiedade e melhora os distúrbios do sono.

Na farmacologia dos Antipsicóticos, são denominadas duas classificações, sendo elas: Primeira geração e Segunda geração. Na primeira geração, os medicamentos são de fabricação antiga e tendem a ter mais efeitos colaterais, são

os que mais provavelmente causam transtornos de movimentos conhecidos como sintomas extrapiramidais e se ligam fortemente aos neurotransmissores da dopamina, são denominados medicamentos típicos. Já na segunda geração, são medicamentos com formulação mais atual e com poucos efeitos colaterais, e menor incidência de sintomas extrapiramidais, mas, são associados com o maior risco de efeitos adversos metabólicos, como diabetes. Causam maior eficácia equivalente e ocasionalmente até maior que os de primeira geração. São denominados medicamentos atípicos.

Todos os fármacos antipsicóticos podem diminuir as alucinações e ilusões associadas à esquizofrenia, conhecidas como sintomas positivos. Já os sintomas negativos, como falta de afeto, apatia, falta de atenção e déficit cognitivo, não respondem ao tratamento com antipsicóticos de primeira geração. Os efeitos extrapiramidais incluem distonia, inquietude motora e movimentos involuntários, ocorrendo tanto no tratamento agudo quanto no crônico. Nos efeitos antieméticos, ocorre o bloqueio dos receptores dopaminérgicos, serotoninérgicos, adrenérgicos, colinérgicos e histamínicos.

Em relação aos efeitos anticolinérgicos, particularmente com o uso de tioridazina, clorpromazina, clozapina e olanzapina, podem ocorrer visão turva, boca seca, confusão e inibição dos músculos lisos dos tratores gastrointestinais. Outros efeitos, como hipotensão ortostática, cefaleia leve e disfunção sexual, também podem ocorrer.

2.2. Apresentação dos antipsicóticos

Tanto os Antipsicóticos de primeira e alguns de segunda geração (típicos e atípicos), realizam o bloqueio pós-sinápticos dos receptores D2 da dopamina. Com esse bloqueio, atingem tratores dopaminérgicos, como o mesolímbico, mesocortical, nigroestriatal e túbero infundibular. Os fármacos de segunda geração exercem parte da sua ação singular pela inibição de receptores de serotonina, em particular, 5-HT. Os fármacos de primeira geração tendem a ser eficazes no controle dos sintomas positivos da esquizofrenia, como delírios e alucinações e estão associados a um maior risco de desenvolver distúrbios

metabólicos. Já os de segunda geração têm um perfil de efeitos colaterais mais favoráveis, com menor incidência de efeitos extrapiramidais.

Primeira geração:

Clorpromazina: Primeiro Antipsicótico que foi desenvolvido e amplamente utilizado na primeira geração. É indicado para o controle de psicoses e tratamento dos quadros psiquiátricos agudos, também utilizado em casos para controle de ansiedade.

Haloperidol: Antipsicótico grandemente utilizado que pode ser usado para tratar os distúrbios do movimento, assim como a doença de Huntington. Possui grande efeito sedativo e controle dos sintomas psicóticos.

Trifluoperazina: Antipsicótico que atua bloqueando os receptores dopaminérgicos no cérebro. Muito utilizado para o tratamento de sintomas da esquizofrenia, como alucinações e delírios.

Levomepromazina: Antipsicótico muito utilizado no tratamento psicótico, atua sobre os neurotransmissores do cérebro para ajudar a atividade química, ajudando nos transtornos psicóticos.

Levomepromazina: Antipsicótico utilizado para o tratamento de condições psiquiátricas, atua bloqueando a ação da dopamina no cérebro.

Zuclopentixol: Fármaco Antipsicótico indicado no tratamento da esquizofrenia e outras psicoses. Atua no bloqueio da serotonina e dopamina.

Segunda geração:

Clozapina: a Clozapina é considerada a primeira criação dos Antipsicóticos atípicos. É eficaz no tratamento de casos refratários aos medicamentos convencionais, assim como no tratamento da esquizofrenia. Todavia, está associada a efeitos colaterais graves, por isso, exige monitoramento regular durante o tratamento.

Risperidona: É um antipsicótico utilizado para o tratamento de transtorno bipolar, assim como também ao transtorno do espectro autista, incluindo a esquizofrenia. A Risperidona pode causar efeitos colaterais, como distúrbios do movimento e ganho de peso.

Olanzapina: É muito eficaz no tratamento dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia, assim como do transtorno bipolar. Geralmente possui menos efeitos colaterais metabólicos.

Quetiapina: Antipsicótico utilizado no tratamento da esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão associada ao transtorno bipolar. Em doses baixas, pode causar sonolência e sedação.

Aripiprazol: Antipsicótico muito eficaz no tratamento de sintomas positivos e negativos da esquizofrenia, além de transtorno bipolar. Possui poucos efeitos colaterais comparado aos outros antipsicóticos de segunda geração.

Ziprasidona: Antipsicótico indicado para o tratamento de transtornos esquizoafetivos, estados de agitação psicótica e mania bipolar aguda.

Lurasidona: Antipsicótico que pode ser utilizado no tratamento de transtorno bipolar como monoterapia ou juntamente com um estabilizador de humor. Muito utilizado para o tratamento da esquizofrenia e transtorno bipolar.

2.2 - Efeitos colaterais e adversos (Práticas que hoje são aplicadas para a reabilitação desses efeitos).

É de conhecimento que medicamentos Antipsicóticos têm efeitos colaterais significativos e adversos no público que utilizam os mesmos. Dentre os mais frequentes, podemos citar a sonolência, tremores, rigidez muscular, ganho de peso e a inquietação. Todavia, alguns dos medicamentos mais recentes, de segunda geração, têm menos efeitos colaterais, porém, causam um aumento de peso significativo nos usuários. Assim como alguns também aumentam o risco de apresentar síndrome metabólica. Hoje, algumas práticas são aplicadas para a reabilitação desses efeitos.

Na Discinesia Cardíaca (DT): Deve-se revezar o uso contínuo de antipsicóticos somente aos casos de esquizofrenia ou psicose persistentes no transtorno de humor, assim, limitando o tempo de uso nos demais casos. Sem uso preventivo de antiparkinsonianos e sem o uso desnecessário de fluoxetina. Em alguns casos refratários, existe o relato de uso de dietas ricas em aminoácidos de cadeia ramificada ou insulina.

Tremor tardio: É indicado nessas ocorrências, a troca dos medicamentos por clozapina para melhor aderência.

Convulsões: Caso haja a presença de convulsões, é recomendado a revisão da história das convulsões, principalmente se o paciente estiver fazendo o uso de clozapina.

O tratamento sintomático sem evidência de superioridade de um anticonvulsivante em especial também é indicado.

Hipotemia: Em casos de Hipotemia, é indicado o tratamento com fármacos angonistas, todavia, com devido cuidado caso surja a hipertermia juntamente com a redução de peso.

Aumento de peso: Como é comum em muitos Antipsicóticos, a melhor medida preventiva é a redução do uso contínuo dos mesmos, com monitoração precoce e adoção de medidas para o controle de peso. Como dietas balanceadas, a prática de atividades físicas regular e controle do uso de álcool frequentemente.

Parkinsonismo: Em caso de surgimento, a redução da dose de Antipsicóticos deve ocorrer imediatamente, caso ainda tenha efeito contínuo, pode-se tratar com anticolinérgicos ou difenidramina, que possui menores efeitos colaterais.

Hiperglicemia: Nesses casos, as medidas preventivas que devem ser tomadas são semelhantes às usadas na prevenção do ganho de peso. Essas pessoas com maior risco a diabetes, devem cumprir uma monitorização periódica de glicemia, assim como com práticas de atividade física regular.

2.3. Atuação e manejo clínico dos pacientes em uso dos antipsicóticos

O manejo do uso de fármacos antipsicóticos em pacientes clínicos é preciso ter um monitoramento regular, avaliação de efeitos colaterais e ajustes junto com abordagens psicossociais. Primeiro de tudo o paciente precisa de uma avaliação com histórico médico, exames físicos e avaliação psiquiátrica. No primeiro momento isso ajudará a eliminar fatores de risco, e será possível observar qual será o antipsicótico adequado para o quadro clínico do paciente. É preciso um monitoramento regular no paciente durante o tratamento com medicamentos antipsicóticos para que seja observado os sintomas psiquiátricos, efeitos colaterais e avaliar se a medicação está fazendo efeito para aquele quadro clínico, e também evitar que efeitos colaterais muito agressivos como por exemplo os efeitos colaterais de síndrome extrapiramidal sejam sentidos pelo paciente, prejudicando mais ainda o quadro da doença.

Para o manejo deste fármaco, é preciso fornecer informações para o paciente e aos cuidadores, fazendo com que eles tenham conhecimento de como os medicamentos agem no paciente, e também fortalecer a importância de permanecer com o tratamento, pois com a continuação nesse processo de forma contínua pode ajudar na melhoria dos resultados clínicos. É importante que os pacientes em uso dos antipsicóticos tenham o acompanhamento com uma equipe multidisciplinar para que a equipe possa trabalhar junto com a melhoria fornecida pelos fármacos, elevar ao indivíduo boas condições de vida, e estabelecendo-o novamente para que ele possa ter uma convivência social tranquila e também uma boa qualidade de vida. É importante ressaltar que o tratamento médico, como a avaliação clínica e o uso dos fármacos deve ocorrer de forma individual, pois cada paciente possui um quadro clínico diferente.

O uso desses medicamentos traz ao paciente melhorias como redução dos sintomas psicóticos, porque os fármacos para psicose são eficazes para a diminuição de alguns sintomas positivos da psicose, como por exemplo a alucinação e o delírio. Podem ajudar no resgate do pensamento lógico e diferenciar a alucinação da realidade. Traz também estabilização no humor já que

os antipsicóticos são usados também para tratamento de bipolaridade e depressão psicótica, prevenindo episódios maníacos.

2.4 Atuação da terapia ocupacional com pacientes em de fármacos antipsicóticos

A terapia ocupacional é uma graduação na área da saúde que visa auxiliar pessoas que estejam com dificuldades físicas, emocionais, cognitivas ou sociais, a participarem de atividades significativas e funcionais que estejam presentes no seu dia a dia de forma independente e satisfatória. O objetivo principal da Terapia Ocupacional é ajudar os indivíduos a atingir o seu pleno potencial funcional e promover a independência em atividades que sejam significativas para eles.

A Terapia ocupacional atua em muitas áreas de especialização, como por exemplo a saúde mental, com atuação nos centros de atendimento psicossocial fazendo intervenções nos pacientes. É muito comum nos ambientes de tratamento da saúde mental ter pacientes com transtornos psicóticos, que fazem acompanhamento médico e precisam tomar remédios antipsicóticos. Os terapeutas ocupacionais utilizam uma variedade de práticas terapêuticas para a intervenção com esses pacientes, sempre visando promover a autonomia, independência e funcionalidade nas atividades diárias. Os pacientes passam por uma avaliação no primeiro momento para que a intervenção seja planejada, e também para o profissional ver a complexidade de cada caso, e através das suas intervenções a T.O promove o bem estar do paciente, trazendo auto estima e independência para que ele veja que consegue fazer suas atividades, ou até mesmo aprender algo novo para o seu dia a dia que diminua os sintomas dos transtornos.

A terapia ocupacional utiliza atividades significativas para auxiliar os pacientes a adquirir e desenvolver habilidades práticas e emocionais, atividades essas que podem ser jardinagem (hortoterapia), culinária, artesanato, jogos terapêuticos. Podem haver meios que ensinem os pacientes psicóticos a aprenderem técnicas de acalmar-se, como técnicas de respiração, relaxamento, meditação, fazendo com que ajude os pacientes a lidarem com a ansiedade, e

reduz a agitação mental. A arteterapia é muito utilizada nesse contexto também, fazendo com que os pacientes usem da arte para se expressar e assim dando voz a suas dores e sentimentos.

3 CONCLUSÃO

Em síntese, os antipsicóticos são fármacos que agem com a finalidade principal de diminuir os sintomas da psicose, fazendo com que o indivíduo consiga diferenciar a realidade de alucinações e delírios. Trazendo esse indivíduo para a realidade, junto com o medicamento, é preciso que o paciente tenha acompanhamento também com uma equipe multidisciplinar, onde a Terapia Ocupacional na Atenção em pacientes no uso de fármacos antipsicóticos, têm como objetivo, o auxílio nas intervenções terapêuticas junto com o tratamento farmacológico, ressaltando a importância da reinserção no processo de reabilitação psicossocial.

REFERÊNCIAS

EDILAINE WÚLFILA CORDEIRO LIMA Intervenções da Terapia Ocupacional com pessoas com esquizofrenia: Uma Revisão de Literatura. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9E9NF9/1/monografia_edilaine.pdf>.

BEHELLI L. P. 07/2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/LqLJ5nvcBSr3WYcgySFf97m/?format=pdf&lang=pt>.

REJANE, C.; ALVES, R.; ARAUJO, M. A ESQUIZOFRENIA E SEU TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA.

[s.l:s.n.].Disponível

em:<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/ZzvLByxpHxqLPZqgVrj4GKz/?format=pdf&lang=pt>.

MONTREZOR, J. B. A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 21, n. 3, p. 529-536, 2013. Disponível em: <https://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.055>

OLIVEIRA, I. J. *Clin Psychopharmacol.* [s.l: s.n.]. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rbp/a/GCrCnMrXdhSyGf89HwHxzYn/?format=pdf&lang=pt>.

DE, I. et al. CLARICE GORENSTEIN. [s.l: s.n.]. Disponível em:<http://www.icb.usp.br/farmacol/uploads/antipsicoticos-psico-2011-pdf4eb3ec7f79ee6.pdf>.

SOARES, W. H. A. et al. Contextualização da saúde mental no brasil associada ao tratamento farmacológico com antipsicóticos/ Contextualization of mental health in brazil associated with pharmacological treatment of antipsychotics. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 1997-2010, 25 jan. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/23750/19082>.

CAPÍTULO IV

FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS

ANTIEPILEPTIC DRUGS

Maria Cecília de Sousa Nogueira
Iraíldes Sousa Araujo
Sabrina do Nascimento Alves
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

A epilepsia é uma doença do sistema nervoso central, onde ondas elétricas anormais resultam em crises de intensidade variada dependendo das áreas afetadas em dimensões gerais ou localizadas. Essa patologia atinge diretamente a qualidade de vida da pessoa e seus familiares pelos estigmas históricos ligados às crises e limitações. Desde o diagnóstico até o início de um tratamento adequado exige empenho tanto dos profissionais da saúde quanto do paciente e seus familiares. Na equipe multiprofissional podemos citar médicos especialistas na indicação de exames para melhor compreensão do tipo de epilepsia e suas peculiaridades e farmacêuticos sob suporte no entendimento de ações necessárias para uma adesão e ação de sucesso. Já no tratamento multidisciplinar, outros profissionais podem compor uma equipe para um suporte diante dos prejuízos motores, psíquicos e sociais. Focando na atuação do terapeuta ocupacional com pessoas acometidas pela epilepsia, é de extrema importância e ampla, pois, vai de informações sobre o quadro clínico, desmistificação dos mitos para as pessoas da família, análise dos movimentos e coordenação motora e prejuízos sociais por conta da doença, seu tratamento ou condições relacionadas à ambas. O terapeuta ocupacional é um profissional com olhar ampliado, onde não se observa somente a patologia, mas as habilidades e todo contexto que pode favorecer uma vida com autonomia e independência.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional. Epilepsia. Reabilitação de epilepsia.

ABSTRACT

Epilepsy is a disease of the central nervous system, where abnormal electrical waves result in seizures of varying intensity depending on the areas affected in

general or localized dimensions. This pathology directly affects the quality of life of the person and their family members due to the historical stigmas linked to crises and limitations. From diagnosis to the start of appropriate treatment requires commitment from both healthcare professionals and the patient and their families. In the multidisciplinary team we can mention specialist doctors in recommending tests to better understand the type of epilepsy and its peculiarities and pharmacists providing support in understanding the actions necessary for successful adherence and action. In multidisciplinary treatment, other professionals can form a team to provide support in the face of motor, psychological and social impairments. Focusing on the work of the occupational therapist with people affected by epilepsy, it is extremely important and broad, as it ranges from information about the clinical picture, demystification of myths for family members, analysis of movements and motor coordination and social losses due to disease, its treatment or conditions related to both. The occupational therapist is a professional with a broader perspective, where not only the pathology is observed, but also the skills and the entire context that can favor a life with autonomy and independence.

Keywords: Occupational Therapy. Epilepsy. Epilepsy rehabilitation.

1 INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma doença neurológica que afeta diversas funções físicas e mentais, acarretando em muitos impasses na vida do indivíduo. A enfermidade se trata de um distúrbio neurológico, que possui como gatilho uma alta carga de atividade elétrica neuronal em determinadas áreas do cérebro. É caracterizada por repetições de crises, podendo haver ou não a presença de convulsões e intervalos de longa e curta duração entre as mesmas, além de levar o indivíduo a adquirir traumas e limitações em atividades do seu dia a dia, podendo causar também prejuízos, principalmente, nas funções cognitivas do indivíduo.

De acordo com a Secretária de Atenção Especializada do Ministério da Saúde em 2023, estima que aproximadamente 25% dos brasileiros portadores da doença

necessitam do uso de fármacos antiepilépticos para uma melhor qualidade de vida, tendo em vista que a enfermidade não possui cura. Todavia, o tratamento com medicamentos especializados podem ser eficazes no controle de crises recorrentes.

Por ser uma das condições crônicas que mais afeta a qualidade de vida do indivíduo, muitas vezes impossibilitando-o de exercer certas funções de forma direta e clara, há um enorme peso sobre quem sofre da enfermidade, tendo em vista a discriminação e a falta de confiança em seu trabalho, prejudicando assim sua vida social, podendo trazer dificuldades para sua vida econômica. A desinformação e falta de interesse em divulgar e saber sobre o assunto levam muitas pessoas a verem o epiléptico como um ser incapaz ou diferente, causando no mesmo, em muitos casos, um sentimento de invalidez e desconforto de viver em sociedade. Sendo assim, o índice de portadores da doença que vivem em isolamento é alto, sendo um dos maiores fatores responsáveis por prejudicar sua vida em sociedade.

2 DEFINIÇÃO

A epilepsia é uma patologia que precisa ser avaliada com cautela por uma equipe multiprofissional mediante anamnese, queixas do paciente ou familiares e exames complementares como: tomografia computadorizada, eletroencefalograma (exame de extrema importância) para medição das correntes elétricas cerebrais, tomografia do crânio, no intuito de ajudar nessa investigação. Por se tratar de uma doença do sistema nervoso central é tanto complexa de entender, definir e tratar as suas descargas neuronais desordenadas que podem se definir, segundo Gareiso & Escardó (1949, p. 22):

“A epilepsia é um quadro clínico produzido por uma descarga elétrica súbita, anormal e desordenada dos neurônios. Essas descargas podem compreender uma, várias ou todas as categorias e níveis do sistema nervoso, assim fala de descargas psíquicas, descargas motoras, descargas sensitivas, descargas sensoriais e descargas neurovegetativas, todas as quais são

expressão de epilepsia como conceito patogênico e constituem clinicamente as epilepsias.”

2.1 Classificação

Sabendo da complexidade que pode ser acompanhar um paciente com diagnóstico de epilepsia, vale ressaltar dentro da equipe multiprofissional que o farmacêutico seria de uma importância considerável pelo seus conhecimentos técnico-científicos e no auxílio tanto na seleção de medicação quanto nas informações e instruções de uso racional das mesmas.

Sabe-se que as crises epiléticas podem ter variações, sendo generalizadas (quando se espalha pelo cérebro por inteiro), ou parciais (quando afeta parte específica do cérebro), afirma-se que, quanto mais restrita a área afetada menor a intensidade e menor as chances de perder a consciência. Classificar as intensidades e a localização afetada vai direcionar o médico especialista ou a equipe multiprofissional a um plano racional de tratamento.

2.2 Prejuízos funcionais

São apontadas como funções mais afetadas a de aprendizagem, memória, linguagem, além de afetar também funções como a de lidar com situações mais complexas visando antecipar uma ação seguinte, entre outras funções pertencentes a área cognitiva. Segundo pesquisas feitas nos artigos "Avaliação neuropsicológica nas epilepsias: importância para o conhecimento do cérebro" e "Epilepsia do lobo temporal: mecanismos e perspectivas", são apontadas como fatores da epilepsia relacionados ao funcionamento correto da área cognitiva a idade inicial das crises, a duração e frequência das mesmas, se há convulsão e qual tipo, tipo de medicamento utilizado pelo indivíduo e os efeitos no organismo do mesmo, queixas cognitivas mais apontadas pelo paciente, entre outras.

As crianças são mais vulneráveis a manifestação da epilepsia, pois é na infância que ocorre o declínio da incidência. Pode-se dizer que em crianças e

adolescentes, os prejuízos podem ser notados, em sua maioria, na aprendizagem, linguagem e em seu comportamento, pois algumas estruturas cerebrais vão ter seu alto desenvolvimento no período do final da fase adolescente, sendo assim, é preciso tempo e observação para identificar esses prejuízos.

A epilepsia possui um quadro complexo que exige bastante atenção. Em relação a gravidade das crises, pode-se dizer que além de fatores como a gravidade e a cronicidade dos episódios, pode-se apontar também que as crises mais danosas para o desenvolvimento cerebral são as que possuem convulsões mais longas, pois podem aumentar também os riscos de traumas no crânio devido sua repetição e intensidade. Porém, deve-se ter em mente que as crises mais tranquilas também possuem seus malefícios, tendo como explicação para os sintomas a localização anatômica afetada do cérebro.

Outro fator a ser citado é o fato de pacientes portadores de epilepsia possuírem grande potencial para o desenvolvimento de alterações e condições não somente cognitivas, mas também psíquicas, levando em consideração a área cerebral afetada e as diversas funcionalidades dos grupos neurais. Assim como os prejuízos cognitivos, os psíquicos também se manifestam mais frequentemente na fase infantil, tendo em vista que as alterações no comportamento acometem aproximadamente de 40% a 50% das crianças portadoras da doença. Transtornos como ansiedade e depressão são alguns dos que podem surgir nessa fase, além de distúrbios específicos que pode-se observar mais comumente na infância, como o autismo, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, entre outros distúrbios.

O diagnóstico da epilepsia é de domínio clínico, onde é reunido dados sobre as crises, além de exames laboratoriais como o eletroencefalograma. É de extrema importância que haja um controle precoce e eficiente, havendo sempre exames como o EEG visando a prevenção de sequelas e deficiências cognitivas na epilepsia. O tratamento mais comum e indicado é feito com medicamentos antiepilépticos, podendo, em casos mais complexos, haver a necessidade de intervenção cirúrgica.

2.3 Tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e suas evoluções.

Sabendo que o diagnóstico de epilepsia pode provocar no paciente e em seus familiares uma sobrecarga emocional por se tratar de uma doença crônica que pode ser limitante e desconhecida, vale fazer o fortalecimento do vínculo para que, tanto o profissional quando paciente/família estejam dispostas a encontrar e cumprir os tratamentos para uma busca de sucesso em seu prognóstico. Sendo tratamento farmacológico ou cirúrgico, na qual, uma qualidade de vida confortável e segura precisa ser reafirmada de forma contínua.

Uma boa base para fortalecimento do vínculo paciente/equipe médica é os esclarecimentos iniciais com a finalidade de distanciar o diagnóstico/tratamento de mitos e inverdades sobre a doença, trazendo o lado positivo das medicações e intervenções seguras para um prognóstico de sucesso. Simplificar o esquema medicamentoso, reforçando todos os cuidados necessários com disciplina e horários de administração, para obtenção de uma boa adesão, é outro exemplo e intervenção (COSTA *et al.*, 2012).

O tratamento cirúrgico pode ser indicado em partes dos casos, visto que em média 20% dos pacientes apresentam crises incapazes de serem controladas pelos esquemas terapêuticos. Muitos até apresentam melhoras em seus prognósticos, mas não controlam de fato as crises, sendo assim, oferecida a opção de cirurgias para tentar sanar com mais eficácia as sequências de crises.

Os tipos de cirurgias no tratamento da epilepsia são: ressecção cerebral focal, lobectomia temporal anterior, lesionectomia e hemisferectomia. As diferentes indicações cirúrgicas possuem alguns obstáculos levantados pelo próprio processo e pelo lado minucioso por se tratar de áreas extremamente funcionais. Mas, se tratando de pacientes com baixa qualidade de vida, com consequências físicas, cognitivas, emocionais e sociais causados pelas crises graves de epilepsia, e levando em consideração que o tratamento excessivo medicamentoso geral efeitos colaterais relevantes, o tratamento cirúrgico na maioria dos casos trás os reparos necessários para uma qualidade de vida aos pacientes submetidos.

Dos tratamentos com as drogas antiepilépticas, entre 50 a 80% dos pacientes apresentam controle das crises de convulsões. Esses fármacos são chamados antiepiléticos como sinônimos dos anticonvulsivantes, descrevendo assim, os medicamentos utilizados no tratamento da epilepsia que não causam crises convulsivas, como exemplo o distúrbio convulsivo não epilético (RANG; DALE, 2007).

3 CANABIDIOL E A EPILEPSIA

Segundo Matos et al (2017), a terapia com canabidiol, composto extraído da planta *Cannabis sativa*, tem confirmações científicas positivas tanto nos efeitos no tratamento dos transtornos psíquicos, e com ação de maior sucesso nas epilepsias refratárias. Estudos também confirmam sua eficácia no controle de crises convulsivas nos pacientes avaliados. Outro lado positivo da substância são as ausências de efeitos adversos e tóxicos, e o uso de forma prolongada não desenvolve dependência ou tolerância.

3.2 Tratamento medicamentoso

Medicamentos mais conhecidos e indicados ao longo do tempo para os tratamentos medicamentosos para epilepsia são:

Fenobarbital- Um dos primeiros do grupo a ser disponibilizado. Sua ação consiste na intervenção em crises convulsivas afetando tanto a duração quanto sua intensidade causando sedação (RANG; DALE, 2007).

Fenitoína- Primeiro fármaco não sedativo com amplo poder de ação no controle das convulsões. Sua ação está ligada à excitabilidade da membrana, especialmente nos canais de sódio dependente de voltagens. O fármaco através do bloqueio dos canais de sódio consegue inibir os potenciais intensos e repetitivos mantendo os de menor intensidade, que seria os fisiologicamente normais (RANG; DALE, 2007).

Carbamazepina- Os anticonvulsivantes mais indicado na atualidade. Sua ação também atua em nível de membrana, sendo que além do bloqueio dos canais de sódio, bloqueia também os inibe canais de cálcio controlados por voltagem, organizando o que é mais intenso que o fisiológico (RANG; DALE, 2007).

Valproato- Um ácido monocarboxílico simples, com amplo poder de ação tanto em crises intensas quanto em leves. Sua ação é sob os sistemas enzimáticos que inativa o GABA (ação leve), que baseado em algumas evidências podem também na ação pós-sináptica inibir os canais de sódio.

3.3 Adesão e farmacorresistência

A adesão ao tratamento farmacológico inicia-se já nas informações, esclarecimentos e garantia de eficácia no controle das crises. A simplificação do esquema terapêutico e o reforço da extrema importância de controle de horários de tomar as medicações são relevantes para a adesão do tratamento.

O regime terapêutico que melhor tenha poder de controle pode ser de associação de mais um antiepiléticos, conhecido com politerapia, caso a adesão do tratamento primário não seja ainda seguro em relação à eficácia, o intuito é garantir a maior adesão ao tratamento mesmo que seja com a união de um tratamento mais amplo. O foco é sempre o combate às crises e uma melhor qualidade de vida do paciente.

3.4 Farmacêutico e o paciente epilético

O olhar médico e especialistas de uma equipe multiprofissional para pacientes com epilepsia é sempre relevante pelos conhecimentos descentralizados que podem se tornar fundamentais numa ação integrada. A prática farmacêutica dentro da equipe que venha acompanhar um paciente epilético é voltada para um tratamento em contexto ampliado de necessidades e aplicações de seus conhecimentos. Esse profissional pode avaliar sucesso em tratamentos paliativos, curativos ou preventivos, também com um olhar para qualidade de vida do paciente.

4 PREJUÍZOS PSICOSSOCIAIS GERADOS PELA EPILEPSIA

Logo após o diagnóstico, o paciente já pode sentir a consequência de medo, insegurança, mudança em sua rotina, olhares discriminatórios ligados aos estigmas da patologia dentre outras mudanças que podem afetar de forma direta e indiretamente sua saúde mental. Essas comorbidades psiquiátricas encontradas nesses pacientes são principalmente: depressão, ansiedade, psicose, TDAH, transtorno de personalidade e vícios.

Todas essas questões precisam ir além do tratamento farmacêutico e médico e entrar com equipes multidisciplinar que possa auxiliar de forma mais objetiva e pontual de sua vida, como por exemplo o psicólogo ajudando a enfrentar todas as novas questões no enfrentamento da doença, quanto o terapeuta ocupacional com um direcionamento e motivação para manutenção de suas ocupações, sendo reforçando atos de rotina ou nas adaptações necessárias para novas propostas.

5 ESTUDO REALIZADO COM PACIENTES EPILÉTICOS E A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL.

Através de um estudo realizado pela Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Foram acompanhados 30 pacientes neurológicos com epilepsia refratária, esses pacientes estavam localizados no ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Para essa avaliação, foram utilizadas as Medidas Canadenses de Desempenho Ocupacional (COPM), medidas essas trabalhadas por terapeutas ocupacionais. Este estudo permitiu identificar os comportamentos dos pacientes relacionados ao uso de medicações, medir a qualidade de vida no contexto vivenciado pela doença e identificar diferentes áreas de desempenho ocupacional prejudicadas. Inclui áreas como autocuidado, mobilidade funcional e funcionamento comunitário. E quando se trata de produtividade, aspectos como trabalho, cuidar dos afazeres domésticos, ir à escola e lazer são levados em consideração.

Os resultados desta pesquisa mostraram que: 70% dos participantes estavam, em média, aderindo regularmente aos seus medicamentos; os piores resultados observados foram em termos de qualidade de vida, que era influenciada por preocupações dos próprios pacientes com relação a aparência ou à dificuldade de socialização devido às crises que ocorriam por decorrência dos efeitos adversos dos antiepiléticos. Já em termos de desempenho, os principais problemas enfrentados foram geralmente nas áreas de comunidade, trabalho e socialização.

5.1 Intervenção feita pela terapia ocupacional em pacientes com epilepsia

A intervenção da terapia ocupacional em pacientes com epilepsia envolve uma abordagem holística que visa melhorar a qualidade de vida, promover a independência funcional e facilitar a participação em atividades diárias significativas. Trabalhando com os desafios específicos, visando minimizar os impactos da doença na vida diária.

A terapia ocupacional inicialmente fornece aos pacientes informações sobre epilepsia, seus sintomas, tratamento e precauções de segurança. O paciente deve estar plenamente ciente disso, principalmente sobre seus direitos. Isso o ajudará entender melhor sua condição e como gerenciá-la adequadamente. Dessa forma, podendo se proteger de comportamentos tendenciosos que podem prejudicá-lo (como quando estiver procurando um emprego).

Se faz necessário também explicar a condição à família, para que a relação entre o paciente e a família se torne melhor e mais saudável, o que é essencial para o tratamento. Também é importante que as famílias se envolvam na terapia, encontrando-se com a terapeuta responsável pelo caso. Os terapeutas irão avaliar e abordar as dificuldades de movimento que podem surgir durante o processo da doença. Isso pode incluir problemas de coordenação, equilíbrio, controle motor fino e resistência física.

Pacientes com epilepsia podem ter dificuldades em regular suas emoções e comportamentos devido às características da doença. A terapia ocupacional irá intervir desenvolvendo estratégias de autorregulação, como técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios e atividades sensoriais, com intuito de ajudar a lidar com o estresse e a ansiedade de forma significativa.

Há também a intervenção do terapeuta no ato de desenvolver e melhorar habilidades cognitivas do paciente, como memória, atenção, foco, raciocínio e resolução de problemas. Podendo ser feito com prática e jogos que estimulam as funções cognitivas; por exemplo.

Adaptar o ambiente é uma das características do tratamento, tem como intuito torná-lo mais seguro e funcional. Isso pode incluir a organização dos móveis, a eliminação de obstáculos, a instalação de iluminação adequada e o uso de recursos de segurança, como barras de apoio.

Trazer à tona o potencial do paciente é um dos trabalhos da terapia ocupacional, fazendo com que ele enxergue acima de suas dificuldades, e então descubra que há muitas coisas que pode fazer apesar de sua doença; podendo então levar uma vida normal, sem carregar em si o peso do preconceito por ser um epilético. Para isso, deve-se fazer com que o paciente adquira e aprimore suas habilidades nas atividades da vida diária, como autocuidado, higiene pessoal, alimentação, vestuário e tarefas domésticas. Isso inclui estratégias para acomodar limitações físicas ou cognitivas que possam afetar a capacidade de realizar essas atividades de forma independente.

É importante lembrar que alguns pacientes apresentam algumas dificuldades de aprendizagem, sendo necessário encontrar um método de ensino que viabilize esse processo, independentemente de suas dificuldades. Isso pode envolver estratégias adaptativas, uso de dispositivos auxiliares e treinamento em técnicas compensatórias.

Além dos aspectos físicos, pode-se também fornecer apoio psicossocial às pessoas com epilepsia, ajudando-as a lidar com questões emocionais, autoestima, relacionamentos e participação social. Isso pode incluir facilitação de grupos de apoio, aconselhamento individualizado e incentivo à participação em atividades sociais e comunitárias. À medida que seu equilíbrio afetivo-emocional for estabelecido, o paciente terá maior probabilidade de aprimorar suas habilidades e, portanto, a importância de lidar com seus relacionamentos internos e interpessoais.

Porém, para garantir essa eficiência, é imprescindível proporcionar tanto ao paciente quanto à família um ambiente terapêutico calmo e agradável, onde o paciente vá por conta própria, e se sinta confortável. Além disso, existe uma relação genuína e de confiança entre o terapeuta, paciente e família, o que permite que o paciente decida o rumo do tratamento e se mantenha informado sobre tudo o que está acontecendo; essa relação pode contribuir para que a família colabore e compreenda com relação às decisões do paciente no decorrer das sessões.

É importante ressaltar que o tratamento e as intervenções da terapia ocupacional para pessoas com epilepsia devem ser individualizadas, levando em consideração as necessidades e habilidades específicas de cada indivíduo. Um terapeuta ocupacional qualificado pode avaliar e elaborar um plano de intervenção individualizado para atender às necessidades dessa população de pacientes; levando em consideração suas condições cognitivas, emocionais, físicas e sociais.

6 CONCLUSÃO

Assim, em termos gerais, é possível afirmar que a epilepsia é uma doença que exige atenção e critérios técnicos de conhecimento médico especializado para entender e tratar as crises e reduzir riscos e sequelas, sempre em busca de qualidade de vida para o paciente. É fundamental que exista um acompanhamento interligado com equipe multiprofissional para um entendimento do tratamento ideal para cada caso, se os antiepiléticos não

estiverem sanando as crises de forma satisfatória o tratamento cirúrgico precisa ser apontado como uma alternativa, principalmente em crises convulsivas generalizadas e intensas.

Quanto mais cedo diagnosticado a patologia, menores são as chances de surgimento de complicações físicas, psicológicas e mentais que podem afetar a vida do paciente, assim, melhorando sua qualidade de vida e diminuindo ao máximo os problemas que a patologia pode trazer, evitando assim qualquer tipo de prejuízo para a saúde mental do indivíduo. A família e o ambiente profissional têm um grande papel na definição dos passos a seguir e na compreensão da terapia necessária, além de também ter uma grande influência na motivação e na obtenção de um resultado positivo e significativo para o paciente.

A intervenção da Terapia Ocupacional para pessoas com epilepsia é de um olhar ampliado para todo o contexto vivido pelo paciente e não somente para a patologia. São trabalhados os medos, insegurança e desinformação logo após o diagnóstico de forma individual e coletivamente com seus familiares. Ao analisar vontades e habilidades que façam parte da história de vida e da rotina do paciente é um reforçador positivo que pode tornar mais leve o medo de limitações.

Práticas como; adaptação de ambientes, reforço da importância do autocuidado, alimentação saudável, vestuários e tarefas diversas com estratégias de acomodação das limitações já avaliadas são recursos do olhar do terapeuta ocupacional. As questões sociais e emocionais são pontos também avaliados e trabalhados, a fim de evitar prejuízos e garantir dentro de cada quadro individual específico o melhor plano terapêutico que garanta a busca pela confiança, autonomia e independência.

A Terapia Ocupacional é uma profissão que olha partes funcionais, porém, já visando a possibilidade de um todo. Esse profissional da saúde traz consigo um vínculo diferenciado, pois caminhar junto, entender histórias de vida, habilidades e vontades, são requisitos necessários para não apenas habilitar ou

determinar planos terapêuticos, mas, motivar e se importar é algo que é oferecido a qualquer condição humana, pois somos dotados de capacidade, adaptação e precisamos manter nossas ocupações, para manutenção da nossa existência pessoal, profissional e social.

REFERÊNCIAS

No Brasil, 25% dos pacientes com epilepsia têm estágio grave. Disponível em: <<https://amb.org.br/brasil-urgente/no-brasil-25-dos-pacientes-com-epilepsia-tem-estagio-grave/>>. Acesso em: 13 jun. 2023.

FERNANDES, P. T. et al. Grupos de Interação Social (GIS): estratégia de empowerment para pessoas com epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, v. 17, p. 70-74, 2011.

CASTRO, E. M. DE; FERREIRA, R. A.; GOULART, E. M. A. DE. A epilepsia e os transtornos mentais: a interface neuropsiquiátrica. *rmmg.org*, v. 18, n. 4, p. 98-106, [s.d.].

Arthur Tufolo psicoterapia online SP - Sintomas e Síndromes | Arthur Tufolo. Disponível em: <<https://arthurtufolo.com.br/psicoterapia-online-sp-sintomas-e-sindromes/>>. Acesso em: 18 jun. 2023.

EPILEPSIA2 SILVADO, Carlos. Farmacogenética e antiepilépticos (farmacologia das drogas antiepilépticas: da teoria à prática). *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, v. 14, p. 51-56, 2008.

3 GÓIS, Sebastião Rogério Moreira. Epilepsia: concepção histórica, aspectos conceituais, diagnóstico e tratamento. *Mental*, v. 2, n. 3, p. 107-122, 2004.

1 DA COSTA, Rocha; DE CÁSSIA CORRÊA, Polianne; PARTATA, Anette Kelsei. Epilepsia e os fármacos mais utilizados no seu tratamento. *Revista Científica do ITPAC*, v. 5, n. 3, 2012.

Occupational Therapy for Epilepsy. Disponível em:
<<https://www.verywellhealth.com/occupational-therapy-for-epilepsy-7099849>>. (Acesso em 5 de junho de 2023)

Tratamento em T.O. Disponível em:
<https://www.oocities.org/to_usp.geo/epilepsiato.html>. (Acesso em 4 de junho de 2023)

GRITTI, C. C. et al. Desempenho ocupacional, qualidade de vida e adesão ao tratamento de pacientes com epilepsia. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 26, n. 1, p. 93, 24 abr. 2015.

CAPÍTULO V

CANABIDIOL E SUAS APLICAÇÕES EM ALGUMAS PATOLOGIAS

CANNABIDIOL AND ITS APPLICATIONS IN SOME PATHOLOGIES

Ana Beatriz Mesquita da Silva
Giovanna Sousa de Moraes
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

Este texto aborda o uso do canabidiol (CBD) no tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA), da epilepsia e da ansiedade. O TEA é uma condição neuropsiquiátrica caracterizada por déficits na comunicação social e comportamento repetitivo, enquanto a epilepsia é uma condição neurológica que causa convulsões recorrentes. Vários estudos investigaram o potencial terapêutico do CBD nestas condições. O CBD é um composto não psicoativo encontrado na planta de cannabis, e seu uso tem sido associado a efeitos positivos no tratamento de sintomas do TEA, como ansiedade, agressividade e hiperatividade. Além disso, estudos clínicos aplicáveis constataam que o CBD pode reduzir a frequência e a gravidade das convulsões em pacientes com epilepsia refratária. Embora os resultados sejam promissores, é importante ressaltar que a pesquisa sobre o uso do CBD no TEA, na epilepsia e na ansiedade ainda está em alcance inicial, e mais estudos são necessários para compreender completamente sua interrupção de ação e determinar a dosagem adequada. Além disso, é fundamental que o uso do CBD seja supervisionado por profissionais de saúde, levando em consideração os efeitos colaterais e medicamentosos.

Palavras-chave: Canabidiol. TEA. Epilepsia. Ansiedade.

ABSTRACT

This text addresses the use of cannabidiol (CBD) in the treatment of Autism Spectrum Disorder (ASD), epilepsy and anxiety. ASD is a neuropsychiatric condition characterized by deficits in social communication and repetitive behavior, while epilepsy is a neurological condition that causes recurrent seizures. Several studies have investigated the therapeutic potential of CBD in these conditions. CBD is a non-psychoactive compound found in the cannabis plant, and its use has been associated with positive effects in the treatment of ASD symptoms, such as anxiety, aggression and hyperactivity. Furthermore, applicable clinical studies find that CBD can reduce the frequency and severity of seizures in patients with refractory epilepsy. Although the results are promising, it is important to note that research into the use of CBD in ASD, epilepsy, and anxiety is still in its early stages, and more studies are needed to fully understand its effects and determine the appropriate dosage. Furthermore, it is essential that the use of CBD is supervised by healthcare professionals, taking into account side and medication effects.

Keywords: Cannabidiol. TEA. Epilepsy. Anxiety.

1 INTRODUÇÃO

O termo Canabinóide é usado para definir substâncias naturais ou artificiais derivados principalmente da planta Cannabis, mas que também é encontrado no organismo humano, conhecido como endocanabinóides (SCHURMAN et al., 2020).

Existem três espécies da Cannabis: a Cannabis sativa, Cannabis indica e Cannabis ruderalis, sendo a Cannabis sativa a espécie que contém mais canabinóides do tipo $\Delta(9)$ -tetra hidrocanabinol (THC) e o canabidiol (CBD) (HONÓRIO et al., 2005; ELSOHLY, GUL, 2014). O CBD possui propriedades anticonvulsivantes e o THC é caracterizado por seus efeitos psicoativos (RANG et al., 2016) apresentando assim um certo preconceito e tabu perante a sociedade.

Esta revisão integrativa que terá o enfoque no Canabidiol, haja vista que não possui efeitos psicotrópicos em relação ao THC, que há avanços promissores da sua utilização na epilepsia (Síndrome de Dravet e Síndrome de Lennox Gastaut).

O canabidiol (CBD) teve sua estrutura explicitada em 1963 pelo cientista Raphael Mechoulam e sua equipe (LAGO-FERNANDEZ et al., 2016; MECHOULAM & SCHVO, 1963). O CBD é bastante estudado na área da farmacologia, visto que se calcula que seja o motivador de uma grande parte dos efeitos medicinais encontrados na planta *Cannabis sativa* (SHIER, 2012), e que ele interage com receptores específicos no nosso organismo que compõe o sistema endocanabinóide (ATALAY et al., 2019).

Figura 1: Estrutura do canabidiol (adaptado)

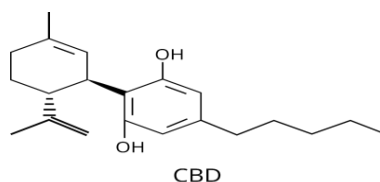


Figura 1:Fonte: Morales, Hurst, Reggio. (2017).

O sistema endocanabinóide (ECB) foi descoberto após a década de 80, quando se descobriu que existem receptores específicos para os canabinóides em tecidos de animais mamíferos, sendo descrito como receptores CB1 e CB2 (DEVANE et al., 1998).

Os receptores CB1 são encontrados no sistema nervoso central e periférico, particularmente no cerebelo, hipocampo, tronco cerebral, hipotálamo, testículos, etc., (ONAIWI et al., 2006a) sendo que o CB1 é encontrado nos terminais nervosos pré sinápticos desempenhando um papel fundamental na mediação da maioria dos efeitos neurocomportamentais dos canabinóides (SAITO et al., 2010a). Os receptores CB2 também são encontrados no sistema nervoso central e periférico, em regiões como o estômago, rins, testículos, hipotálamo, tronco cerebral, etc., porém, com a diferença de que o CB2 é encontrado no sistema imune e que no

sistema nervoso central ele é encontrado em quantidades menores que o CB1 (ONAIVI et al., 2006b).

Além disso, o sistema é formado por endocanabinóides, ou canabinóides endógenos, que são canabinóides produzidos naturalmente pelo organismo e enzimas. (MARZO, 2018), existem até o presente momento e foram explicitados três tipos de endocanabinóides: a anandamida, o 2-araquidonoil-glicerol-éter e o 2-araquidonoil-glicerol (2-AG), e foi constatado que existem diferenças de quantidades em relação a anandamida e o 2-AG no tecido nervoso, sendo o 2-AG o mais abundante. Em contrapartida foi verificado que as suas distribuições são análogas. No diencéfalo, córtex e cerebelo são menores e no hipocampo, tronco encefálico e corpo estriado são maiores (FRIDE, 2002).

É conceituado que os neurotransmissores como a acetilcolina, os aminoácidos (como o glutamato e o GABA) e as monoaminas (como a dopamina e a serotonina), funcionam da seguinte maneira: eles são sintetizados nos terminais pré-sinápticos a partir de precursores específicos e armazenados em vesículas sinápticas, após isso eles são liberados na fenda sináptica através de um influxo de cálcio, e por fim, possuem controle específico para encerrar suas ações, incluindo captação de volta para a célula pré-sináptica e redução enzimática (BURNSTOCK, 2009a; WOTJAK et al., 2008a). Diferentemente dos endocanabinóides que são produzidos como uma resposta adaptativa ao estresse celular, visando restabelecer a homeostase em células pós-sinápticas. (BOGGS et al., 2017). Eles se ligam aos receptores canabinóides pré-sinápticos (CB1 e CB2), são sintetizados sob demanda e não são armazenados em vesículas. As sínteses ocorrem nos neurônios pós-sinápticos após o influxo de cálcio e a ativação das fosfolipases, que, no caso da anandamida acredita-se que seja formada por uma enzima específica chamada fosfolipase D, conhecida como NAPE-PLD, que exhibe alta seletividade para a N-acilfosfatidiletanolamina (NAPE) e baixa transmissão por outros fosfolipídios presentes na membrana. A NAPE-PLD é uma zinco metalo-hidrolase estimulada pelo cálcio e também pelas poliaminas.

Os precursores da anandamida são produzidos por uma transacilase que ainda não foi totalmente identificada, mas sabe-se que é sensível ao cálcio. Essa transacilase realiza a transferência de um grupo acila da posição sn-1 dos fosfolipídios para o nitrogênio da fosfatidiletanolamina. Já o 2-AG, outro importante endocanabinóide, é sintetizado pela hidrólise de precursores derivados do metabolismo fosfolipídico. Duas enzimas-chave envolvidas nesse processo são as diacilglicerol lipases e estas enzimas, assim como a NAPE-PLD, são sensíveis ao cálcio, de forma consistente com a atividade do cálcio intracelular agindo como estímulo fisiológico para a síntese de endocanabinoides. (Burnstock, 2009b; WOTJAK et al. 2008b ; RANG et. al., 2007).

Figura 2- 2-AG, 2-araquidonoil glicerol; AA, ácido araquidônico; EtNH₂, etanolamina; FAAH, ácido graxo amida hidrolase; MGL, monoacilglicerol lipase; G, glicerol; AEA, anandamida; T, transportador endocanabinoide de membrana; TRPV1, receptor vanilóide.

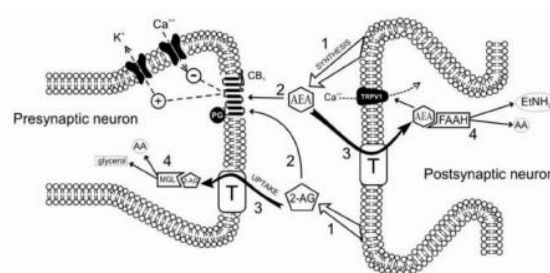


Figura 2: Fonte: SAITO et al. (2010b).

Porém, no caso do CBD é amplamente conhecido que ele apresenta baixa afinidade para com os receptores canabinóides e que possui controle de ação independente de CB1 e CB2. Além disso, o CBD exibe uma característica única ao atuar como um antagonista dos receptores CB1 em concentrações muito baixas quando na presença de THC. Essa capacidade pode estar relacionada à sua habilidade de atuar como um modulador alostérico negativo nos receptores CB1. (RUSSO et al., 2017). Em um estudo *in vitro*, o CBD foi identificado como um modulador alostérico negativo não competitivo dos receptores CB1, apresentando potencial para o tratamento de distúrbios do sistema nervoso central. Essa propriedade pode explicar sua eficácia como um agente

antipsicótico, antiepiléptico e antidepressivo. (LAPRAIRIE et al., 2015). Embora o CBD tenha uma baixa sensibilidade pelos receptores endocanabinóides, sua ação é provavelmente realizada por meio da modulação indireta desses receptores, através do bloqueio da disfunção da anandamida. (GASTON; SZAFIARSKI, 2018). Outros alvos do CBD incluem a ativação dos receptores de potencial transiente de canal iônico vanilóide tipo 1 (TRPV1) e tipo 2 (TRPV2), a ativação do receptor nuclear ativado por proliferador de peroxissomos (PPAR), o bloqueio dos transportadores equilibradores de nucleosídeos (ENT), uma ação antagonista no receptor órfão ligada a uma proteína G, dentre outros. (DEVINSKY et al., 2014), além de atuar como agonista no receptor de serotonina (RUSSO et al., 2005).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Canabidiol e Transtorno do Espectro Autista

O autismo, hoje definido como transtornos do espectro do autista (TEA), foi descrito pela primeira vez pelo Dr. Leo Kanner em 1943, denominado no primeiro momento de Distúrbio Autístico do Contato Afetivo.

De acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-5), o Transtorno do Espectro do Autista (TEA) é caracterizado como um transtorno do neurodesenvolvimento, ou seja, ele apresenta suas manifestações durante a primeira infância da criança, geralmente antes do ingresso a vida estudantil, e que trazem prejuízos ao longo da sua vida ocupacional, destacando as principais características diagnósticas os prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Ademais, o DSM - 5 também subdivide o TEA em três níveis de gravidade: Nível 1 “Exigindo apoio”: Apresentando, na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a

aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência. Nível 2 “Exigindo apoio substancial”: Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações. Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”: Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.

Estimativas da Rede de Monitoramento de Deficiências de Autismo e Desenvolvimento (ADDM) do CDC (Centers for Disease Control and Prevention), aproximadamente 1 em 36 crianças apresentam TEA, podendo ocorrer em todas as etnias, raças e situações socioeconômicas do mundo. Ademais, vale ressaltar que, de acordo com as últimas atualizações, existe um número quatro vezes maior de indivíduos do sexo masculino do que do sexo feminino com TEA.

As causas do TEA ainda não estão bem definidas. Estima-se que seja hereditário, apresentando cerca de 50 a 90% dos casos, embora estudos abordam que os fatores ambientais, como infecção ou uso de certos medicamentos durante a gravidez, desempenham um papel crucial no desenvolvimento do transtorno.

O tratamento médico tradicional inclui uma variedade de drogas psicotrópicas, como antipsicóticos atípicos, drogas serotoninérgicas (com a função de inibir a absorção de serotonina), estimulantes e até medicamentos para ansiedade. Contudo, esses fármacos não tratam de fato o TEA, eles visam lidar com comportamentos inadequados, como agitação, agressividade e compulsões obsessivas (CANITANO, SCANDURRA, 2008).

Para os distúrbios comportamentais associados ao TEA, existem duas opções de tratamento aprovadas: aripiprazol e risperidona. No entanto, para muitos indivíduos com esse transtorno, essas farmacoterapias, sozinhas ou em combinação, podem ter eficácia e tolerabilidade abaixo do que é esperado. Com isso, destacou-se a necessidade de tratamentos inovadores a fim de diminuir as comorbidades do TEA. Dessa forma Canabidiol, substância derivada da Cannabis sativa começou a ser estudada com o objetivo de diminuir as condições sintomáticas das pessoas com TEA como a inquietação, hiperatividade, distúrbio do sono e etc (MANNION, LÍDER, 2013).

Em quatro estudos feitos visando analisar a eficácia e a tolerabilidade do CBD, incluindo, 188, 53, 60 e 18 crianças com TEA e dificuldades comportamentais grave, foi relatado que mediante o tratamento, os participantes apresentaram uma melhora nos quesitos irritabilidade, ansiedade, déficits sociais e sem nenhum efeito adverso grave, destacando apenas eventos adversos como sonolência e perda de apetite (Aran, A., Cassuto, H., Lubotzky, A. et al. 2019).

Em um estudo de caso com um paciente de 9 anos que reside no Canadá (local onde tanto a maconha medicinal quanto a recreativa são legalmente em todas as suas formas), diagnosticado com TEA não-verbal aos 3 anos de idade, não tomava nenhum medicamento a não ser o uso diário de injeções de insulina para tratar a Diabetes tipo I.

Antes de iniciar o tratamento com CBD, o paciente apresentou os seguintes sintomas comportamentais: explosões de raiva e agressão física, incluindo socos, chutes, mordidas, cabeçadas e arranhões. Além disso, ele exigia injeções de insulina, que eram consequência de ações autolesivas, como socos na cabeça e

no peito. O paciente também exibia comportamentos inadequados, como brincar com as fezes e balançar-se no chão para se acalmar (stimming). Ele constantemente se sentia frustrado devido a mal-entendidos ao interagir com outras pessoas, pois era incapaz de expressar suas necessidades verbalmente. Além disso, ele tinha dificuldade para iniciar o sono, levando de uma a quatro horas para adormecer, e dormia apenas de quatro a cinco horas por noite, com despertares frequentes. Devido à incontinência, ele precisava usar fraldas pull-up todas as noites. Na escola pública, o paciente frequentava com apoio, porém, lutava para ter um bom desempenho acadêmico. Ele enfrentou dificuldades em interagir com os professores e outros alunos, bem como em seguir regras.

Aos 7 anos e meio, o paciente iniciou o uso do CBD com dose inicial de 0,1 ml duas vezes ao dia com as refeições e aumentada a cada três a quatro dias até atingir resposta terapêutica ou 0,5 ml duas vezes ao dia, onde nas primeiras semanas de tratamento, observou-se uma melhora significativa por parte dos seus professores do seu quadro, como por exemplo: conseguir adormecer com aproximadamente 15 minutos e permanecer no sono de 8 a 10 horas; deixar o uso de fraldas; começou a seguir comandos simples, diminuindo seu nível de irritabilidade, comportamentos autolesivos e violentos, entre outros.

Como prova neste estudo de caso, o CBD pode aliviar muitos sintomas negativos associados ao autismo com efeitos mínimos para o paciente, haja vista que foi relatado pelos cuidadores que não houve nenhum efeito colateral com o tratamento com canabidiol. Contudo, vale ressaltar que, para uma administração bem-sucedida do CBD, depende da fisiologia de cada indivíduo e das propriedades físico-químicas da droga. (MA, PLATNICK, PLATNICK, 2022).

2.2. Canabidiol e a Epilepsia

A condição médica conhecida como "epilepsia" é caracterizada pela ocorrência de duas ou mais convulsões não provocadas ou reflexas, com um intervalo de tempo superior a 24 horas. Também é considerada epilepsia quando uma única convulsão não provocada ou reflexa ocorre em uma pessoa que apresenta um risco de 60% de ter outra convulsão nos próximos 10

anos. Além disso, a epilepsia pode se manifestar como uma síndrome epiléptica. (FISHER, 2014).

Existem diferentes tipos de epilepsia, que incluem: focal, generalizada, combinação de focal e generalizada, e uma categoria classificada como desconhecida. Para determinar o tipo de epilepsia que um paciente possui, é necessário identificar todos os tipos de crises que o paciente experimenta e, em seguida, combinar os dados para determinar o tipo específico.

Se um paciente apresentar convulsões focais conscientes de origem nos lobos temporais esquerdo e direito, assim como convulsões tônico-clônicas bilaterais, ele é adquirido com epilepsia focal. Por outro lado, se o paciente apresenta tanto convulsões focais quanto generalizadas, é considerada uma combinação de epilepsia focal e generalizada (SCHEFFER, BERKOVIC, CAPOVILLA, et al., 2017).

A história da cannabis como uso para o tratamento da epilepsia vem desde tempos antigos, e o interesse em terapias nessa planta tem sido significativamente recebido na última década. Um dos principais componentes da Cannabis sativa, o canabidiol (CBD), demonstra propriedades anticonvulsivantes sem causar efeitos colaterais eufóricos ou invasivos (DEVINSKY et al., 2014). Durante a década de 70, foi evidenciado pela primeira vez os resultados anticonvulsivantes do CBD em ratos, onde foi mostrada a ausência de toxicidade e de efeitos psicoativos. (CARLINI, 1973). Já no século atual, o episódio mais conhecido de eficácia do extrato de cannabis com alta cepa de CBD é o de uma criança estadunidense de 5 anos chamada Charlotte, diagnosticada com síndrome de Dravet, que fazia com que ela tivesse diariamente até 50 convulsões tônico-clônicas generalizadas, dificultando bastante na realização de suas atividades de vida diária. Após 3 meses de tratamento, as convulsões de Charlotte foram diminuídas em mais de 90%. (MAA, FIGI, 2014).

Durante as pesquisas para este trabalho, foi verificado que ainda não há ensaios clínicos randomizados sobre a eficácia do CBD em outras causas de

epilepsia que não seja a síndrome de Dravet e a síndrome de Lennox Gastaut, dessa forma iremos focar neste tópico apenas essas síndromes.

Segundo o National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2023), a síndrome de Dravet é uma forma de epilepsia que se manifesta na infância e de forma crônica, abrangendo um espectro de sintomas que podem variar de níveis leves a mais graves. A maioria dos casos da síndrome de Dravet é causada por uma mutação no gene SCN1A, o qual é essencial para o funcionamento adequado das células do cérebro. Portanto, as crianças com síndrome de Dravet geralmente experimentam convulsões focais ou generalizadas antes de 1 ano e 3 meses de idade, ou em alguns casos, muitas vezes antes de completarem um ano sendo assim, essas convulsões costumam ser prolongadas, afetando metade do corpo, e podem ser seguidas por convulsões que completam o lado oposto do corpo. As crianças suportadas por esse distúrbio geralmente apresentam um desenvolvimento dentro do esperado nos primeiros anos de vida. No entanto, à medida que as convulsões se tornam mais frequentes, seu progresso no desenvolvimento começa a diminuir e outros sintomas podem surgir, como mudanças na alimentação, equilíbrio e na forma de andar, que podem se tornar agachadas.

Em estudos financiados pela GW Pharma realizado em 2017 sobre o uso do CBD altamente purificado, foi verificado que a substância reduziu a periodicidade de convulsões entre crianças e adultos jovens que possuem a síndrome de Dravet durante um período de 14 semanas, porém ocorreram eventos adversos, incluindo sonolência, fadiga e diarreia. (DEVINSKY et al., 2017). Um outro estudo publicado em 2020, também financiado pela GW Pharma, verificou-se que houve uma queda significativa de convulsões com traços de segurança aceitáveis para ambas as doses de canabidiol em pacientes com síndrome de Dravet altamente resistente ao tratamento e que os efeitos adversos foram a fadiga, inapetência, sonolência e diarreia. (MILLER et al., 2020). Em uma análise post hoc juntando os participantes de ambos os estudos citados para saber o tempo até que haja uma eficácia, foi verificado que o CBD reduz as convulsões em até duas semanas (MADAN et al., 2021).

Segundo o National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2023), a síndrome de Lennox-Gastaut é uma forma grave de epilepsia que se manifesta na primeira infância, geralmente antes dos 4 anos de idade. As pessoas que possuem essa síndrome podem apresentar diversos tipos de convulsões, que variam entre os indivíduos. Os tipos comuns de convulsão associados a essa síndrome incluem as convulsões tônicas, caracterizadas pelo endurecimento do corpo, olhar fixo para cima, pupilas dilatadas e alterações nos padrões de acompanhamento, as ausências atípicas, que são episódios de "ataques fixos" nos quais a pessoa parece ficar momentaneamente desconectada do ambiente, as convulsões atônicas, que são breves episódios de perda do tônus muscular, podendo resultar em quedas abruptas, as convulsões mioclônicas que são contrações musculares repentinas e rápidas e as convulsões tônico-clônicas generalizadas caracterizadas pela rigidez muscular e espasmos rítmicos.

Embora nem sempre esteja presente no início das convulsões, a maioria das pessoas que vivem com a síndrome de Lennox-Gastaut apresenta algum grau de comprometimento do funcionamento intelectual ou processamento de informações, juntamente com atrasos no desenvolvimento e distúrbios comportamentais. Além disso, a síndrome de Lennox-Gastaut pode ser causada por uma variedade de condições, incluindo: malformações cerebrais, esclerose tuberosa, asfixia perinatal, lesão grave na cabeça, Infecção do sistema nervoso central, Condições degenerativas ou metabólicas hereditárias.

Já em relação aos estudos envolvendo a segurança e eficácia do CBD purificado e a síndrome de Lennox Gastaut, foi relatado em um estudo clínico randomizado em que foi demonstrado que quando o CBD é administrado nas doses de 10mg e 20mg por quilograma por dia, ocorreu uma diminuição maior na frequência das crises convulsivas do que o placebo. Os eventos adversos mais comuns relatados pelos pacientes foram a falta de apetite, diarreia, vômitos e sonolência. (DEVINSKY et al., 2018). Um segundo estudo randomizado, também com a mesma finalidade do estudo anterior relatado aqui, houve uma redução significativamente maior na frequência de convulsões mensais no grupo que recebeu CBD do que no grupo que não recebeu, e mesmo que nenhum paciente

tenha se livrado totalmente das convulsões durante o estudo, no grupo que recebeu o CBD, três pacientes conseguiram ficar completamente livres de convulsões durante um período de 12 semanas consecutivas. Com relação aos efeitos adversos, ambos os grupos sentiram os efeitos que incluíram a sonolência, febre, diarreia e falta de apetite. (THIELE et al., 2018).

Com isso, em 2018, a Food and Drug Association (FDA) dos Estados Unidos aprovou o uso do Epidiolex® da GW Pharma, para pessoas com síndrome de Dravet ou síndrome de Lennox Gastaut acima dos dois anos (ARZIMANOGLU et al., 2020). A farmacocinética aqui abordada será em relação ao remédio (de administração oral) aprovado pela FDA.

De acordo com Taylor et al (2018), em relação a absorção, após doses únicas do medicamento administradas em jejum a adultos saudáveis, as concentrações plasmáticas máximas de CBD ocorrem de 3 a 5 horas e aumentam menos do que proporcionalmente com o aumento da dose dentro da faixa de dose de 1.500 a 6.000 mg. Após administração repetida de doses de 750 mg duas vezes ao dia e 1500 mg, as concentrações mínimas de CBD no estado de equilíbrio foram atingidas em aproximadamente 2 dias. De maneira interessante, no primeiro dia de tratamento, observou-se que as concentrações de CBD foram significativamente maiores após a dose noturna em comparação com a dose matinal. Essa diferença provavelmente ocorreu devido às variações no estado basal entre a administração matinal (após o período de jejum noturno) e a administração noturna.

A ingestão de alimentos pode ter um efeito profundo na biodisponibilidade oral do CBD, apesar de não haver um detalhamento nos estudos a respeito. Em indivíduos saudáveis, quando o medicamento foi administrado na dose de 1500 mg junto com uma refeição rica em gordura/calorias, houve um aumento de aproximadamente cinco vezes na concentração plasmática máxima de CBD. Com isso, foi sugerido nos estudos que os resultados do tratamento podem ser otimizados tomando CBD juntamente com a alimentação. Em relação a distribuição, O volume aparente de distribuição do CBD em adultos saudáveis foi estimado em cerca de 21.000 L após uma dose de 1.500 mg administrado em

jejum, e aumenta proporcionalmente com doses crescentes até atingir aproximadamente 43.000 L após a ingestão de uma dose de 6.000 mg. Já na eliminação, o CBD passa por um processo multifásico, estimando-se uma meia-vida terminal de cerca de 60 h após a retirada do tratamento de doses múltiplas. Os valores de meia-vida avaliados durante a parte inicial da fase de eliminação são muito mais curtos, refletidos por uma meia-vida efetiva na faixa de 10 a 17 horas. O CBD é amplamente metabolizado pelo intestino e fígado, principalmente pelas enzimas do citocromo P450 (CYP) CYP2C19 e CYP3A4 e a eliminação do CBD ocorre nos rins e é mínima, no entanto, os recipientes do composto não metabolizado são excretados nas fezes.

2.3. Canabidiol e Transtorno de Ansiedade

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-5), os transtornos de ansiedade são caracterizados como medo, ansiedade excessiva e perturbações comportamentais relacionadas, onde o Medo é tido como uma resposta emocional associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga. Já a ansiedade está associada à antecipação de ameaça futura, a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquivas.

Os transtornos de ansiedade são classificados em transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobia específica ou social e transtorno de ansiedade social (TAS). Os sintomas comuns a todos os tipos incluem sentimentos de inquietação, pânico e medo; problemas de sono; incapacidade de manter a calma; sensação de frio e/ou suor; boca seca; náusea; falta de ar; palpitações; e evitação de situações.

No ano de 1974, surgiu os primeiros indícios de que o CBD poderia ter efeitos ansiolíticos, durante um estudo com voluntários saudáveis visando avaliar a interação entre CBD e THC no organismo humano, o que foi confirmado oito anos depois com um novo estudo usando uma escala apropriada (ZUARDI, 2008).

Em 2004, em um estudo duplo cego com pacientes tratados com CBD, foi observada uma redução significativa da ansiedade e um aumento na sensação de tranquilidade mental, ao contrário do grupo placebo. Os autores sugeriram que os efeitos ansiolíticos do CBD poderiam estar relacionados à sua ação nas áreas límbicas e paralímbicas do sistema nervoso central. (CRIPPA et al., 2011).

Um estudo preliminar realizado em 2011 foi divulgado, no qual o CBD (canabidiol) foi avaliado em relação à ansiedade durante um teste de simulação de falar em público. O estudo comparou indivíduos saudáveis e pacientes com transtorno de ansiedade social generalizada. Esses participantes receberam uma dose de CBD de 600mg ou um placebo uma hora e meia antes do teste, utilizando um modelo duplo-cego randomizado. No grupo que recebeu CBD, observou-se uma redução significativa da ansiedade, do comprometimento cognitivo, do desconforto durante a fala e do estado de alerta na fase de antecipação do discurso. Além disso, o uso do CBD quase eliminou a autoavaliação negativa durante o discurso. Apesar dos resultados promissores, os autores do estudo ressaltaram como delimitação do mesmo. Eles sugerem a necessidade de realização de ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos e controlados por placebo, com amostras maiores. Também recomendam uma avaliação do uso afetado do CBD para confirmar as afirmações relatadas. Além disso, destacaram a importância de determinar os critérios de tratamento para cada transtorno, considerando a característica bifásica do CBD (BERGAMASCHI et al., 2011).

Em um estudo publicado em 2018, foi realizado um teste com participantes saudáveis para comparar os efeitos agudos de diferentes doses de CBD (150, 300 e 600mg) e placebo durante um teste simulado para falar em público. O estudo foi controlado de forma duplo-cega, com medidas subjetivas e regulatórias realizadas em seis momentos diferentes (0, 90, 104, 117, 125 e 155 minutos), sendo o momento da medicação (CBD ou placebo) considerado o tempo zero.

Foi observado nos resultados uma resposta de curva em forma de “U” invertido. No grupo que recebeu CBD 300mg, houve uma redução significativa na ansiedade durante a fala em comparação com o grupo placebo. No entanto,

não foram observadas diferenças significativas nas escores de ansiedade em outros grupos e doses de testes de CBD (LINARES et al., 2018a).

3 CONCLUSÃO

O Canabidiol (CBD) tem sido amplamente estudado devido ao seu potencial no tratamento de várias doenças, como Transtorno do Espectro Autista (TEA), epilepsia e ansiedade. Suas propriedades anticonvulsivantes, antipsicóticas, antidepressivas e antiepilépticas têm despertado interesse. No entanto, uma vez que o CBD é extraído da planta *Cannabis sativa*, há um estigma associado, uma vez que a mesma planta também contém o THC, que possui propriedades psicoativas.

Portanto, é importante destacar que já existem medicamentos que contêm o CBD altamente purificado e relatos de sua eficácia em vários pacientes, especialmente no tratamento da epilepsia. Isso evidencia a necessidade de mais estudos randomizados para explorar o potencial dessa substância no tratamento de diversas doenças.

REFERÊNCIAS

Aran, A., Cassuto, H., Lubotzky, A. et al. Breve relatório: Cannabis rica em canabidiol em crianças com transtorno do espectro autista e problemas comportamentais graves - um estudo retrospectivo de viabilidade. *J Autismo Dev Disord* 49, 1284–1288 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3808-2>

Arzimanoglou A, Brandl U, Cross JH, Gil-Nagel A, Lagae L, Landmark CJ, Specchio N, Nabbout R, Thiele EA, Gubbay O, The Cannabinoids International Experts Panel; Collaborators. Epilepsy and cannabidiol: a guide to treatment. *Epileptic Disord*. 2020 Feb 1;22(1):1-14. doi: 10.1684/epd.2020.1141. PMID: 32096470.

Atalay S, Jarocka-Karpowicz I, Skrzydlewska E. Antioxidative and Anti-Inflammatory Properties of Cannabidiol. *Antioxidants* (Basel). 2019 Dec 25;9(1):21. doi: 10.3390/antiox9010021. PMID: 31881765; PMCID: PMC7023045.

BERGAMASCHI, Mateus M et al. Cannabidiol Reduces the Anxiety Induced by Simulated Public Speaking in Treatment-Naïve Social Phobia Patients. *Neuropsychopharmacology*, [s.l.], v. 36, n. 6, p.1219-1226, 9 fev. 2011. Springer Nature. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1038/npp.2011.6>>.

Boggs, D., Nguyen, J., Morgenson, D. et al. Evidência clínica e pré-clínica para interações funcionais de canabidiol e $\Delta 9$ -tetraidrocannabinol. *Neuropsicofarmacol.* 43, 142-154 (2018). <https://doi.org/10.1038/npp.2017.209>

Burnstock G. Autonomic neurotransmission: 60 years since sir Henry Dale. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2009; 49:1-30.

Canitano R. Risperidona no tratamento de distúrbios comportamentais associados ao autismo em crianças e adolescentes. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008; 4:723-30.

Carlini EA, Leite JR, Tannhauser M, et al. O canabidiol e o extrato de Cannabis sativa protegem camundongos e ratos contra agentes convulsivos. *J Pharm Pharmacol* 1973; 25: 664 - 665. (CARLINI)

Christensen DL, Baio J, Van Naarden Braun K, Bilder D, Charles J, Constantino JN, Daniels J, Durkin MS, Fitzgerald RT, Kurzius-Spencer M, Lee LC, Pettygrove S, Robinson C, Schulz E, Wells C, Wingate MS, Zahorodny W, YearginAllsopp M; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United

States, 2012. *MMWR Surveill Summ.* 2016;65(3):1-23. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65(15):404.

CRIPPA, J. A. S. et al. Effects of Cannabidiol (CBD) on Regional Cerebral Blood Flow. *Neuropsychopharmacology*, [s.l.], v. 29, n. 2, p.417-426, 2004. Epub em 29 out. 2003.

Springer Nature. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/sj.npp.1300340>>. Acesso em: 20 jun. 2023.

Devane WA, Dysarz FA 3rd, Johnson MR, Melvin LS, Howlett AC. Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. *Mol Pharmacol.* 1988 Nov;34(5):605- 13. PMID: 2848184.

Devinsky O, Cilio MR, Cross H, Fernandez-Ruiz J, French J, Hill C, Katz R, Di Marzo V, Jutras-Aswad D, Notcutt WG, Martinez-Orgado J, Robson PJ, Rohrback BG, Thiele E, Whalley B, Friedman D. Cannabidiol: pharmacology and potential therapeutic role in epilepsy and other neuropsychiatric disorders. *Epilepsia.* 2014 Jun;55(6):791-802. doi: 10.1111/epi.12631. Epub 2014 May 22. PMID: 24854329; PMCID: PMC4707667.

Devinsky O, Cross JH, Laux L, Marsh E, Miller I, Nabbout R, et al. Ensaio de canabidiol para convulsões resistentes a medicamentos na síndrome de Dravet. *N Engl J Med.* 2017; 376 (21):2011–2020. doi: 10.1056/nejmoa1611618.

DEVINSKY, Orrin et al. Effect of Cannabidiol on Drop Seizures in the Lennox-Gastaut Syndrome. *New England Journal Of Medicine*, [s.l.], v. 378, n. 20, p.1888-1897, 17 mai. 2018a. *New England Journal of Medicine (NEJM/MMS)*. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa1714631>>.

ELSOHLY, M.; GUL, Waseem. *Handbook of cannabis.* v. 1, p. 5-22, 2014. Disponível em: <<http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof>:>

oso/9780199662685.0>.Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al. Relatório oficial da ILAE: uma definição clínica prática de epilepsia. *Epilepsia* 2014;55(04): 475- 482

Fride, E. (2002). Endocanabinóides no sistema nervoso central - uma visão geral. *Prostaglandinas, leucotrienos e ácidos graxos essenciais, PLEFA*, 66(2-3), 221-233. doi:10.1054/plaf.2001.0360

GASTON, Tyler E.; SZAFIARSKI, Jerzy P. Cannabis for the Treatment of Epilepsy: an Update. *Current Neurology And Neuroscience Reports*, [s.l.], v. 18, n. 11, p.73, 8 set. 2018. Springer Nature America, Inc. <http://dx.doi.org/10.1007/s11910-018-0882-y>. Disponível em: . Acesso em: 20 jun. 2023.

HONÓRIO, Káthia Maria; ARROIO, Agnaldo; SILVA, Albérico B. F. Aspectos terapêuticos de compostos da planta *Cannabis sativa*. *Química Nova*. São Carlos, SP. 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-40422006000200024>>.

LAGO-FERNANDEZ, Ana et al. New Methods for the Synthesis of Cannabidiol Derivatives. *Methods In Enzymology*, [s.l.], p.237-257, 2017. Elsevier. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/bs.mie.2017.05.006>>.

LAPRAIRIE, R. B. et al. Cannabidiol is a negative allosteric modulator of the cannabinoid CB1 receptor. *British Journal Of Pharmacology*, [s.l.], v. 172, n. 20, p.4790-4805, out. 2015. Wiley. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/bph.13250>>.

LINARES, Ila M. P. et al. O canabidiol apresenta uma curva dose-resposta em forma de U invertido em um teste simulado de falar em público. *Braz. J. Psiquiatria*, São Paulo, 2018a. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-

44462018005007102&lng=en&nrm=iso &tlng=en>. Acesso em: 19 de junho de 2023. Epub em 11 out. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-0015>>.

Madan Cohen J, Checketts D, Dunayevich E, Gunning B, Hyslop A, Madhavan D, et al. Tempo até o início dos efeitos do tratamento com canabidiol na síndrome de Dravet: análise de dois ensaios clínicos randomizados. *Epilepsia*. 2021; 62(9):2218–2227. doi: 10.1111/epi.16974.

Ma L, Platnick S, Platnick H. Cannabidiol in Treatment of Autism Spectrum Disorder: A Case Study. *Cureus*. 2022 Aug 26;14(8):e28442. doi: 10.7759/cureus.28442. PMID: 36176817; PMCID: PMC9509693.

Mannion A, Leader G. Comorbidade no transtorno do espectro do autismo: uma revisão da literatura. *Res Autism Spectr Disord*. 2013; 7:1595-616.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

MARZO, Vincenzo di. Corrigendum: New approaches and challenges to targeting the endocannabinoid system. *Nature Reviews Drug Discovery*, [s.l.], v. 17, n. 9, p.688- 688, 30 ago. 2018. Springer Nature America, Inc. (MARZO)

MECHOULAM, R. Mechoulam; SHVO, Y. Haxixe - I: A estrutura do canabidiol. The Weizmann Institute of Science, Rehovoth, Israel, 2 maio 1963.

Miller I, Scheffer IE, Gunning B, Sanchez-Carpintero R, Gil-Nagel A, Perry MS, Saneto RP, Checketts D, Dunayevich E, Knappertz V; GWPCARE2 Study Group. Dose-Ranging Effect of Adjunctive Oral Cannabidiol vs Placebo on Convulsive Seizure Frequency in Dravet Syndrome: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*

Neurol. 2020 May 1;77(5):613-621. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.0073. Erratum in: JAMA Neurol. 2020 May 1;77(5):655. PMID: 32119035; PMCID: PMC7052786.

Morales P, Hurst DP, Reggio PH. Molecular Targets of the Phytocannabinoids: A Complex Picture. *Prog Chem Org Nat Prod.* 2017; 103:103-131. doi: 10.1007/978-3-319-45541-9_4. PMID: 28120232; PMCID: PMC5345356.

Onaivi ES, Ishiguro H, GONG JP, Patel S, Perchuk A, Meozzi PA et al (2006). Descoberta da presença e expressão funcional de receptores canabinóides CB2 no cérebro. *Ann NY Acad Sci* 1074 :514-536.

Piomelli D. The molecular logic of endocannabinoid signalling. *Nat Rev Neurosci.* 2003;4(11):873-84

Rang, H.P; Dale, M.M. Editora Elsevier, 8ª edição, 2016. *Farmacologia Clínica.* Fuchs, F.D.; Wannmacher, L. Editora Guanabara Koogan, 4ª edição, 2010.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M.; MOORE, P.K.; FLOWER, R.J. *Farmacologia.* 6 ed°. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2007.

Ronald A, Hoekstra RA. Autism spectrum disorders and autistic traits: a decade of new twin studies. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2011; 156B(3):255-74. Review

RUSSO, Ethan B. et al. Agonistic Properties of Cannabidiol at 5-HT_{1A} Receptors. *Neurochemical Research*, [s.l.], v. 30, n. 8, p.1037-1043, ago. 2005. Springer Nature. <<http://dx.doi.org/10.1007/s11064-005-6978-1>>

RUSSO, Ethan B. et al. Cannabis Pharmacology: The Usual Suspects and a Few Promising Leads. *Cannabinoid Pharmacology*, [s.l.], p.67-134, 2017. Elsevier. <<http://dx.doi.org/10.1016/bs.apha.2017.03.004>>.

SAITO, Viviane M.; WOTJAK, Carsten T.; MOREIRA, Fabricio A. Exploração farmacológica do sistema endocanabinoide: novas perspectivas para o tratamento de transtornos de ansiedade e depressão? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/dPP9G5tCc8NNkbBj6cbjcwk/?format=pdf&lang=pt>>

Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Larsson H, Hultman CM, Reichenberg A. The familial risk of autism. *JAMA*. 2014;311(7):1770-7.

Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, et al. Classificação ILAE das epilepsias: documento de posição da Comissão ILAE para Classificação e Terminologia. *Epilepsia* 2017;58(04):512-521

18 LapalmeRemis S, Cascino GD. Imagiologia para adultos com convulsões e epilepsia. *Continuum (Minneap Minn)* 2016;22 (Suppl 5)Neuroimaging1451-1479

Schurman LD, Lu D, Kendall DA, Howlett AC, Lichtman AH. Molecular Mechanism and Cannabinoid Pharmacology. *Handb Exp Pharmacol*. 2020;258:323-353. doi: 10.1007/164_2019_298. PMID: 32236882; PMCID: PMC8637936.

SHIER, A. R. DE M. et al. Canabidiol, um componente da Cannabis sativa como um ansiolítico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, 2012

Síndrome de Dravet. [S. 1.], 2023. Disponível em: <<https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/dravet-syndrome>>. Acesso em: 20 jun. 2023.

Síndrome de Lennox-Gastaut. [S. 1.], 2023. Disponível em: <<https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/lennox-gastaut-syndrome>>. Acesso em: 16 jun. 2023.

Taylor L, Gidal B, Blakey G, Tayo B, Morrison G. Um estudo de fase I, randomizado, duplo cego, controlado por placebo, dose ascendente única, dose múltipla e estudo de efeito alimentar da segurança, tolerabilidade e farmacocinética de canabidiol altamente purificado em indivíduos saudáveis. *Drogas do SNC*. 2018;32(11):1053–67.

Thiele EA, Marsh ED, French JA, Mazurkiewicz MB, Benbadis SR, Joshi C, et al. Canabidiol em pacientes com convulsões associadas à síndrome de Lennox-Gastaut (GWPCARE4): um estudo de fase 3 randomizado, duplo-cego e controlado por placebo. *Lanceta*. 2018; 391 (10125):1085–1096. doi: 10.1016/s0140-6736(18)30136-3.

Wotjak CT, Landgraf R, Engelmann M. Listening to neuropeptides by microdialysis: echoes and new sounds? *Pharmacol Biochem Behav*. 2008;90(2):125-34. 13.

ZUARDI, Antonio W. et al. Cannabidiol was ineffective for manic episode of bipolar affective disorder. *Journal Of Psychopharmacology*, [s.l.], v. 24, n. 1, p.135-137, 2010. Epub em: 18 set. 2008. SAGE Publications. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/0269881108096521>>.

CAPÍTULO VI

FÁRMACOS HIPNÓTICOS: UMA VISÃO ABRANGENTE

HYPNOTIC DRUGS: A COMPREHENSIVE OVERVIEW

Rayane Oliveira
Daires Sampaio
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO:

Este trabalho apresenta uma visão abrangente sobre os fármacos hipnóticos, destacando sua importância no tratamento dos distúrbios do sono, como a insônia crônica. O estudo abrange a história dos hipnóticos, desde os tempos antigos até os avanços modernos, e discute as diferentes classes de fármacos disponíveis, como benzodiazepínicos, zolpidem, zaleplon e eszopiclona. Também são abordados os efeitos colaterais e adversos associados ao uso desses medicamentos, incluindo sonolência diurna, dependência e tolerância. Além disso, são discutidas práticas terapêuticas complementares, como a Terapia Ocupacional, que podem auxiliar no manejo dos distúrbios do sono. Conclui-se que, embora os fármacos hipnóticos sejam eficazes, é essencial considerar os riscos associados e integrar abordagens terapêuticas complementares para um tratamento abrangente e individualizado.

Palavra-chave: Fármacos hipnóticos. Insônia. Benzodiazepínicos. Terapia Ocupacional

1 INTRODUÇÃO

Os fármacos hipnóticos são medicamentos amplamente utilizados para tratar distúrbios do sono, como a insônia crônica. Eles desempenham um papel importante na indução e manutenção do sono, promovendo um descanso adequado e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. No entanto, é fundamental compreender tanto a história desses medicamentos quanto os possíveis efeitos colaterais e adversos associados ao seu uso.

Ao longo da história, diferentes abordagens foram adotadas para tratar os distúrbios do sono. Desde tempos antigos, extratos de plantas e substâncias naturais eram utilizados para induzir o sono. Com o avanço da ciência e da medicina, foram desenvolvidos fármacos hipnóticos sintéticos mais eficazes e seguros.

Embora os fármacos hipnóticos sejam amplamente prescritos, é importante considerar os efeitos colaterais e adversos que podem surgir com o uso dessas substâncias. Alguns efeitos colaterais comuns incluem sonolência diurna, tontura, boca seca e dificuldade de concentração. Além disso, a dependência e a tolerância podem ocorrer com o uso prolongado, aumentando o risco de abuso e outros problemas de saúde.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

Apresentação

Existem diferentes classes de fármacos hipnóticos disponíveis. Entre eles, estão os benzodiazepínicos, zolpidem, zaleplon e eszopiclona. Os benzodiazepínicos, como o diazepam e o lorazepam, atuam potencializando a ação do ácido gama-aminobutírico (GABA), um neurotransmissor inibitório no cérebro. O zolpidem, o zaleplon e a eszopiclona são agonistas seletivos dos receptores de GABA, promovendo o sono. Esses medicamentos podem ser administrados por via oral ou sublingual, dependendo da formulação.

Alguns exemplos de fármacos hipnóticos incluem benzodiazepínicos: diazepam, lorazepam, alprazolam. Zolpidem: medicamento que age nos receptores de GABA e é usado para induzir o sono. Zaleplon: outro medicamento hipnótico que atua rapidamente para facilitar o início do sono. Eszopiclona: um hipnótico não benzodiazepínico usado para ajudar a adormecer e a manter o sono durante a noite.

2.1 Efeitos colaterais e adversos

Os fármacos hipnóticos podem apresentar uma série de efeitos colaterais e adversos, que podem variar de acordo com o medicamento e a dose utilizada.

Alguns efeitos colaterais comuns incluem sonolência diurna, tontura, boca seca, dificuldade de concentração, coordenação motora comprometida e dificuldades de memória. Além disso, o uso prolongado desses medicamentos pode levar à dependência física e psicológica, aumentando o risco de abuso e desenvolvimento de tolerância.

2.2 Atuação clínica no uso da classe de medicamentos

Os fármacos hipnóticos são utilizados clinicamente no tratamento de distúrbios do sono, como insônia crônica, síndrome da fase do sono avançada e distúrbios do sono relacionados ao trabalho por turnos. A escolha do medicamento e a duração do tratamento dependem do diagnóstico específico, da gravidade dos sintomas e das características individuais do paciente. Geralmente, esses medicamentos são prescritos por curtos períodos de tempo e com cautela devido aos riscos associados.

2.3 Práticas terapêuticas (práticas da terapia ocupacional na classe de medicamentos)

A Terapia Ocupacional pode desempenhar um papel importante no manejo dos distúrbios do sono em conjunto com o uso de fármacos hipnóticos. As práticas terapêuticas podem incluir estratégias para promover a higiene do sono, educação do paciente sobre a importância de um ambiente adequado para o sono, técnicas de relaxamento e manejo do estresse, além de intervenções ocupacionais direcionadas para melhorar a qualidade do sono.

3 CONCLUSÃO

Os fármacos hipnóticos desempenham um papel crucial no tratamento dos distúrbios do sono, oferecendo alívio para pacientes que enfrentam dificuldades em induzir ou manter o sono adequado. No entanto, é importante considerar os efeitos colaterais e adversos associados a essas substâncias.

Ao longo deste e-book, exploramos a história dos fármacos hipnóticos, desde os tempos antigos até os desenvolvimentos mais recentes na área da medicina. Observamos que a evolução desses medicamentos permitiu o desenvolvimento de formulações mais eficazes e seguras para o tratamento dos distúrbios do sono.

Também discutimos os efeitos colaterais e adversos relacionados ao uso dos fármacos hipnóticos. A sonolência diurna, a dependência, a tolerância e outros efeitos indesejados devem ser cuidadosamente considerados ao prescrever esses medicamentos. A compreensão desses riscos é fundamental para uma abordagem equilibrada e informada na terapia com fármacos hipnóticos.

Além disso, destacamos a importância de práticas terapêuticas complementares, como as da Terapia Ocupacional, que podem auxiliar no manejo dos distúrbios do sono. Estratégias de higiene do sono, educação do paciente e intervenções ocupacionais direcionadas podem promover resultados mais positivos e ajudar os pacientes a alcançarem uma melhor qualidade de sono.

É essencial que os profissionais de saúde tenham um conhecimento abrangente sobre os fármacos hipnóticos, incluindo seus benefícios e riscos, a fim de fornecer uma abordagem individualizada e personalizada aos pacientes. Uma prescrição cuidadosa, monitoramento adequado e uma abordagem multimodal que integre intervenções farmacológicas e não farmacológicas podem otimizar o tratamento dos distúrbios do sono.

Em conclusão, os fármacos hipnóticos desempenham um papel significativo no tratamento dos distúrbios do sono, oferecendo alívio para os pacientes. No entanto, é importante equilibrar os benefícios terapêuticos com os riscos potenciais, e considerar abordagens complementares para um tratamento abrangente e individualizado. O conhecimento atualizado sobre os fármacos hipnóticos e uma abordagem colaborativa entre profissionais de saúde e pacientes são essenciais para promover um sono saudável e restaurador.

REFERÊNCIAS

1. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2021). Brain Basics: Understanding Sleep. Retrieved from <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Understanding-Sleep>
2. American Academy of Sleep Medicine. (2017). International Classification of Sleep Disorders - Third Edition (ICSD-3). Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.
3. Kripke, D. F., Langer, R. D., & Kline, L. E. (2012). Hypnotics' association with mortality or cancer: A matched cohort study. *British Medical Journal Open*, 2(1), e000850.
4. Roth, T., & Roehrs, T. (2004). Insomnia: Epidemiology, characteristics, and consequences. *Clinical Cornerstone*, 5(3), 5-15.
5. Sateia, M. J., Buysse, D. J., Krystal, A. D., Neubauer, D. N., & Heald, J. L. (2017). Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13(2), 307-349.

CAPÍTULO VII

FÁRMACOS ANTIBACTERIANOS E A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

ANTIBACTERIAL DRUGS AND THE INTERVENTION OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE TREATMENT OF INFECTIOUS DISEASES

Angela Beatriz Silva Martins
Karina Pereira De Araujo
Lara Sousa De Carvalho
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

Esta revisão de literatura tem como objetivo principal apresentar dados que permitam avaliar discussões acerca de fármacos antibacterianos e seus aspectos farmacodinâmicos; uso terapêutico e restrições ocasionadas pela resistência bacteriana nos indivíduos. Considerando também importante a análise da contribuição da terapia ocupacional em casos específicos de crianças pneumáticas. A exploração do conteúdo foi perante pesquisa bibliográfica com recursos disponíveis de forma on-line. Destaca-se sempre a busca por metodologias que capacitem os terapeutas ocupacionais a atuarem de forma sábia e profissional no manejo dos pacientes infantis concomitantes ao uso de antibióticos. Diante das informações dos conteúdos revisados, foram mostrados a relevância da contribuição do terapeuta ocupacional no tratamento de enfermos infantis diagnosticados com pneumonia bacteriana, além da notoriedade no cenário da prevenção da doença.

Palavras-chave: Antibacterianos; Terapia Ocupacional; Pneumonia.

ABSTRACT

This literature review has the main objective of presenting data that allow evaluating discussions about antibacterial drugs and their pharmacodynamic aspects; therapeutic use and restrictions caused by bacterial resistance in individuals. Considering also important the analysis of the contribution of occupational therapy in specific cases of pneumatic children. The content was explored through bibliographical research with resources available online. The search for methodologies that enable occupational therapists to act wisely and professionally in the management of pediatric patients concomitant with the use of antibiotics is always highlighted. Given the information from the revised contents, the relevance of the occupational therapist's contribution to the treatment of sick children diagnosed with bacterial pneumonia was shown, in addition to the notoriety in the scenario of disease prevention.

Keywords: Antibacterials; Occupational therapy; Pneumonia.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda a atenção da terapia ocupacional frente ao manejo clínico de pacientes infantis em uso de fármacos antibacterianos em consequência de pneumonia bacteriana. A mesma se caracteriza por ser uma doença inflamatória aguda causada por bactérias que atacam prioritariamente os pulmões provocando sintomas e comprometimento pulmonar.

Em princípio, a pneumonia bacteriana é classificada pelo agente etiológico específico e o mesmo determinará o tratamento apropriado. Algumas categorias da doença incluem: pneumonia adquirida no hospital e pneumonia adquirida na comunidade. Sendo esta última, ocasionada comumente pela bactéria *Streptococcus pneumoniae* ou pneumococos, agente de surtos de infecção respiratória em famílias e dormitórios escolares, que conseqüentemente atinge a população infantil. Sinais e sintomas como febre; taquipneia; mal-estar; resfriado; calafrio; tosse; dispneia e dor torácica são manifestações clínicas que

compreendem a doença. O diagnóstico é baseado na apresentação clínica e radiografia de tórax da criança, logo, o tratamento é feito à base de antibióticos, tendo em vista que possuem ação capaz de eliminar ou impedir a multiplicação de bactérias.

Ademais, de acordo com Organização Mundial da Saúde, a pneumonia é a doença responsável por mais mortes de crianças menores de 5 anos, com uma estimativa de 1,2 milhão em todo o mundo. Fato este que pode ser evitado com medidas preventivas, sendo a vacinação uma delas, no combate à doença. Ainda segundo a OMS, os fatores de risco para o acometimento da pneumonia estão relacionados ao ambiente, nutrição e questões socioeconômicas. Portanto, crianças expostas a locais poluentes, com deficiência de vitaminas e desnutridas e que estejam desfavorecidas socioeconomicamente, são mais propensas a apresentarem comprometimentos respiratórios.

2 DESENVOLVIMENTO

Ao longo das décadas, a humanidade sofreu com doenças infecciosas que não tinham tratamento e que resultaram na morte da espécie humana. Diante deste paradigma, um médico chamado Alexander Fleming acabou descobrindo, após várias pesquisas, que era possível destruir uma bactéria através da ação dos antimicrobianos derivados de bactérias ou de fungos. Criando assim, o primeiro antibiótico da história, intitulado como penicilina. Desde então, os estudos sobre os antibióticos cresceram, aumentando sua produção e conseqüentemente, sendo fator primordial na qualidade de vida de pessoas com doenças infecciosas, como a pneumonia.

Tanto as vias respiratórias como as vias pulmonares são expostas continuamente a diversos tipos de patógenos nos ambientes externos; e embora eles consigam adentrar essas vias, são rapidamente combatidos pelas células de defesa do organismo. Porém, existem alguns fatores que vão impedir que esse processo aconteça, tendo como conseqüência uma doença infecciosa pulmonar.

Os patógenos podem alcançar os espaços aéreos, pelo comprometimento do mecanismo de defesa; ou, quando adentra uma grande inoculação de bactérias e conseguem derrotar a defesa do hospedeiro; também, através da introdução de um patógeno que tem alta capacidade de se multiplicar no organismo. Quando algum desses fatores acontecem, podem ocorrer a multiplicação da bactéria, causando uma pneumonia, que também tem como fatores além da infecção causada por agentes químicos, a contaminação local ou a ventilação. E embora, qualquer espécie de patógeno possa causar essa patologia, o *Streptococcus pneumoniae*, ou conhecido também como pneumococo, ainda é o patógeno mais comum na pneumonia, causando a doença em todas as faixas etárias.

Sendo assim, a infecção nos pulmões, causada por bactéria, quando diagnosticada, requer um tratamento feito principalmente com antibióticos. O mais utilizado é a penicilina, que pode ser administrada, pela maneira mais comum, que é a por via oral, quando o quadro da doença apresenta sintomas leves. Ou, pode ser administrada por meio da via intravenosa, se a infecção apresentar sintomas mais graves. Embora a penicilina seja mais utilizada, existem bactérias resistentes ao medicamento, esse fator ocasiona uma série de problemas clínicos.

Segundo a OMS, a resistência microbiana é uma das 10 principais ameaças referente à saúde global nos dias atuais. Essa resistência acontece quando os micro-organismos, nesse caso, as bactérias, conseguem resistir a ação dos medicamentos, que são os antibióticos. As bactérias multiplicam-se e conseguem trocar entre si seu material genético, tendo o poder de repassar suas mudanças para outra linhagem da mesma espécie. O que ocasiona um aumento na capacidade de adaptação do micro-organismo, que passa a não responder mais aos medicamentos durante o tratamento, tornando a infecção persistente, aumentando a chance da patologia agravar, se disseminar e até causar um óbito.

As bactérias conseguem sobreviver mesmo quando são utilizados antibióticos, pois dentre os diversos fatores que causam isso, temos o consumo impróprio dos medicamentos. Essa resistência vai ocorrer pela exposição da bactéria, diversas vezes, ao uso de antibióticos, de forma incorreta. À medida que

as bactérias são expostas, elas passam a criar um mecanismo de defesa para sobreviver, que vão de acordo com sua resistência.

Embora a resistência possa ser criada em diversos cenários, é muito comum que ocorra em hospitais. Perante, a diversos fatores, como: O aumento de infecções em grupos de paciente com sistema imune enfraquecido que são expostos diariamente a microrganismos. Dificuldade no diagnóstico do patógeno, ocasionando um tratamento tendo como base o antibiótico mas sem a identificação do que causa a doença. E também pela quebra de protocolo de higiene dos profissionais da saúde. Fatores responsáveis pela disseminação das bactérias e resistências da mesma, no ambiente hospitalar.

O uso abusivo do antibiótico, pode causar a degradação enzimática do fármaco, que é quando as bactérias produzem enzimas que acabam inativando a droga; as bactérias conseguem modificar sua permeabilidade, impedindo que entre a quantidade adequada de antibióticos; e também, podem ativar sua bomba de efluxo, que é um mecanismo capaz de expulsar substâncias nocivas.

Portanto, os patógenos deixam de ser impactados e continuam se disseminando, prolongando a doença e aumentando consideravelmente as taxas de mortalidade e longas internações. Ocasionalmente problemas que atingem tanto a saúde pública no geral, como a economia, a nível global.

2.1 Antibacterianos

Os antibacterianos são um grupo de fármacos, que podem ser derivados de compostos naturais ou podem ser completamente sintéticos. Eles são utilizados para que ocorra a inibição do crescimento ou cause a morte tanto de bactérias como de fungos, no tratamento de doenças infecciosas. Dessa maneira, possuem dois tipos de classificação: São bactericidas, quando responsáveis pela morte das bactérias; e bacteriostáticos, quando conseguem inibir o crescimento microbiano mas não destroem a pré-existência das bactérias.

Uma característica primordial dos antibacterianos é a sua toxicidade seletiva. Isso quer dizer que, boa parte dos fármacos são projetados para minimizar

possíveis danos que seriam causados aos seres humanos, e serem tóxicos somente para o agente que causa a doença. Em resumo, o antibiótico mata o microorganismo tentando ao máximo não afetar o hospedeiro humano, e isso vai acontecer devido às diferenças estruturais e a composição química que diferem os eucariontes dos procariontes.

E seu uso vai depender da classe de bactérias a serem tratadas. Portanto, para que sejam usados como esquema terapêutico de forma segura, é importante o diagnóstico da doença; identificando, qual tipo de microorganismos a ser tratado, através de exames. Sua dosagem e o tempo de tratamento vão ser ajustados a depender de como a droga circula na corrente sanguínea e também da resistência bacteriana de cada organismo.

2.2 Mecanismo de ação

Os antibióticos possuem diversos mecanismos de ação, dentre os mais usuais estão: inibição da síntese da parede celular; inibição da síntese proteica; desorganização da membrana celular; interferência do metabolismo celular e inibição da síntese de ácidos nucleicos. De modo específico, o fármaco penicilina, frequentemente usado no tratamento da pneumonia bacteriana age na inibição da síntese da parede celular bacteriana, na qual interfere na transpeptidação de bactérias gram-positivas e gram-negativas. Essa inibição do antibiótico vai ser responsável por impedir a síntese do peptidoglicano. O peptidoglicano compõe a parede celular das bactérias, e é uma característica para diferenciá-las; as gram positivas possuem uma parede mais espessa, enquanto as gram negativas são mais finas (embora isso dificulte o fármaco adentrar sua membrana). Nesse processo, os antibióticos beta-lactâmicos são responsáveis por inibir enzimas essenciais para formação do peptidoglicano, isso vai acontecer pois eles conseguem se ligar na cadeia deste polímero, impedindo a ligação cruzada que forma a parede da bactéria.

Já na inibição da síntese proteica, os fármacos vão agir muito semelhantes ao primeiro mecanismo de ação citado. A grande diferença é que nesse processo,

antibióticos, como por exemplo, a tetraciclina, conseguem modificar o processo da síntese proteica a partir dos ribossomos bacterianos. Essas organelas celulares são estruturas importantes na produção proteica celular. A droga se liga a uma das suas subunidades (que formam o ribossomo), impedindo dessa maneira a síntese de enzimas, conseqüentemente, atrapalhando o metabolismo celular e a propagação bacteriana. Importante enfatizar, que essa classe de fármacos que atuam nesse processo, tem grande toxicidade seletiva, visto que conseguem atingir apenas as subunidades das células bacterianas, que são as 30s e 50s; já que as células eucariontes contam com subunidades diferentes, que são as de 40s e 60s. Portanto, minimizam danos às células eucarióticas.

Os antibióticos responsáveis por desorganizar a membrana celular, são principalmente os compostos de polipeptídicos, que são capazes de alterar a permeabilidade da membrana e romper a mesma, deixando fugir substâncias fundamentais das células, ou seja, esses danos acaba induzindo a morte celular da bactéria.

Além disso, alguns antibióticos como as sulfonamidas e o trimetoprim agem bloqueando as etapas de síntese do folato, considerando que a grande maioria das bactérias sintetizam os folatos, e o mesmo é um elemento crucial para a síntese de DNA. Portanto, essas classes de fármacos são oportunas em impossibilitar alguns processos intracelulares da célula bacteriana.

O último mecanismo de inibição, ocasionado pelos antibióticos, é conhecido como inibição da síntese dos ácidos nucleicos. Esse processo vai ter papel fundamental na inibição de duas enzimas, topoisomerase IV (presente nas bactérias gram-positivas) e girase (se encontram nas bactérias gram-negativas), essas participam ativamente do processo de replicação do DNA. Com isso, fármacos como a classe das quinolonas, que atuam na inibição dessas enzimas, conseguem modificar o DNA bacteriano, conduzindo à morte celular. Além dos quinolonas, existem também o fármaco rifampicina, que participa desse mecanismo ligando-se a uma subunidade do Rna polimerase, quando isso ocorre, o fármaco age no Rna mensageiro, impedindo sua transcrição e conseqüentemente, sua a síntese de proteína da bactéria.

2.3 Efeitos colaterais / reações adversas

Diferente da reação adversa, o efeito colateral pode ser considerado como um efeito secundário, que é esperado pelo mecanismo de ação do fármaco, dentro da sua dosagem terapêutica. Nos antibióticos, são apresentados sintomas comuns, como o desconforto estomacal, diversos tipos de problemas digestivos, dores de cabeça e visão turva. Entretanto, é possível observar em pacientes que utilizam dessa classe de medicamentos, alguns efeitos mais graves, como alteração no funcionamento dos rins ou de outros órgãos, e colite que é uma inflamação no cólon, resultante de toxinas produzidas por uma determinada classe de bactérias. As reações adversas, no entanto, são mais complexas. Segundo a Organização mundial da saúde, a RAM é qualquer resposta indesejável e não intencional que ocorre com medicamentos em doses normalmente utilizadas no diagnóstico, tratamento de doenças ou para modificação de funções fisiológicas. Portanto, tudo aquilo que surge ocasionado por um fármaco, de uma forma que não seja esperada pelo mecanismo de ação da droga, é uma reação adversa.

Diante desse pressuposto, é possível observar em alguns casos, a reação que alguns pacientes têm ao entrar em contato com certos tipos de antibióticos beta-lactâmicos. Esse grupo de antibacterianos é caracterizado por possuir o núcleo beta-lactâmico como composto da sua estrutura química. Dentre esses, temos a penicilina como exemplo mais conhecido.

Como esses antibióticos são os primeiros selecionados para tratar diversas infecções, é comum a existência de hipersensibilidade aos beta-lactâmicos. Essas reações podem ser manifestadas de diferentes maneiras, baseando-se no tempo que ocorreu após a administração do fármaco.

Quando a reação é imediata, geralmente ocorre entre uma janela de 1 até 6 horas após o contato com o medicamento. Normalmente, apresentam sintomas clássicos de uma alergia, como urticária, que apresenta placas eritematosas pruriginosas, que se espalham por todo o corpo; e também, pode apresentar anafilaxia, que é considerada uma reação bem grave na qual pode levar a óbito dependendo do caso.

Já na reação não imediata, os sinais tendem a aparecer de forma tardia, e tem como uma das características, o envolvimento, na maioria dos casos, de mediação da célula T. Podem apresentar erupção maculopapular, referente a uma erupção generalizada ou também morbiliforme que são manchas avermelhadas na pele, muito semelhantes ao sarampo.

Tanto os efeitos colaterais graves, como as reações adversas podem ter consequências drásticas. Em alguns casos é responsável por manter os pacientes internados por mais tempo; existe a demanda de troca de medicamento, podendo ter uma eficácia reduzida; ou, aumenta a probabilidade de resistência bacteriana mediante o tratamento. Além disso, é um fator que aumenta a taxa de mortalidade.

2.4 Atenção da terapia ocupacional frente à internação hospitalar pediátrica em uso de antibacterianos

Para Kumar, Abbas e Aster (2016), tem-se por pneumonia adquirida em hospital quando esta é adquirida no período da internação hospitalar e geralmente há um maior comprometimento no curso clínico do paciente, visto que o quadro de saúde dele não é favorável, sendo indivíduos imunocomprometidos ou com alguma doença grave já instalada e o período de internação é estendido. Nesse contexto, a equipe médica está responsável pelo tratamento farmacológico e outros direcionamentos que cabem aos médicos. Não é satisfatório, contudo, promover apenas os aspectos técnicos e medicamentosos do tratamento, sendo crucial uma prática interdisciplinar e, incluindo o terapeuta ocupacional como um dos profissionais que compõem a equipe, este trará perspectivas holísticas, sendo essa uma das principais essências da profissão, com enfoque em uma assistência humanizada, que remete para além do modelo biomédico.

Em decorrência da internação, enfatizando aquelas de longa duração, todo o ciclo de rotinas e hábitos da criança sofre uma ruptura, afetando seus desempenhos e papéis ocupacionais. Se tratando de um ser ainda em formação, sem o córtex pré-frontal totalmente desenvolvido, que tem um importante papel

na regulação emocional e maturação cognitiva (KANDEL, 2014) muitas vezes ele pode não compreender o motivo de estar nesse ambiente, gerando sensações de raiva e insegurança. Diversas considerações devem ser levadas em conta pelo T.O para o planejamento da intervenção dentro do contexto hospitalar: o perfil clínico da criança, seu estado emocional, sua reação ao estar em um novo espaço e perspectivas familiares.

Sobre o ambiente, este envolve diversos recursos terapêuticos que contribuem para a qualidade emocional do paciente e nisso podendo levar a um melhor prognóstico (MARTINS, 2004). A cor, os sons, o cheiro e a luz são importantes componentes a serem avaliados para prover bem-estar. A presença de iluminação natural e a equilibrção de luzes artificiais traz maior consciência cronológica ao indivíduo hospitalizado, além de menos sensações estressantes (FAÇANHA et al, 2017). Oferecer estímulos para o paciente pode tirá-lo da monotonia, além de desafiar suas cognições. É também fundamental toda a equipe multiprofissional criar vínculos com a criança, para que ela sinta-se mais segura e tenha maior adesão ao tratamento.

2.4.1 Cuidados paliativos, pneumonia infantil e terapia ocupacional

Mesmo sendo um fato que em um momento ou outro ela chegará para todos os seres vivos, a morte continua sendo um assunto suprimido na sociedade (SILVA, 2011). A perda de um ente querido, ou qualquer outro indivíduo a quem se tinha forte conexão emocional, abre feridas emocionais, e um vazio no cotidiano de quem vivencia o luto, um sentimento no qual é provocado pela morte de alguém e, como pontuado no livro *Vida, morte e luto*, publicado em 2018, traz momentos estressantes, pela tentativa de readaptação em meio a uma ruptura da antiga realidade. Cada indivíduo dispõe da sua própria particularidade ao passar pelo processo do luto, algumas manifestações são mais propensas e comuns a decorrerem, tais como sentimentos de intensa tristeza, melancolia, isolamento, desencadeamentos de sintomas físicos e perda de significado da vida.

Em meio ao campo de morte e luto, tem-se os cuidados paliativos que, para a OMS, devem ser práticas multidisciplinares centradas em promover alívio de dor e sofrimento, seja de ordem física ou psicossocial ao indivíduo que esteja com a vida comprometida em virtude de alguma doença, objetivando o maior bem-estar possível a ele e aos familiares, oferecendo-lhes suporte e conforto emocional.

Vale abordar também a assistência do terapeuta ocupacional dentro da equipe multidisciplinar, no exercício dos cuidados paliativos em crianças pneumáticas, levando em consideração a lamentável alta taxa de mortalidade infantil causada pela pneumonia que, de acordo com a UNICEF, somente no ano de 2019 já foi responsável pela morte de 800 mil crianças. De acordo com a resolução COFFITO Nº 429/13, que reconhece a especialidade da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares, no que tange sua atenção em Cuidados Paliativo se dá pelos cuidados terapêuticos ocupacionais, não se restringindo a fase terminal da vida pois também compreende um meio de prevenção, podendo ser feito já no início do tratamento, reduzindo maiores complicações de sintomas e sofrimentos.

Se tratando da criança em risco de vida, esse processo torna-se ainda mais delicado pois a possibilidade de se perder um filho implica dilemas e angústias, a perda de si próprio (FUKUMITSU, 2018). Portanto, o terapeuta ocupacional deve se atentar não somente ao paciente como também estar disposto à comunicação com os familiares, esclarecendo tudo que for possível para redução de preocupações, abrir espaços para expressão de sentimentos e fornecer suporte para lidá-los com eles, favorecendo o acolhimento.

Na intervenção voltada para a criança, o profissional da T.O deve buscar a manutenção das significações na vida desse paciente, trazendo continuidade nos seus desempenhos ocupacionais de forma adaptável ao seu estado de saúde, aplicando manejos para reduzir a fadiga e massagens que reduzem o desconforto respiratório e tosses (Helena, 2018), deixando-lhe também à vontade para ter sua própria autonomia e desejos. Nesse momento, é essencial fazer a integração criança-família, para que ela possa sentir-se acolhida, sem sensação de abandono.

2.4.2 Práticas não-farmacológicas usadas pela terapia ocupacional

O ato de brincar, para além de ser um divertimento, abre espaços para que no período da infância o indivíduo se conecte com o ambiente ao seu redor, absorvendo experiências e desenvolvendo habilidades cognitivas, sociais e motoras (Willard & Spackman, 2002). A preferência pelas brincadeiras muitas vezes envolvem aquelas que demandam um alto nível energético, como correr e pular. Existem fatores externos que de algum modo interferem ou impossibilitam a plena execução dessas atividades (Ferland, 2006).

Como então se configura a intervenção da terapia ocupacional frente a uma criança pneumática em que sua ocupação do brincar está limitada por uma condição clínica que compromete sua capacidade respiratória, gerando fadiga e cansaço? O terapeuta ocupacional, antes de tudo, deve estar receptivo para a escuta, saber das preferências e os gostos da criança. A palavra-chave se dá pela readaptação e, a partir dela, outros desdobramentos que irão favorecer a inclusão do brincar no cotidiano dessa criança, superando sua condição de saúde física. Algumas das possibilidades para readaptar as brincadeiras, pode se dar pela inserção da criança no meio da arte, um recurso potencializador para o desenvolvimento e a comunicação simbólica através de expressões sentimentais que ela faz através dos recursos artísticos (MARIOTTI, 2020). Portanto, além de ser uma atividade de baixo impacto, que não irá demandar tanto esforço físico e com uma gama de possibilidades (pintura, desenho, colagens), pode garantir à criança melhor gerenciamento das suas emoções. Sobretudo, é pertinente instruir determinadas recomendações à família, no que se refere a não deixar a criança exposta em meio a poluentes, como a fumaça do cigarro e se atentar para o ambiente em que ela está, ser arejado e confortável.

Partindo para uma outra análise, conforme o Ministério da Saúde, a vacinação contra a gripe pode reduzir o índice de hospitalizações por pneumonias e a mortalidade da patologia. Além disso, existem vacinas disponíveis atualmente direcionadas ao público infante, que atuam contra a pneumonia pneumocócica, que apesar de não prevenir todas as classes da

enfermidade , é capaz de evitar a forma mais grave da enfermidade. Portanto, considerando que o Terapeuta Ocupacional compreende os saberes das áreas da saúde e sociais, pode se afirmar que a atuação do mesmo se faz importante no cuidado da pneumonia bacteriana infantil através da prevenção primária, com abordagens socioeducativas juntamente com equipes multidisciplinares a fim de incentivar à vacinação, para obtenção de resultados positivos em relação à história natural da doença.

3 CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, concluímos que embora a descoberta do antibiótico tenha trago esperança na vida de pessoas com doenças infecciosas, o uso indiscriminado dessa droga acarretou em uma série de complicações mediante a resistência bacteriana; devido a isso, é de suma importância a intervenção de profissionais qualificados, entre eles o terapeuta ocupacional, para prover assistência às crianças pneumáticas, em risco leve ou internalizadas. Sua atuação reduz prejuízos emocionais e ocupacionais, colaborando para o fortalecimento do vínculo criança-família, elaborando readaptações para que crianças nessa condição clínica continuem desempenhando seu papel de brincar e a redução do estresse. Além disso, é notório que o auxílio do terapeuta ocupacional na prevenção da doença, reduz riscos e agravos, permitindo uma melhor qualidade de vida para o público infantil.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A.; ASTER, A.; KUMAR, V. Robbins & Cotran Patologia – Bases Patológicas das Doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

BASTOS, Jessica Ohrana Façanha et al. Relação ambiente terapêutico e neuroplasticidade: uma revisão de literatura. REVISTA INTERDISCIPLINAR

CIÊNCIAS E SAÚDE-RICS, v. 4, n. 1, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/rics/article/view/4337>

BRAS, J. Alexander Fleming e a descoberta da penicilina. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. Out 2009. Disponível em: SciELO - Brasil - Nossa capa: Alexander Fleming e a descoberta da penicilina Nossa capa: Alexander Fleming e a descoberta da penicilina Acesso em: 03 de jun.2023

BUSH, Larry. Infecções pneumocócicas. MSD. Florida Atlantic University, março de 2021. Disponível em: Infecções pneumocócicas - Infecções - Manual MSD Versão Saúde para a Família (msdmanuals.com) Acesso em: 05 jun 2023.

CAMPOS, Hisbello. Pneumonia. [S. 1.], 4 jul. 2013. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/pneumonia>. Acesso em: 11 jun. 2023.

COSTA, Anderson; JUNIOR, Antonio. Resistência bacteriana aos antibióticos e Saúde Pública: uma breve revisão de literatura. *Resistência bacteriana aos antibióticos e Saúde Pública*, [s. 1.], p. 45-57, maio/ago 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e9dd/6f9ef66c2f4cb74b683178b78d45d83d46e6.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. Willard & Spackman. *Terapia Ocupacional*. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DE ANDRADE, Leonardo Neves; DA COSTA DARINI, Ana Lúcia. Mecanismos de resistência bacteriana aos antibióticos. 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4145358/mod_folder/content/0/3.%20Mecanismos%20de%20resistencia.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

Dia do Combate à Infecção Hospitalar: bactérias resistentes são desafio. IOC/FIOCRUZ. Maio de 2014. Disponível em: Dia do Combate à Infecção

Hospitalar: bactérias resistentes são desafio (fiocruz.br) Acesso em: 17 de jun. 2023

Doença pneumocócica: sintomas, transmissão e prevenção. FIO CRUZ. 23 Fevereiro 2022. Disponível em: Doença pneumocócica: sintomas, transmissão e prevenção - Bio-Manguinhos/Fiocruz | | Inovação em saúde | | Vacinas, kits para diagnóstico e biofármacos Acesso em: 03 de jun. 2023.

FELIX, Mara Morelo Rocha et al. Alergia a penicilina e antibióticos beta-lactâmicos. Einstein (São Paulo), v. 19, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021MD5703. Acesso em: 18 de jun.2023. FERLAND, Fracine. O modelo lúdico. 3.ed. São Paulo: Rocca, 2006.

FISHER, GILBERTO BUENO; ROZOV, TATIANA. Pneumonias na criança. J Pneumol, v. 24, n. 2, p. 101, 1998. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/1998_24_2_8_portugu es.pdf. Acesso em: 19 de jun. 2023.

FUKUMITSU, Karina. Vida, morte e luto - Atualidades brasileiras. 1. ed. São Paulo: Summus, 2018.

GARCIA-SCHINZARI, Nathália Rodrigues; SPOSITO, Amanda Mota Pacciulio; PFEIFER, Luzia Iara. Cuidados paliativos junto a crianças e adolescentes hospitalizados com câncer: o papel da terapia ocupacional. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 59, n. 2, p. 239-247, 2013. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/532>. Acesso em: 19 de junho de 2023.

GONÇALVES , Fabiana. Ação das drogas antimicrobianas. [S. l.], [entre 2007 e 2023]. Disponível em: <https://www.infoescola.com/farmacologia/acao-das-drogas-antimicrobianas/amp/>. Acesso em: 12 jun. 2023.

GUIMARÃES, Denise Oliveira; MOMESSO, Luciano da Silva; PUPO, Mônica Tallarico. Antibióticos: importância terapêutica e perspectivas para a descoberta e desenvolvimento de novos agentes. *Química Nova*, v. 33, p. 667-679, 2010.

KALIL, Irene. Pneumonia: especialista esclarece sintomas e formas de prevenção. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-40422010000300035>. Acesso em: 12 jun 2023

HELENO, Sônia Lara Alves. Cuidados paliativos em pediatria. *Evidências*, n. Apresentação, p. 41-49, 2013. Disponível em: <https://comun.rcaap.pt/handle/10400.26/10233>. Acesso em: 19 jun. 2023.

KANDEL, E.R.; SCHWARTZ, J.H.; JESSELL, T.M. *Princípios de neurociências*. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

MARIOTTI, Milton Carlos. *Atividades expressivas, criativas e artísticas*. Porto Alegre: Fi, 2020.

MARTINS, Vânia Paiva. A humanização e o ambiente físico hospitalar. In: Congresso Nacional da ABDEH. 2004. p. 63-67. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_ambiente_fisico.pdf. Acesso em: 19 de junho de 2023.

PINHEIRO, Pedro. Antibióticos: o que é, tipos e para que serve. MD.SAÚDE. Abril de 2023. Disponível em: [Antibióticos: o que é, tipos e para que serve | MD.Saúde \(mdsaude.com\)](https://mdsaude.com) Acesso em: 27 de maio de 2023.

RESUMO de Antibioticoterapia: Penicilinas e Carbapenêmicos. [S. l.], 5 dez. 2019. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/resumo-de-antibioticoterapia-penicilinas-e-carbapenemic-os-yellowbook>. Acesso em: 12 jun. 2023.

Scherer CB, Botoni SL, Costa-Val AP. Medvep Dermato - Revista de Educação Continuada em Dermatologia e Alergologia Veterinária. 2016. Disponível em: [Mecanismos-de-ação-de-antimicrobianos-e-resistência-bacteriana.pdf](#) (medvep.com.br) Acesso em: 17 de junho de 2023.

SETHI, Sanjay. Pneumonia adquirida na comunidade. [S. l.], set 2022. Disponível em:

<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-pulmonares/pneumonia/pneumonia-adquirida-na-comunidade>. Acesso em: 11 jun. 2023.

SETHI, Sanjay. Visão geral da pneumonia. [S. l.], set 2022. Disponível em:

<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-pulmonares/pneumonia/vis%C3%A3o-geral-da-pneumonia>. Acesso em: 11 jun. 2023.

SILVA, Luís Cláudio Ferreira. A ABOLIÇÃO DA MORTE NA MODERNIDADE. Revista Odisseia, n. 6, 2011. Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/odisseia/article/download/2066/1500/5811>.

Acesso em: 19 jun. 2023.

[S. l.], 22 jul. 2013. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/noticia/pneumonia-especialista-esclarece-sintomas-e-formas-de-prevencao>. Acesso em: 12 jun. 2023.

UNICEF: pneumonia matou uma criança a cada 39 segundos no ano passado.

ONU News, 20 de jan. de 2020. Disponível em:

<https://news.un.org/pt/story/2020/01/1702292#:~:text=Audioteca%2CUnicef%3A%20pneumonia%20matou%20uma%20crian%C3%A7a%20a%20cada%20segundo%20no%20ano%20passado%20BR&text=Segundo%20o%20Unicef%2C%20em>

%202019,pneumonia% 20matou%20800%20mil%20crianças. Acesso em: 19 jun. 2023

WERTH , Brian. Visão geral dos antibacterianos. MSD. maio de 2022. Disponível em: Visão geral dos antibacterianos - Doenças infecciosas - Manuais MSD edição para profissionais (msdmanuals.com) Acesso em: 1 jun. 2023.

WERTH , Brian. Considerações gerais sobre antibióticos. MSD. junho de 2022. Disponível em: Considerações gerais sobre antibióticos - Infecções - Manual MSD Versão Saúde para a Família (msdmanuals.com) Acesso em: 2 de jun.2023

5 Níveis de Prevenção em Saúde: Conheça todos!. [S. l.], 17 fev. 2022. Disponível em:<https://www.sanarsaude.com/portal/carreiras/artigos-noticias/5-niveis-de-prevencao-em-saude-conheca-todos>. Acesso em: 12 jun. 2023.

CAPÍTULO VIII

ANTIVIRAIS E SEUS MECANISMOS FARMACOLÓGICOS E A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM PACIENTES COM INFECÇÕES VIRAIS

ANTIVIRAL DRUGS AND THEIR PHARMACOLOGICAL MECHANISMS AND THE EFFECT OF OCCUPATIONAL THERAPY IN PATIENTS WITH VIRAL INFECTIONS

Francisca Luana Gomes Da Silva
Fernanda Pinheiro Chaves
Lucas Policarpo Martins
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

O capítulo refere-se aos fármacos antivirais, tendo como objetivo apresentar os fármacos para utilização na terapia antiviral, apontar a classe farmacológica, expor os efeitos colaterais e adversos que podem apresentar ao paciente e a atenção ao manejo clínico e administração segura. Também será exposta a intervenção que pode ser realizada através da prática pela Terapia Ocupacional para lidar com pacientes que apresentam infecção viral.

Palavras-chave: Fármacos; Antiviral; Infecção; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

The chapter refers to antiviral drugs, aiming to present the drugs for use in antiviral therapy, point out the pharmacological class, expose the side and adverse effects that they may present to the patient and attention to clinical management and safe administration. The intervention that can be carried out through Occupational Therapy practice to deal with patients who have a viral infection will also be exposed.

Keywords: Drugs; Antiviral; Infection; Occupational therapy.

1 INTRODUÇÃO

Já passamos por várias epidemias virais na história. Teve a gripe espanhola em 1918 que afetou 50% da população mundial, que matou cerca de 40 milhões de pessoas. Teve também a varíola em 1948, que matou quase 500 milhões de pessoas no século XX, o último caso de varíola aconteceu em 1977, sem cura, mas teve controle vacinal. Teve o HIV, que até então antes do coronavírus, era o vírus que mais afetava a população. Estima-se que no mundo existam mais de 34 milhões de pessoas afetadas com HIV (OMS, 2013). A África do Sul, é o local onde tem-se a maior incidência desse vírus. E por fim, em 2020 o mundo foi acometido pela pandemia do coronavírus, que veio de uma forma avassaladora e que se espalhou rapidamente pelo mundo inteiro. Hoje tem vacinas que mostraram bastante eficácia na redução de mortes, a redução de pacientes internados e hoje tem 6,21 milhões de pessoas que já morreram com o coronavírus e mais de 507 milhões de casos diagnosticados. No Brasil houve 30,3 milhões de casos e 663 mil mortes. (WORLD, Our In Data, 2022)

Falando um pouco de vírus, a palavra vire é a partícula com o material genético, ele pode ser de RNA ou DNA, e um envelope capsular proteico. Não apresentam sistema metabólico, portanto eles dependem de células infectadas para o crescimento e replicação, os vírus são totalmente dependentes celulares, precisam está dentro de uma célula para sobreviverem, pois não tem sistema metabólico próprio. A supressão da replicação viral, portanto, requer a inibição seletiva dos processos metabólicos que servem a essa replicação, então seletivamente tem que inibir os processos metabólicos que os vírus estão utilizando para se replicar, como por exemplo, o bacteriófago, um adenovírus e o próprio coronavírus. (FERNANDA et al., 2022)

A produção de fármacos antivirais ativos foi iniciada em meados dos anos 60 com grande especificidade para o tratamento contra as espécies virais, visto que os fármacos de pouca especificidade podem resultar em toxicidade, com a maioria dos fármacos considerados como drogas que combatem a multiplicação do vírus com espectro de ação restrito. Por conta da maioria dos agentes serem

assintomáticos durante sua introdução no corpo, os compostos acabam por ter a eficácia tardia até a total compreensão da doença. Os fármacos antivirais possuem a classe farmacológica de acordo com o mecanismo de ação ativo e os efeitos adversos, ligados a um determinado inibidor com objetivo de identificar o melhor medicamento para lidar com os efeitos que o vírus vai desempenhar.

O efeito colateral é qualquer tipo de resposta diferente do organismo às substâncias contidas nos medicamentos, que são paralelas às que são desejadas ou esperadas pelo fármaco. Já o efeito adverso é qualquer resposta do remédio que seja indesejada ou prejudicial ao paciente. A principal diferença entre o efeito colateral e o efeito adverso, que também é conhecido por RAM - Reação Adversa ao Medicamento, é que no efeito adverso, as consequências são consideradas sempre prejudiciais, enquanto um efeito colateral, dependendo da situação, pode ser benéfico. A terapia antiviral mostrou-se associada ao surgimento de diversos efeitos colaterais e complicações em longo prazo, que acabam dificultando a adesão do paciente ao tratamento ou promovendo mudança do esquema de tratamento. Os efeitos adversos mais comuns são náuseas, cefaleia, diarreia, tontura, dor abdominal e vômitos. Dessa forma, com intuito de manter a adesão do paciente e melhorar os resultados do tratamento com os antivirais, se faz de extrema importância entender, monitorar e tratar as reações adversas. (NETO, Rodrigo, 2021).

A complexidade para manejo da utilização de fármacos antivirais aponta para a necessidade dos profissionais de saúde auxiliarem o desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento e de ajustamento psicossocial. As intervenções da Terapia Ocupacional visam possibilitar a (re)significação da vida e o resgate de papéis e do desempenho ocupacional, explorando as habilidades e os potenciais, a fim de manter a autonomia do indivíduo nas decisões referentes a si mesmo e ao ambiente em que vive, promovendo e preservando sentimentos de autoestima, reconhecimento e valorização, a partir de uma melhor adaptação pessoal e social. (NUNES GIL; PRADO DE CARLO, 2014)

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – Apresentação dos fármacos antivirais

Abordaremos a seguir alguns fármacos antivirais, correlacionando seus mecanismos de ação com a Terapia Ocupacional e seu tratamento.

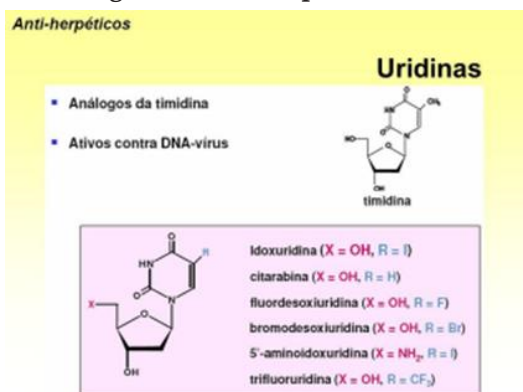
Os fármacos Anti-herpéticos são aqueles que age no vírus do herpes. Então, o vírus do herpes é um conjunto de vírus que causam variadas afecções em nosso corpo, ou seja, alterações capazes de expressar uma doença. Está incluindo, a herpes do vírus simples, onde os mais conhecidos estão a HSV-1, aquele que causa acometimento na boca que é o mais conhecido e que se consegue visualizar melhor, na face, esôfago e cérebro. E a HSV-2 que acomete a genitália, o reto, pele, mãos e meninges. Esse é o vírus mais comum dos tipos herpes vírus. (FERNANDA et al., 2022)

O vírus pode causar lesões orais e genitais, a transmissão ocorre por secreção, ou seja, quando o vírus está ativo ele causa infecções e lesões na pele, essas substâncias produzem secreções que vão ser transmitidas através da saliva, pelo contato íntimo (secreções vacinais) e pelo parto normal, como citado acima pela HSV-2. Este vírus tem uma alta recorrência, tem uma reativação, fica um tempo latente no corpo, uma curiosidade é que muitas pessoas já foram infectadas por esse vírus, porém muitas vezes não sabem. Esse vírus latente em situações de febre, estresse, raios solares etc., esse vírus pode sair da fase latente (quando o vírus causador da doença permanece inativo durante algum tempo) e ter uma reativação, nesse processo causando as lesões na pele.

O tratamento para herpes se dá pelas URIDINAS (são análogos da timidina) e TIMIDINA (é uma base nitrogenada, encontrada exclusivamente no DNA), por tanto as uridinas elas inibem, contra infecções DNA-vírus.

A Figura 01 mostra as principais uridinas para tratar o vírus do herpes, como a idoxuridina, citarabina dentre outras, mostradas na imagem a seguir em rosa.

Figura 1: Anti-herpéticos

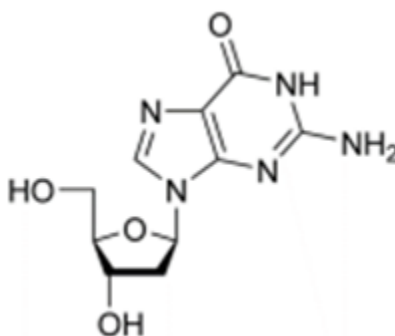


Fonte: Tratamento de Infecções Virais (ROTTINGHAUS;WHITLEY,2007)

Quando comparamos a estrutura da timidina com a estrutura da uridina, observa-se que são extremamente semelhantes. Variando na uridina a posição R (mostrada na figura 1, quadro em rosa), que na timidina encontra-se um grupamento metil. (ARAÚJO, 2017)

Um fármaco extremamente importante e talvez um dos mais utilizados na atualidade para tratamento do herpes é o aciclovir. Ele é um análogo sintético da desoxiguanosina. Na figura 2 vemos um exemplo de desoxiguanosina. O aciclovir é utilizado como terapia antiviral inicial e seletiva, ativo contra DNA-vírus muito utilizado para tratamento do herpes-vírus (HSV-1, HSV-2) e pode ser também utilizado para tratamento do vírus VZV (varicela-zoster).

Figura 2: Desoxiguanosina



Fonte: Nucleosídeo (Wikipedia, 2017)

O mecanismo de ação do aciclovir, que o herpes simples, por exemplo, vai infectar uma célula humana, ele consegue ser incorporado, logo depois vai ser

desnudado, vai se perder e seu material genético vai ser deslocado para o núcleo, para ser incorporado no DNA humano, dessa forma utilizar maquinaria das células humana em benefício próprio, para produzir os componentes de outras vírus. O aciclovir inicialmente vai ser transformado e esse composto vai ser ativado, vai para o núcleo e lá irá se ligar ao DNA polimerase do vírus do herpes. Dessa forma a desoxiguanosina bloqueia a replicação viral, por bloquear a extensão da cadeia de DNA. (ARAÚJO, 2017)

As pandemias de influenza, são epidemias de caráter de amplitude mundial, a primeira aconteceu na Rússia no ano de 1889, causado pelo vírus H2N2. Posteriormente teve uma pandemia em Hong Kong que durou de 1900 até aproximadamente 1915 causada pelo vírus H3N8. Logo após veio a primeira pandemia do H1N1, que causou a gripe espanhola em 1918. Em 1957 o H2N2 causou influenza asiática. Em 2009 uma pandemia de H1N1. E em 2020 tivemos o coronavírus e em 2022 teve-se o surto de H3N2, o que causou um susto na população e na rede pública, pois os sintomas respiratórios eram até piores do que o coronavírus. (LITTLER, 2004)

O mecanismo de infecção do vírus da influenza, se dá quando o vírus é formado pela neuraminidase (N1, N2) e pela hemaglutinina (H1,H2...), são glicoproteína de superfície do vírus, a hemaglutinina tem uma atração pelo ácido siálico que está presente no sistema respiratório, ela se liga a esse ácido e então esse vírus consegue entrar na célula, entra faz a replicação e multiplicação dentro da célula, quando se desligam, quando sair da célula ele continua ligado ao ácido siálico, a hemaglutinina. E a neuraminidase age quebrando a ligação do ácido siálico com a hemaglutinina, e fazendo com que o vírus agora possa infectar outras células. A neuraminidase causa uma hidrólise da ligação do ácido siálico, com a hemaglutinina do vírus. O Ácido siálico das células respiratórias, quebra essa ligação permitindo que o vírus infecte outra célula. Tem-se fármacos que causam a inibição da neuraminidase, quando inibem esse vírus não consegue sair da célula. (FERNANDA et al., 2022)

Os fármacos que contém agentes anti-hepáticos têm como objetivo impedir a evolução da doença crônica, ou seja, que evolua para a cirrose, impedir a

transmissão da doença e impedir a ocorrência de complicações. Eles não têm o objetivo de matar o vírus.

A hepatite B tem o interferon alfa que é um imunomodulador, tem a lamivudina usada em baixas doses para HBV e o adefovir usado em baixas doses também. Para a hepatite C tem o interferon alfa e a ribavirina. O mecanismo de ação do interferon, utilizados na hepatite B e na hepatite C, ele induz a proteína quinase que inibe a síntese proteica. Ele induzindo aumenta a produção da proteína quinase. Causa degradação do RNA mensageiro viral e causa inibição da tradução por inibir o RNA transportador. Ele reduz a infecção pelo vírus da Hepatite B ou C, neste mecanismo de ação. A biodisponibilidade oral é menor que 1%, é administrado por via intravenosa e subcutânea, distribuído em todos os tecidos, exceto no SNC e nos olhos e sua meia vida é de 1 a 4h.

Os antirretrovirais, a replicação deste retrovírus do HIV ocorre quando se liga ao complexo CD4 de células T através de uma glicoproteína do vírus, na cobertura viral. Tem uma proteína de fusão que vai romper essa cobertura viral e vai fazer a fusão da célula viral com a membrana celular humana que ele está infectando. Ocorre então a transcrição do RNA viral em DNA. Esse DNA é incorporado no genoma do hospedeiro. Sob o controle do DNA viral, a replicação se inicia, ocorre então a síntese de RNA e proteínas virais. (ROTTINGHAUS, 2007)

O ciclo de vida do vírus de RNA, especificamente o retrovírus do HIV, é absorvido pelas células e se liga ao CD4 de células T, graças a uma proteína que existe nesse vírus. Então entram na célula e tem-se a transcriptase reversa, que transforma o RNA em DNA, esse DNA vai ser integrado humano através de uma enzima que chamamos de integrase viral e agora tem a produção de proteínas virais. Esse vírus sai por exocitose das células. Os fármacos agem inibindo a adsorção, a ligação do CD4 das células T, podem inibir a transcriptase reversa, podem inibir a integrase viral e podem inibir as proteínas impedindo que formem proteínas viral. (ROTTINGHAUS, 2007)

A nevirapina é um fármaco usado em infecções por HIV. Age inibindo-se replicação do HIV e aumentando a produção de células CD4. A longo prazo o

uso de apenas um fármaco anti-HIV serve para selecionar vírus mutantes e resistentes ao tratamento.

2.2 - Efeitos colaterais e adversos

Os medicamentos antivirais utilizam diferentes mecanismos com o objetivo de frear a ação dos vírus, buscando minimizar os sintomas de uma infecção e encurtar sua duração. Eles também podem ajudar a reduzir a transmissão de um vírus.

Os antivirais em geral têm efeitos colaterais e adversos. Em geral, o efeito colateral é qualquer tipo de resposta diferente do organismo às substâncias contidas nos medicamentos, que são paralelas às que são desejadas ou esperadas pelo fármaco. Já o efeito adverso é qualquer resposta do remédio que seja indesejada ou prejudicial ao paciente. Sendo assim, a principal diferença entre eles, é que no efeito adverso, as consequências são consideradas sempre prejudiciais, enquanto um efeito colateral, dependendo da situação, pode ser benéfico. Os principais efeitos colaterais relatados pela maioria dos pacientes que utilizam os antivirais são tosse, boca seca, diarreia, tonturas, fadiga, dores de cabeça, insônia, dor nas articulações ou dores musculares, náuseas, vômitos e erupção cutânea. (NETO, 2021)

Alguns antivirais contam com propriedades que impedem os microrganismos de invadir as células humanas, parte fundamental do processo de infecção. Outros agem diretamente sobre as informações genéticas do vírus, enfraquecendo a replicação viral. Cada vírus exige um determinado tipo de inibidor. Assim, em um quadro de infecção, após o diagnóstico o médico poderá receitar o medicamento antiviral mais adequado para bloquear a ação do vírus. (NETO, 2021)

Os antivirais se classificam de acordo com seus principais ativos, que são os inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa, que agem inibindo a enzima transcriptase no DNA do vírus, tornando-a defeituosa para multiplicação, e dois de seus principais são o Tenofovir e a Didanosina, que são indicados para

tratamento de pessoas com infecção pelo HIV-1. Os inibidores não nucleosídeos, que também agem sobre a enzima transcriptase, interferindo em seu DNA e na duplicação do vírus, e em geral alguns de seus fármacos são Efavirenz, e Nevirapina, que também são indicados para pacientes infectados pelo vírus HIV-1. Os inibidores da protease, que bloqueiam a síntese de proteína do vírus, impedem que eles amadureçam e se reproduzam em outras células. Os inibidores da DNA-polimerase, que são bloqueadores da síntese do DNA viral impedindo que sua cadeia sofra alargamento, e alguns de seus ativos são Cidofovir e o Penciclovir. Inibidores de fusão do HIV, que são os responsáveis por impedir que vírus HIV entre nas células de defesa do organismo e que seja reproduzido. Dentre os ativos estão o Enfuvirtida e o Maraviroc. Os imunomoduladores, que são fármacos que atuam diretamente no sistema imunológico, ativam nossos mecanismos orgânicos para a produção de proteínas antivirais, alguns de seus ativos é o Palivizumabe e Imunoglobulina. E os inibidores da liberação e desmontagem viral, que tem a função de bloquear a neuraminidase do vírus. São utilizados no tratamento do vírus influenza, mais conhecido como vírus da gripe. E seus fármacos geralmente são a Amantadina e Zanamivir. (Novakova L. et al, 2017)

Assim como a maioria das classes de medicamentos, os antivirais possuem efeitos colaterais e adversos, no qual podem variar de acordo com a sua classe e dos seus principais ativos. As infecções virais afetam de três a cinco milhões de pacientes anualmente. Embora os antivirais sejam comumente usados, e geralmente mostram eficácia limitada e efeitos adversos graves, os extratos de ervas têm sido usados para fins medicinais desde os tempos antigos e são conhecidos por suas propriedades antivirais e efeitos colaterais mais toleráveis. Assim, a farmacoterapia de base natural pode ser uma alternativa adequada para o tratamento de doenças virais. Com várias formulações farmacêuticas e sistemas de entrega incluindo micelas, nanopartículas, nano suspensões, dispersões sólidas, microesferas e cristais, sistemas de entrega de drogas auto-nano emulsificantes e auto-micro emulsificantes (SNEDDS e SMEDDS) foram desenvolvidos e usados para entrega antiviral de agentes naturais desses

produtos. Essas diversas tecnologias oferecem uma entrega eficaz e confiável de fitoquímicos medicinais. (Soltan MM, Zaki AK, 2009)

2.3 - Atuação e manejo clínico dos pacientes e uso dos fármacos antivirais

Inicialmente com estado assintomático, grande parte dos vírus apresenta um conflito significativo para aplicação de estratégias antivirais com exatidão para o tratamento, devido aos diversos mecanismos de ação presentes e sua influência para a replicação viral, esperando não lesionar o metabolismo celular do indivíduo, assim, é necessária atenção ao manejo clínico, seguindo as instruções de um profissional de saúde, e ao conhecimento da ação ativa do fármaco, onde o profissional promova acolhimento ao paciente com o compartilhamento de informações de maneira clara para uma melhor estratégia de intervenção.

O caso da pandemia viral que teve destaque no ano de 2020 por conta da grande contaminação de SARS-CoV-2, mais conhecido como coronavírus, teve múltiplos testes para aprovação e implantação da vacina como método de imunização, e também para aplicação do tratamento por medicamentos que são eficazes em infecções virais parecidas, no qual foram estudados os fármacos: remdesivir, lopinavir-ritonavir, o interferon beta e a ribavirina. O remdesivir é um medicamento pró-fármaco análogo do nucleosídeo constituído por fosforamidato de um nucleosídeo C da adenosina que inibe o gene da polimerase de RNA dependente de RNA sendo um fármaco que demonstra eficácia contra muitos coronavírus humanos e zoonóticos e em diversos casos de vírus, como de Ebola, Marburg, Hendra, entre outros. Os fármacos lopinavir-ritonavir combinados, são inibidores de protease presentes no tratamento do HIV, com o ritonavir servindo como reforço, no qual também foi testado junto aos fármacos interferon beta e a ribavirina e se mostraram eficazes para o alívio de sintomas e para a recuperação do paciente como uma tripla combinação com segurança. (Barlow A, 2020)

Para lidar com as infecções por Herpes-Vírus Simples (HSV) e o Vírus da Varicela Zoster (VVZ), o tratamento é iniciado por atenção ao manejo da dor, fazendo uso de fármacos anti-inflamatórios ou analgésicos dependendo do nível

de dor, e também por meio do uso do fármaco antiviral, sendo o aciclovir mais utilizado por ter efeito ativo contra HSV tipo 1 (HSV 1), HSV-2, VVZ e Vírus Epstein-Barr (EBV), outras opções recomendadas, são o valaciclovir e fanciclovir que possuem efeitos semelhantes ao aciclovir, além de ter a dosagem mais confortável. O paciente que sofre de infecção por citomegalovírus (CMV) que pertence à mesma família dos herpesvírus, necessitará de analgésicos em casos de infecção leve, nos casos em que a pessoa se submeteu a algum transplante de órgãos ou tem o sistema imunológico enfraquecido e adquiriu retinite por CMV com ameaça a visão ou a vida do paciente, deverão ser administrados os medicamentos antivirais ganciclovir, valganciclovir ou foscarnete, e para as pessoas que possuem HIV/AIDS os antirretrovirais amparam a infecção.

O Tratamento Antirretroviral da Infecção pelo HIV (TARV) é realizado por meio de medicamentos antirretrovirais que vão atuar em diferentes fases do ciclo de replicação viral, ou no bloqueio da entrada do vírus na célula, culminando também na diminuição da carga viral, com a combinação de fármacos de potência máxima que o tratamento inclui pelo menos três agentes antirretrovirais, assim gerando benefícios clínicos para o paciente com HIV. (JOSEPHSON, 2010) Os fármacos antirretrovirais têm grande quantidade de medicações, nos quais se diferenciam em classes e objetivos específicos que os profissionais de saúde aplicam de acordo, para a escolha dos fármacos, leva-se em consideração os efeitos adversos, ingestão de outros fármacos, o tipo e presença de outras doenças durante o período de consumo, sendo importante não haver mudanças na dose do tratamento. O tratamento farmacológico da AIDS é feito por associação de medicamentos que inibem a reprodução do HIV no organismo humano. A adesão ao tratamento proporciona o aumento da sobrevivência, a redução do risco de progressão para AIDS e do desenvolvimento de cepas virais resistentes, além de melhorar a qualidade de vida.

Adquirindo infecção por Hepatite B (HBV), há tendência a se desenvolver em HBV aguda considerada de curta duração, porém pode se tornar crônica dependendo da idade do indivíduo que a adquiriu. A HBV crônica é fortemente

dependente da interação entre a resposta imune do hospedeiro e do vírus. (Almeida PH et al., 2021) Assim, o paciente é recomendado a usar preservativo, não ingerir produtos alcoólicos e utilizar fármacos análogos de nucleosídeos/nucleotídeos, assim como a droga interferon que possui atividade viral e imunomoduladora, além de ser importante no tratamento da virose, previne o surgimento do hepatocarcinoma em pacientes com cirrose pelo HBV. (FERREIRA, 2000) Como o vírus Hepatite C (HCV) é uma doença sistêmica silenciosa secundária a um vírus hepatotrópico e linfotrópico com alta taxa de cronicidade (Almeida PH et al., 2021), o paciente acomete doenças hepáticas, principalmente no que diz respeito a cirrose, devendo manter cuidado ao ingerir alimentos com grande quantidade de ferro. A intervenção aplica-se através do uso de antivirais de ação direta como os inibidores da protease e da polimerase, além dos interferons, que são considerados tratamentos eficazes.

O manejo clínico para os pacientes que apresentam infecção por influenza, consiste no suporte sintomático, na hidratação e utilização de fármacos antivirais com ativos inibidores da neuraminidase oseltamivir, que é recomendado a utilização nas primeiras 48 horas em que apresenta sintomas, e o zanamivir (em casos de intolerância gastrointestinal grave), além do fármaco ativo inibidor seletivo da endonuclease bolaxir, onde o paciente deve receber orientação para retornar ao consultório médico se apresentar síndrome gripal ou apresentar fatores de risco e condições específicas em que desenvolvam quadro de complicações graves. (BRASIL, 2018)

2.4 - Práticas terapêuticas usadas na atualidade pela terapia ocupacional

O mundo deparou-se com um vírus que se alastrou por todas as regiões do globo ao final do ano de 2019, instalando uma crise sanitária originada pelo novo coronavírus (SARS-CoV 2), causador da doença Covid-19. Como a principal forma de prevenção e de conter o aumento do contágio do vírus, adotou-se o distanciamento e isolamento social na maioria dos países. (COELHO, 2020).

A saúde pública brasileira assumiu a responsabilidade de reduzir os impactos das emergências e da pandemia, com o papel de fortalecer suas capacidades nas ações de vigilância em saúde e na atenção e cuidados à saúde da população (atenção primária em saúde, urgências e emergências, atenção hospitalar. (RODRIGUES, 2023)

Diante do cenário de pandemia do novo coronavírus, os atendimentos com Terapeutas Ocupacionais são essenciais e precisam ocorrer de forma precoce visando maximizar as habilidades funcionais nos estágios iniciais das sequelas apresentadas. Essas diretrizes para o manejo clínico em pacientes com a COVID-19 foram desenvolvidas por terapeutas ocupacionais especialistas em suas áreas de atuação, baseadas nas evidências científicas disponíveis. (RODRIGUES, 2023).

O ambiente hospitalar é um ambiente de muita intervenção do terapeuta ocupacional no sentido da reabilitação, do posicionamento, das estimulações cognitivas, motoras e sensoriais, onde a gente trabalha nas orientações e confecções de medidas alternativas de comunicação para que favoreça a interação com a equipe, na manutenção e preservação da energia, no desenvolvimento das atividades de vida diária e no bem-estar com todos. Mas esse ambiente foi modificado pela pandemia, uma vez que o terapeuta ocupacional não pode mais manter contato físico com o paciente. E, em muitos casos, esse contato é parte importante da terapia. Por isso, o profissional tem que usar a criatividade para inventar métodos alternativos. (RODRIGUES, 2023).

Apesar das sequelas pós-COVID-19 surgirem comumente em pacientes que desenvolveram a forma grave, em estudos recentes a prática clínica tem demonstrado que indivíduos que apresentaram a forma moderada da doença e que não necessitam de hospitalização também podem ter algum grau de comprometimento funcional. O atendimento do terapeuta ocupacional nos déficits funcionais é focado na ampliação da capacidade funcional residual e na estimulação das habilidades que precisam de reabilitação, resultando em um maior grau possível de autonomia e independência. (COELHO, 2020).

Buscando melhorar a autonomia do paciente, nas suas Atividades da Vida Diária (AVDs) e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), o

Terapeuta poderá implementar um plano terapêutico personalizado e focado na superação das necessidades individuais. O terapeuta poderá analisar aspectos funcionais (nível de independência e padrão de execução de atividades), avaliação da sensibilidade (superficial, profunda e cortical), avaliação motora (coordenação motora e força muscular), avaliação do ambiente (identificação de barreiras ou facilitadores) e a avaliação da necessidade de recursos de tecnologia assistiva. (AMADOR, 2020).

As pessoas hospitalizadas em decorrência da AIDS e do HIV, estão emocional e fisicamente fragilizadas, devido ao processo de adoecimento e às alterações nas relações interpessoais, ao afastamento do cotidiano e à submissão à rotina de hospitais. Tais dificuldades são agravadas pelo fato de que as pessoas acometidas são jovens na fase mais produtiva do seu desenvolvimento, que se veem impedidas de desempenhar seus papéis ocupacionais e sociais da maneira como gostariam. De acordo com o “Modelo de Ocupação Humana” da Terapia Ocupacional, os papéis ocupacionais são experimentados todos os dias, determinam a rotina diária e organizam a maioria dos comportamentos de cada pessoa. Não são somente rotinas de ação habilidosa e envolvem determinantes socioculturais sobre quando elas são executadas, em qual contexto, com quem e com qual frequência. A mudança nos papéis ocupacionais é um fenômeno complexo e requer a transformação dos hábitos e das habilidades para a integração de um novo padrão de vida diária. Representa um processo adaptativo crítico, que pode ocorrer no contexto natural de desenvolvimento, como a mudança do papel de estudante para o de trabalhador, mas pode também ser consequência de condições incapacitantes. (NUNES GIL; PRADO DE CARLO, 2014).

A Terapia Ocupacional no tratamento a pacientes com AIDS, principalmente em situação de internação ou tratamento diário, pode contribuir para a diminuição do impacto do processo de hospitalização no seu cotidiano, humanizar o ambiente e as relações interpessoais equipe-paciente-família, prevenir e/ou recuperar incapacidades funcionais, resgatar e/ou manter os papéis ocupacionais, facilitar a adaptação e elaboração do processo de

adoecimento e das perdas decorrentes de tal situação. Por meio de atividades significativas, considerando o contexto sociocultural em que cada um está inserido, pode colaborar para o exercício da autonomia e independência, colaborando para a qualidade de vida (QV) do indivíduo em todos os seus aspectos. (NUNES GIL; PRADO DE CARLO, 2014)

3. CONCLUSÃO

Para combater os vírus que evoluem para explorar processos celulares complexos para sua replicação na célula hospedeira (M., Kalia; S., Jameel., 2011) a classe dos fármacos antivirais apresenta grande variação para lidar com tais infecções com grande eficácia. Com a explanação dos mecanismos farmacológicos, o paciente acompanhado do profissional de saúde consegue obter maior ciência para recuperação segura, como na realização de atividades propostas pela Terapia Ocupacional e outros cuidados para prevenção de agravamento.

REFERÊNCIAS

Almeida PH, Matielo CEL, Curvelo LA, Rocco RA, Felga G, Della Guardia B, Boteon YL. Update on the management and treatment of viral hepatitis. *World J Gastroenterol.* v. 27, n.23, p. 3249-3261, 2021. Disponível em: doi:10.3748/wjg.v27.i23.3249.

AMADOR, Elielton. Terapia ocupacional se mostra fundamental durante a pandemia. In: *Terapia ocupacional se mostra fundamental durante a pandemia.* Belém - PA: Jornal O Liberal, 9 jul. 2020.

ARAÚJO, Sérgio Ricardo. Antivirais. Anti-influenza e anti-hepatite, [s. l.], 25 mai. 2017.

Barlow A, Landolf KM, Barlow B, Yeung SYA, Heavner JJ, Claassen CW, Heavner MS. Review of Emerging Pharmacotherapy for the Treatment of Coronavirus Disease 2019. *Pharmacotherapy*. v. 40, n. 5, p. 416-437, 6 mai. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/phar.2398>.

Bertram G. Katzung, Anthony J. Trevor. *Farmacologia básica e clínica*. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de Influenza: 2017 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 49 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DAS HEPATITES VIRAIS. 2018.

Brijesh S, Daswani P, Tetali P, Antia N, Birdi T. Studies on the antidiarrhoeal activity of *Aegle marmelos* unripe fruit: validating its traditional usage. *BMC Complement Altern Med*. v. 9, n. 47, 2019 doi: 10.1186/1472-6882-9-47.

BRUNTON, Laurence L. (Org.). *As Bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman*. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019

COELHO, Anderson. DIRETRIZES DE REABILITAÇÃO. TERAPÊUTICA OCUPACIONAL NA SÍNDROME PÓS-COVID-19, Belo Horizonte - MG, 10 jul. 2020.

De Clercq E. The discovery of antiviral agents: Ten different compounds, ten different stories. *Med Res Rev*. v. 28, p. 929-953, 2008.

FERNANDA, Priscilla et al. Antivirais Anti-herpéticos. No mundo da farmacologia, [s. l.], 29 abr. 2022.

FERNANDA, Priscilla et al. Antivirais Anti-influenza e anti-hepatite. No mundo da farmacologia, [s. l.], 29 abr. 2022.

FERNANDA, Priscilla et al. Antivirais conceitos e definições. No mundo da farmacologia, [s. l.], 29 abr. 2022.

FERNANDA, Priscilla et al. Antivirais Anti-retrovirais. No mundo da farmacologia, [s. l.], 29 abr. 2022.

FERREIRA, M. S.. Diagnóstico e tratamento da hepatite B. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 33, n. 4, p. 389-400, jul. 2000.

Field, Hugh J and Wainberg, Mark A. Antiviral drug development, *Future Virology*, v. 6 n 5, p. 545 - 547, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.2217/fvl.11.36>.

Francisco J. Morón Rodríguez [et al]. *Farmacología clínica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009.

Gasparini R, Amicizia D, Lai PL, Panatto D. Clinical and socioeconomic impact of seasonal and pandemic influenza in adults and the elderly. *Hum Vaccin Immunother*. v. 8, n. 1, p. 21- 28, 2012. Disponível em: doi:10.4161/hv.8.1.17622.

Ison MG, Portsmouth S, Yoshida Y, Shishido T, Mitchener M, Tsuchiya K, Uehara T, Hayden FG. Early treatment with baloxavir marboxil in high-risk adolescent and adult outpatients with uncomplicated influenza (CAPSTONE-2): a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Infect Dis*. v. 20, n. 10, p.

1204-1214. 8. jun. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30004-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30004-9).

JOSEPHSON, F. (2010), Drug–drug interactions in the treatment of HIV infection: focus on pharmacokinetic enhancement through CYP3A inhibition. *Journal of Internal Medicine*, v. 268, p. 530-539. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2010.02301.x>. LITTLER, E.; OBERG, B. Achievements and challenges in antiviral drugs. *Antiviral Chem. Chemother.*, v.16, p. 155-168, 2005.

LITTLER, E. The past, present and future of antiviral drug discovery. *Idrugs*. v. 7, n. 12, p. 1104-1112, 2004.

M., Kalia; S., Jameel. Virus entry paradigms. *SpringerLink*, [s. l.], v. 41, n. 5, p. 1147–1157, 2011.

Moradi MT, Rafieian-Kopaei M, Karimi A. A review study on the effect of Iranian herbal medicines against in vitro replication of herpes simplex virus. *Avicenna J Phytomed*. v. 6, n. 5, p. 506–515, 2016.

NETO, Rodrigo. Uso de Antivirais em Diferentes Situações. *MedicinaNet*, São Paulo, p. 1-29, 26 set. 2021.

Novakova L, Pavlik J, Chrenkova L, Martinec O, Cervený L. Current antiviral drugs and their analysis in biological materials – part II: antivirals against hepatitis and HIV viruses. *J Pharm Biomed Anal*. v. 147, p. 378–399, 2018. Disponível em: [doi:10.1016/j.jpba.2017.07.003](https://doi.org/10.1016/j.jpba.2017.07.003).

NUNES GIL, Natália Augusto; PRADO DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues. Os papéis ocupacionais de pessoas hospitalizadas em decorrência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2014.

Pardee, M. Diagnosis and Management of Hepatitis B and C. *Nursing Clinics of North America*, v. 54, n. 2, p. 277-284, 2019. Disponível em: doi:10.1016/j.cnur.2019.02.004.

QUEIROZ, MEG. AIDS. In: Calvanti A, Galvão C, organizadoras. *Terapia Ocupacional - fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 483-486.

QUEIROZ, MEG, Sorcinelli AR. *Terapia Ocupacional, Dor e Cuidados Paliativos na Atenção a Pacientes com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida*. In: De Carlo MMRP, Queiroz MEG, organizadoras. *Dor e Cuidados Paliativos - Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade*. São Paulo: Roca; 2007. p. 196-202.

RANG, H. P. et al. *Rang&Dale: Farmacologia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

RODRIGUES, D. DA S. *Terapia ocupacional e trabalho: desafios e perspectivas de uma prática emergente durante e após a pandemia da Covid-19*. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 31, p. e3337, 2023.

ROTTINGHAUS, S.T.; WHITLEY, R.J. Current non-AIDS antiviral chemotherapy. *Expert Rev. Anti-Infect. Ther.*, v.5, n.2, p.217-230, 2007.

SIGNIFICADOS (ed.). *O que é Efeito colateral: Significado de Efeito colateral*. In: *O que é Efeito colateral?* São Paulo, 1 jul. 2022.

Soltan MM, Zaki AK. Antiviral screening of forty-two Egyptian medicinal plants. *J Ethnopharmacol.* v. 126, n. 1, p. 102-107, 2009. Disponível em: doi:10.1016/j.jep.2009.08.001.

WORLD, Our In Data. *Pandemia do Coronavírus, Mortes no mundo até abril de 2022*. [et. al]; Última atualização: 21/04/2022.

CAPÍTULO IX

TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO EM PACIENTES NO USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS

OCCUPATIONAL THERAPY IN CARE OF PATIENTS USING ANTI- INFLAMMATORY DRUGS

Keyslane Linhares Da Silva
Laisa Marques Nicolau De Oliveira
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

Inflamações são as respostas do nosso sistema imune para que eles continuem em integridade no nosso organismo. Para inibir a inflamação se torna necessário o uso de inflas anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), que são medicamentos que tratam de inflamações, dores e edemas, osteoartrites, artrite etc. Podem ser classificados em duas categorias diferentes: os anti-inflamatórios esteroidais que são denominados de corticosteróides (AIEs) e os anti-inflamatórios não esteroidais. Os efeitos mais comuns e adversos dos anti inflamatórios são: agravo da hipertensão; bloqueio da ação dos diuréticos; piora da insuficiência cardíaca; agravo da função renal; síndrome nefrótica; hepatite medicamentosa; relação com varfarina; reação alérgica; aumento do risco de doenças cardiovasculares. Por tanto, os terapeutas ocupacionais proporcionam um papel importante no manejo dos efeitos colaterais dos fármacos anti-inflamatórios. A terapia ocupacional pode incluir técnicas de controle da dor, exercícios de fortalecimento e mobilidade, aconselhamento sobre acomodações e modificações ambientais e estratégias para melhorar a função e a qualidade de vida geral.

Palavras-chave: Anti-inflamatórios. Efeitos adversos. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

Inflammations are the responses of our immune system so that they remain intact in our body. To inhibit inflammation, it is necessary to use non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), which are drugs that treat inflammation, pain and swelling, osteoarthritis, arthritis, etc. They can be classified into two different categories: steroidal anti-inflammatory drugs that are called corticosteroids (NSAIDs) and non-steroidal anti-inflammatory drugs. The most common and adverse effects of anti-inflammatory drugs are: aggravation of hypertension; blocking the action of diuretics: worsening heart failure; worsening kidney function; nephrotic syndrome; drug-induced hepatitis; relationship with warfarin; allergic reaction; increased risk of cardiovascular disease. Therefore, occupational therapists provide an important role in managing the side effects of anti-inflammatory drugs. Occupational therapy may include pain management techniques, strengthening and mobility exercises, advice on accommodations and environmental modifications, and strategies to improve function and overall quality of life.

Keywords: Anti-inflammatories. Adverse effects. Occupational therapy.

1 INTRODUÇÃO

Inflamações são as respostas do nosso sistema imune para que eles continuem em integridade no nosso organismo. Um corpo sem inflamações se sujeitaria a um corpo sem danos, ou seja, todo seu funcionamento agiria de modo ideal. As inflamações são mediadas por células e moléculas, onde a principal célula no seu mecanismo são os leucócitos (células do sistema imune) e seus principais tipos são: macrófagos, neutrófilos, células natural killers e subtipos de linfócitos. O processo realizado pelos leucócitos pode ser realizado de duas formas através de moléculas de sinalização, de uma forma direta ou indireta. Moléculas essas que são denominadas como movimentadoras de células (citocinas).

Para inibir a inflamação se torna necessário o uso de inflas anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são medicamentos que tratam de inflamações, dores e edemas, osteoartrites, artrite reumatoide e distúrbios músculo-esqueléticos. Podem ser classificados em duas categorias diferentes: os anti-inflamatórios esteroidais que são denominados de corticosteróides (AIEs) e os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) (Sandoval, 2017).

Desde os povos antigos do Egito os AINES têm apontamentos, explicitando que a casca de salgueiro aliviava a dor reumática e o uso do Mirtilo para inflamação e dores. Em 1818, Jolhonn Andreos Buchnne, separou a salicina da casca do salgueiro (*Salix alba vulgaris*), em 1897, depois do pai de um dos funcionário da Bayer, ter usado o ácido acetilsalicílico (ASS) e relatado o gosto amargo, decidiu aceitar esse ácido. Desse modo, nasceu o primeiro AINE, comercializado como aspirina pela Bayer em 1899 (Figueiredo & Alves, 2015).

Os AINEs agem nas prostaglandinas sintases denominadas ciclooxigenase 1 (COX-1) e ciclooxigenase 2 (COX-2) e, mais recentemente, uma nova isoforma da prostaglandina sintase denominada ciclooxigenase oxigenase 3 (COX-3). As drogas inibem a síntese de uma classe de mediadores químicos inflamatórios denominados eicosanóides (BALBINO, 2011).

Os efeitos mais comuns e adversos dos anti inflamatórios são: agravo da hipertensão; bloqueio da ação dos diuréticos; piora da insuficiência cardíaca; agravo da função renal; síndrome nefrótica; hepatite medicamentosa; relação com varfarina; reação alérgica; ausência de audição nos idosos e aumento do risco de doenças cardiovasculares.

O presente trabalho tem como finalidade, por meio de uma revisão literária, analisar os anti - inflamatórios e relatar seus efeitos colaterais e adversos. Juntamente a isso, discutir sobre a atenção da Terapia Ocupacional com pacientes usuários de tais medicamentos, e quais intervenções e práticas são utilizadas para o manejo da vida do paciente diante das possíveis reações ao fármaco e tratamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Anti inflamatórios

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são medicamentos que tratam de inflamações, dores e edemas, osteoartrites, artrite reumatoide e distúrbios músculo-esqueléticos. Já os anti-inflamatórios esteroidais (AIEs) são drogas que mimetizam os efeitos do hormônio cortisol. Este hormônio é essencial à vida, sendo responsável por vários processos, desde o estado de embrião. Além de possuir efeitos metabólicos próprios, também age amplificando o efeito de outros hormônios no organismo humano.

Existem vários anti-inflamatórios disponíveis no mercado, tanto da classe dos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) quanto dos corticosteróides. Abaixo estão alguns exemplos dos principais anti-inflamatórios. Alguns exemplos comuns de AINEs incluem: Ibuprofeno: Disponível tanto em forma de prescrição quanto sem receita médica, o ibuprofeno é frequentemente utilizado para aliviar a dor, reduzir a inflamação e diminuir a febre. Naproxeno: Também disponível em forma de prescrição e sem receita, o naproxeno é utilizado principalmente para tratar a dor e a inflamação à artrite, bem como outras condições dolorosas. Ácido acetilsalicílico (aspirina): Embora seja conhecido principalmente como um analgésico e antipirético (reduzidor de febre), a aspirina também possui propriedades anti-inflamatórias e é frequentemente usada no tratamento de doenças inflamatórias, como a artrite. Diclofenaco: É frequentemente prescrito para o tratamento de condições inflamatórias, como artrite reumatóide, osteoartrite e gota. Celecoxibe: É um AINE seletivo da COX-2, que é utilizado para tratar a dor e a inflamação em condições como artrite reumatóide e osteoartrite. Ele tende a ter menos efeitos colaterais gastrointestinais em comparação com os AINEs.

Os principais antiinflamatórios esteroidais, também conhecidos como corticosteróides. Alguns exemplos comuns de AIEs incluem: Prednisona: É um corticosteróide comumente usado para tratar uma variedade de condições

inflamatórias, como artrite, asma, doenças autoimunes e reações alérgicas. Dexametasona: É um potente corticosteróide usado para tratar inflamações graves, como nas doenças respiratórias, edema cerebral, doenças autoimunes e algumas formas de câncer. Hidrocortisona: É um corticosteróide utilizado em uma variedade de condições inflamatórias, incluindo doenças da pele, alergias, doenças autoimunes e para suplementar a deficiência de cortisol em condições como a adrenal. Betametasona: É um corticosteróide que possui potentes efeitos anti-inflamatórios e é frequentemente usado no tratamento de condições dermatológicas, alergias, artrites e doenças respiratórias. Metilprednisolona: É um corticosteróide utilizado para tratar uma ampla gama de condições inflamatórias, como doenças autoimunes, alergias, asma, artrite e algumas condições respiratórias.

2.2 Efeitos colaterais e adversos

Os anti-inflamatórios são fármacos bastante receitados, além de serem obtidos sem receita com frequência, pois acredita-se que seu efeito seja superior a de outros analgésicos. Do mesmo modo que outros fármacos, os anti-inflamatórios têm seus efeitos colaterais e adversos, dada as suas ações sobre vários sistemas.

Após usar os anti-inflamatórios por um longo período, eles podem acabar causando efeitos gastrointestinais, como dispepsia, erosões gastrointestinais, úlceras, anemia ferropriva, obstrução gástricas, entre outras inflamações intestinais. A maioria dos anti - inflamatórios não esteróides (AIENs) inibem a COX-1 e a COX-2, o que por consequência, inibe a produção de prostaglandina que protege o estômago, fazendo com que aumente a concentração de ácido na parede estomacal causando lesões gastrointestinais. (CHAHADÉ; GIORGI; SZAJUBOK, 2008; MONTEIRO, 2008).

Podem causar complicações renais, as enzimas COX-1 e COX-2 desempenham um papel importante na fisiologia renal e na função normal. Espera-se que o surgimento de inibidores seletivos reduza as reações adversas

causadas por inibidores não seletivos, mas os coxibes também podem agravar problemas renais em pacientes saudáveis e pacientes predispostos a eventos renais como: insuficiência renal aguda, nefrite tubulointersticial, lesão glomerular, diminuição da excreção de sódio e água, hipercalemia e hipertensão. Estudos clínicos demonstraram que os inibidores seletivos, como o celecoxibe e o rofecoxibe, podem causar os mesmos problemas renais que os inibidores não seletivos. (MICHELIN et al., 2006; MELGAÇO et al., 2010).

Os AINEs são a principal causa de reações cutâneas, depois dos antibióticos como: urticária, angioedema, eritema multiforme, eritema nodoso, erupção máculo-papulares, reações de fotossensibilidade, eritema pigmentar fixo, vasculite leucocitoclástica bolhosa, síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica (VARALDA; MOTTA, 2008).

Meningite asséptica, psicose e comprometimento cognitivo são os efeitos mais comuns no SNC associados ao uso de AINEs. Psicose e comprometimento cognitivo foram mais comuns em pacientes idosos em uso de indometacina. Meningite mais comum em pacientes recebendo ibuprofeno e naproxeno para lúpus eritematoso sistêmico (CHAHADE; GIORGI; SZAJUBOK, 2008). A insuficiência hepática é muito rara, no entanto, o uso de AINEs tem sido associado a transaminases elevadas, levando a aumento da bilirrubina. O paciente pode ter sido exposto a outras substâncias hepatotóxicas causando o aumento do risco de dano hepático, como em pacientes com AR. O diclofenaco tem sido associado ao desenvolvimento de hepatite. Pacientes que usam de AINEs prolongado devem ser monitorados com testes de função hepática após oito semanas de uso, já que os sintomas hepáticos são raros. Deve parar de usar AINEs nos seguintes casos: albumina gravemente diminuída, tempo de protrombina prolongado, transaminases aumentadas mais de três vezes o normal. (MONTEIRO et al., 2008).

A utilização de corticosteróides em altas doses, pode provocar transtornos do humor, distúrbios de comportamento, reações psicóticas e pensamentos

suicidas. É necessário cuidado especial em pacientes com história pessoal ou familiares doenças psiquiátricas. Já o uso prolongado, pode causar imunossupressão, diminuindo a resposta imune, elevando assim a possibilidade de infecções e sua gravidade. As infecções podem se apresentar de forma atípica ou subclínica, dificultando a identificação mesmo em estágios avançados da doença.

2.3 Atuação da Terapia Ocupacional

A terapia ocupacional é uma disciplina de saúde que se concentra em ajudar as pessoas a participar de atividades diárias significativas e melhorar sua qualidade de vida. Os terapeutas ocupacionais trabalham com indivíduos de todas as idades que apresentam dificuldades físicas, mentais, emocionais ou sociais que afetam sua capacidade de participar de ocupações ou atividades significativas.

Em relação aos anti-inflamatórios, são medicamentos utilizados para reduzir a inflamação no corpo. Existem vários tipos de anti-inflamatórios, incluindo esteroides e não esteroides (AINEs). Os AINEs são os mais comumente usados e estão disponíveis sem receita na forma de medicamentos como ibuprofeno e naproxeno. Em alguns casos, a terapia ocupacional pode complementar o uso de anti-inflamatórios para tratar condições que causam dor e inflamação, como a artrite.

A terapia ocupacional pode incluir técnicas de controle da dor, exercícios de fortalecimento e mobilidade, aconselhamento sobre acomodações e modificações ambientais e estratégias para melhorar a função e a qualidade de vida geral. É importante ressaltar que os anti-inflamatórios são medicamentos que devem ser prescritos e utilizados sob a supervisão de um médico, pois podem apresentar efeitos colaterais e contra indicações.

Pacientes que fazem o uso de anti inflamatório normalmente têm dores crônicas, dores essas que por não terem funções indicativa de iminência de um

dano ao organismo são consideradas desnecessárias (SPECIALI; GONÇALVES,2007). Dores essas que estão presentes mesmo com o tecido sem estímulo ou sua própria cura. A dor apresenta linguagem particular; portanto, a sensação de dor é quantificada e qualificada pela palavra e o sentido que cada um dá a esta. Pode ser observada pelo comportamento, que reflete na capacidade funcional e nas ações ocupacionais do sujeito (NUNES, 2007).

2.4 Práticas terapêuticas usadas na atualidade pela T.O.

Os terapeutas ocupacionais proporcionam um papel importante no manejo dos efeitos colaterais dos fármacos anti-inflamatórios. Os anti-inflamatórios podem causar uma variedade de efeitos colaterais, onde os mesmos podem afetar o funcionamento individual e a qualidade de vida. Alguns destes adversos incluem distúrbios gastrointestinais, como dor de estômago, náusea e diarreia, reações alérgicas, danos nos rins, aumento da pressão arterial, distúrbios do sono e alterações de humor. Nesses casos, o terapeuta ocupacional pode seguir as seguintes etapas: Avaliação Funcional: A capacidade funcional global do indivíduo, considerando as limitações impostas pelos efeitos dos medicamentos. Isso pode incluir avaliação de mobilidade, destreza manual, habilidades de autocuidado e desempenho no trabalho. Atividades realizadas e estilos de vida de qualidade relacionados à saúde.

3 CONCLUSÃO

Dessa forma, a ação dos antiinflamatórios em pacientes em uso, é gradativa, vai depender de como está a situação da dor, se essa dor se mantém desnecessária e como o paciente vai agir diante tal tratamento. Vale ressaltar que o terapeuta ocupacional não vai orientar como o indivíduo vai tomar o fármaco, e sim acompanhar seu desenvolvimento, fazer com que seu desenvolvimento seja efetivo também com ações terapêuticas, ações essas que irão fazer parte das atividades de vida diária do paciente. O acompanhamento do terapeuta ocupacional também se torna efetivo quando o fármaco apresenta efeitos

adversos e colaterais e o paciente não precisa interromper o tratamento, e sim se expor a um recurso terapêutico para mudanças de hábitos de vida.

Em conclusão, os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são uma opção comumente utilizada no tratamento da dor e inflamação associadas a uma variedade de condições, incluindo aquelas que podem ser abordadas pela terapia ocupacional. Embora os AINEs possam proporcionar alívio sintomático, é importante reconhecer que eles não abordam as causas subjacentes da condição e podem apresentar efeitos colaterais significativos quando usados em doses elevadas ou por períodos prolongados.

A terapia ocupacional, por outro lado, oferece uma abordagem holística para o tratamento de condições que afetam a capacidade de uma pessoa realizar atividades diárias significativas. Em vez de se concentrar apenas no alívio da dor, a terapia ocupacional busca melhorar a função física, cognitiva e emocional, promovendo a participação ativa em atividades que são importantes para o indivíduo.

Embora os AINEs possam ser úteis para gerenciar sintomas como dor e inflamação, eles não substituem a abordagem abrangente fornecida pela terapia ocupacional. Ao trabalhar em colaboração com profissionais de saúde, incluindo terapeutas ocupacionais, é possível obter um plano de tratamento personalizado que combina o uso adequado de medicamentos com intervenções terapêuticas direcionadas às necessidades individuais do paciente.

Em suma, enquanto os AINEs podem ser úteis no controle dos sintomas, a terapia ocupacional desempenha um papel fundamental no tratamento de condições que afetam a capacidade funcional de uma pessoa, ajudando-as a alcançar maior independência e qualidade de vida. A combinação dessas abordagens pode proporcionar melhores resultados e promover uma recuperação mais completa e sustentável.

Enquanto os AIEs podem ser úteis para controlar a inflamação e os sintomas associados, a terapia ocupacional desempenha um papel crucial ao abordar as limitações funcionais e capacitar os indivíduos a desempenhar suas atividades diárias de maneira mais independente e significativa. A combinação dessas abordagens pode levar a resultados mais abrangentes e melhorar a qualidade de vida das pessoas que enfrentam condições inflamatórias crônicas.

REFERÊNCIAS

Sandoval AC, Fernandes DR, Silva A, Junior, ATT. **Uso indiscriminado dos anti-inflamatórios não esteroidais (AINES)**. v.8 n.2; Revista Científica FAEMA; 2017. Acesso em: 19 jun. 2023

Figueiredo, W. L. M., & Alves, T. C. A. (2015). **Uso dos anti-inflamatórios não esteroides no controle da dor aguda: revisão sistemática**. Revista Neurociências, 23(3), 463–467. Acesso: 19 jun. 2023

BALBINO, C. A. **Anti-inflamatórios: uma compreensão total**. Pharmacia Brasileira. v. 1, n. 81, 2011. Acesso: 20 jun. 2023

CHAHADE, W. H; GIORGI, R. D. N; SZAJUBOK, J.C.M. **Antiinflamatórios não hormonais**. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.estudoorientado.com.br/conteudo/fckeditor/AINH.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2023

MICHELINI, A. de F; FERREIRA, A. A. P; BITAR, V. G; LOPES, L. C. Toxicidade renal de inibidores seletivos da ciclo-oxigenase-2: Celecoxibe e Rofecoxibe. **Ver. Ciênc. Med. Campinas**, 2006. Disponível em: <www.puc-campinas.edu.br>. Acesso em: 22 jun. 2023

VARALDA, D. B.; MOTTA, A. A. Reações adversas aos anti-inflamatórios não esteroidais, **Revista Bras. Alerg. Imunopatol**; São Paulo, p. 27 - 34, 2008. Disponível em: <<http://www.asbai.org.br/revistas/Vol321/ART%201-09%20-%20Rea%C3%A7%C3%B5es%20adversas%20aos%20antiinflam%C3%B3rios.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2023

MONTEIRO, E. C. A; TRINDADE, J. M. de F; DUARTE, A. L. B. P; CHAHADE, W. H. **Os Anti-inflamatórios não esteroidais (AINES)**, v. 9, n.2, 2008. Disponível

em:

<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3744>.

Acesso em: 22 jun. 2023

HERRMANN, Ana Paula; PIATO, Angelo; FRANKE, Felipe Schroeder; BEVENUTTI, Radharani (ed.). **Anti-inflamatórios:: ação farmacológica sobre um dos fenômenos mais complexos do corpo humano. ação farmacológica sobre um dos fenômenos mais complexos do corpo humano.** 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/farmacologica/2020/11/25/anti-inflamatorios-acao-farmacologica-sobre-um-dos-fenomenos-mais-complexos-do-corpo-humano/>. Acesso em: 22 jun. 2023.

CAPÍTULO X

ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NOS PACIENTES EM USO DE ANTI INFLAMATÓRIOS E IMUNOSSUPRESSORES

PERFORMANCE OF OCCUPATIONAL THERAPY IN PATIENTS USING ANTI-INFLAMMATORY AND IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS

Gabrielle Soares Ribeiro
Myrna Maria Lima Bezerra
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

O presente capítulo aborda o papel dos anti-inflamatórios e imunossupressores no tratamento de distúrbios inflamatórios e imunológicos. Além de discutir o processo de inflamação e a interação desses fármacos, há uma análise sobre a resposta do organismo ao uso dessas substâncias no controle de infecções e na promoção do reparo tecidual. O objetivo desta revisão literária é explorar a prática técnica farmacológica da classe e o papel da terapia ocupacional no tratamento de sintomas inflamatórios e imunológicos, visando auxiliar os indivíduos a realizar suas atividades de vida diárias (AVD) de forma mais independente, oferecendo uma visão necessária sobre a importância dos anti-inflamatórios e imunossupressores, bem como a contribuição da terapia ocupacional no gerenciamento desses distúrbios. Ao compreender o papel desses medicamentos e implementar estratégias no tratamento, os profissionais da área poderão lidar de forma mais eficaz com os sintomas patológicos da inflamação e os efeitos colaterais farmacológicos que podem afetar seus clientes no uso dessa classe, oferecendo uma melhor qualidade de vida e autonomia para seus usuários.

Palavras-chave: Terapia ocupacional, anti-inflamatórios, imunossupressores.

ABSTRACT

This chapter addresses the role of anti-inflammatory and immunosuppressant drugs in the treatment of inflammatory and immunological disorders. In addition to discussing the inflammatory process and the interaction of these drugs, there is an analysis of the body's response to the use of these substances in controlling infections and promoting tissue repair. The objective of this literature review is to explore the pharmacological technical practice of the class and the role of occupational therapy in the treatment of inflammatory and immunological symptoms, aiming to help individuals perform their activities of daily living (ADL) more independently, offering a necessary insight into the importance of anti-inflammatory and immunosuppressant drugs, as well as the contribution of occupational therapy in the management of these disorders. By understanding the role of these drugs and implementing treatment strategies, professionals in the field will be able to deal more effectively with the pathological symptoms of inflammation and the pharmacological side effects that can affect their clients when using this class, offering a better quality of life and autonomy for their users.

Keywords: Occupational therapy, anti-inflammatories, immunosuppressants.

1 INTRODUÇÃO

Os anti-inflamatórios e imunossupressores desempenham um papel fundamental no tratamento de distúrbios inflamatórios e imunológicos. Os anti-inflamatórios são medicamentos responsáveis pelo controle das respostas imunológicas do corpo a inflamação, conhecidas como dor, rubor, inchaço, calor e perda de função (ROBBINS, 2015). Já os imunossupressores são fármacos utilizados para atenuar a resposta imune, modulando a ação da micróglia e outras células do sistema imune (GOODMAN, 2012). Ou seja, são aqueles que inibem a ação do sistema imunológico para que as células de controle não sejam destruídas pelo próprio corpo.

Nesse contexto, o uso de anti-inflamatórios e imunossupressores exercem suma importância pois esses medicamentos têm a capacidade de reduzir a inflamação, aliviar os sintomas associados e controlar a resposta imunológica exacerbada. Compreender os diferentes mecanismos de ação e efeitos dessas classes de medicamentos é essencial para a terapia ocupacional, permitindo a adaptação e o planejamento de intervenções terapêuticas adequadas nas necessidades individuais dos pacientes pois, de forma geral, o processo inflamatório está presente em várias patologias que causam dor e diminuem a qualidade de vida da população (JACOB, 2018), que necessitam de uma abordagem integrada a terapias adaptadas com pacientes que sofrem com essa condição.

Esta revisão literária tem como objetivo explorar os diferentes tipos de anti- inflamatórios e imunossupressores utilizados na prática clínica, bem como discutir seu papel na terapia ocupacional. Serão abordados os mecanismos de ação, os efeitos colaterais e os benefícios desses medicamentos, além de destacar as considerações relevantes para a terapia ocupacional no manejo dos sintomas inflamatórios e imunológicos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Inflamação

A inflamação, segundo ROBBINS (2015), é uma resposta protetora e importante do organismo vivo a invasores estranhos e tecidos necróticos a fim de eliminar a causa inicial da lesão celular, além de oferecer células responsáveis para o início do processo de reparo. Ela acontece quando o organismo, após uma lesão nos tecidos, libera substâncias pró inflamatórias que ativam o aumento da permeabilidade dos vasos sanguíneos. Essa etapa é muito importante pois, além de formar o inchado e edema no local, permite que as células do hospedeiro, incluindo leucócitos e proteínas plasmáticas, possam chegar a inflamação e iniciar o processo de reparação e diminuir as possíveis infecções. Embora a

inflamação desempenhe um papel importante na remoção das infecções e na promoção do reparo tecidual, ela também pode causar danos significativos.

Os mesmos componentes da reação inflamatória que ajudam a destruir os micróbios e tecidos mortos também têm a capacidade de lesar os tecidos normais (ROBBINS, 2015). Por isso, é importante reconhecer que a lesão pode coexistir com as respostas inflamatórias benéficas e normais. Em certos casos, a resposta pode se tornar excessivamente forte (infecções acentuadas), prolongada (quando há resistência a erradicação), ou inadequada (quando ela é direcionada contra antígenos próprios do organismo, como as doenças autoimunes). ROBBINS (2015) também afirma que “muitas doenças humanas que causam sofrimento físico são distúrbios que resultam de inflamação crônica inapropriada”. Ou seja, é fundamental entender que a inflamação desempenha um um fator necessário na medicina e seu papel na patologia é essencial para o diagnóstico, tratamento e controle dessas condições.

O entendimento das respostas inflamatórias inapropriadas ou excessivas permitem o desenvolvimento de abordagens terapêuticas e farmacológicas direcionadas na modulação da resposta inflamatória e a minimização aos danos teciduais dessa resposta. Como vimos, quando acontece uma infecção ou lesão nos tecidos, o sistema imunológico desencadeia um processo de inflamação como resposta protetora como o aumento do fluxo sanguíneo na área afetada, permitindo que células do sistema imunológico cheguem ao local para combater o agente agressor (MEDEIROS, 2013). Porém, em certas circunstâncias, a inflamação pode se tornar excessiva e causar desconforto para os pacientes que a possuem, causando desconforto para quem a sente. Os anti-inflamatórios e os imunossupressores serão os medicamentos utilizados para interromper ou reduzir essa reação inflamatória, minimizando os sintomas característicos, como calor (aquecimento), rubor (vermelhidão), tumor (inchaço), dor (dolor) e perda de função (ROBBINS, 2015).

Os anti-inflamatórios e imunossupressores serão as classes de medicamentos utilizadas no tratamento de doenças inflamatórias e condições em que é necessário suprimir a resposta imunológica do organismo, agindo como uma espécie de modulação da inflamação a fim de proporcionar alívio aos pacientes envolvidos. A inflamação, embora frequentemente associada a condições como artrite reumatoide, desempenha um papel significativo em muitas doenças encontradas na prática clínica (RANG & DALE, 2011) e seu estudo é essencial para a terapia ocupacional, pois, a partir dela conseguimos compreender mecanismos da inflamação e gerenciar os sintomas em seus pacientes.

Existem dois grupos principais de fármacos utilizados no tratamento de doenças inflamatórias, segundo RANG & DALE (2011). O primeiro grupo são os anti-inflamatórios não esferoidais (AINEs), que atuam inibindo a enzima ciclooxigenase (COX). Esses medicamentos são comumente conhecidos por seu efeito analgésico e anti-inflamatório. O segundo grupo engloba os fármacos anti-inflamatórios esteroidais (AIES), que incluem corticosteroides e alguns imunossupressores. Essas substâncias têm a capacidade de imitar os efeitos do cortisol, agindo no organismo para reduzir a inflamação e suprimir a resposta imunológica (RANG & DALE, 2011).

2.2 Apresentação Dos Anti-Inflamatórios

Os anti-inflamatórios realizam a função de impedir ou diminuir a inflamação, usando reações do próprio sistema imunológico contra um invasor ou uma lesão que representa risco em potencial para a saúde do organismo. O tecido inflamado pode apresentar sintomas como aumento da vasodilatação, maior permeabilidade vascular (criação de edemas), maior infiltração de células plasmáticas no tecido e o aumento de citocinas inflamatórias (GOODMAN, 2012).

Os anti-inflamatórios são divididos em duas classes: os não esteroides (AINEs) e os esteroides ou corticoides (AIES) (AOYAMA, 2021). Os anti-

inflamatórios não esteroidais (AINES), têm como estratégia terapêutica retardar ou interromper o processo responsável pela lesão tecidual, alívio de dores crônicas e agudas advindas de processo inflamatório. Já os anti-inflamatórios esteroidais (AIES), têm como estratégia terapêutica o alívio de sintomas inflamatórios, doenças respiratórias alérgicas ou não, doenças articulares (artrite reumatoide, osteoartrite) e insuficiência adrenal (GOODMAN, 2012).

3 ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO ESTERÓIDES (AINES)

Os AINEs são ácidos orgânicos fracos que são utilizados frequentemente como analgésicos, anti-inflamatórios e antipiréticos, sendo usados para tratar inflamações mais simples, como dores de cabeça, dores musculares, cólicas menstruais, dores com intensidade leve ou moderada. Os AINEs podem ter ação voltadas ao Sistema Nervoso Periférico (SNP), (atuando em inflamações) e no Sistema Nervoso Central (SNC) (sendo usados como antipiréticos) (WANNMACHER, 2004).

Alguns exemplos de AINES são: Diclofenaco, Ibuprofeno, Naproxeno, Nimesulida, Indometacina, Cetoprofeno, Ácido mefenâmico e Piroxicam. Cada um desses medicamentos tem características específicas em termos de potência, duração de ação e efeitos colaterais, e eles são prescritos de acordo com a necessidade do paciente e a condição médica a ser tratada (PINHEIRO; CAMPOS, 2008).

A maioria dos AINES são administrados por via oral (são metabolizados predominantemente pelo fígado), sendo absorvido pelo organismo de 1 a 4 horas. A meia vida dos AINES varia, e podem ser classificadas como “ação curta”, aqueles que podem durar menos de 6 horas, como ibuprofeno, cetoprofeno e indometacina e de “ação prolongada” aqueles que duram mais de 6 horas, como por exemplo o naproxeno, celecoxibe e piroxicam (LE, 2020).

3.1 Mecanismo De Ação Dos AINES

Para entender o mecanismo de ação dos AINES, temos que voltar em como a inflamação acontece. O processo inflamatório ocorre quando a célula sofre um dano por um agente agressor, e o processo de inflamação começa quando o ácido araquidônico, que é produzido pela fosfolipase A2 presente na membrana celular, dá origem as prostaglandinas (as responsáveis pelos cinco sinais característicos da inflamação) através das enzimas ciclo-oxigenases (COX1 e COX2) (AOYAMA, 2021). As enzimas ciclo-oxigenases (COX) são divididas em duas; a COX-1, denominada como enzima constitutiva, que está presente em quase todos os tecidos como os vasos sanguíneos, estômago, rins e intestino, desempenha funções de “manutenção” do organismo. E a COX-2 que é induzida, pois ocorre após certos estímulos, presente em inflamações, ela é expressa por células envolvidas no processo inflamatório, como os macrófagos, monócitos e sinoviais, porém ela se encontra também em outros tecidos e órgãos, como os rins, o cérebro, ovário, útero, cartilagem, ossos e endotélio vascular. Os fármacos inibidores da isoenzima também podem ser chamados de coxibes e são altamente eficazes, pois além de atuarem nos sítios da lesão, impedem que certos efeitos adversos ocorram, em consequência a utilização de fármacos não seletivos, que também são inibidores da COX -1 (WANNMACHER, 2004).

Alguns AINEs podem ser mais seletivos para inibir a COX-1 ou COX-2. Como por exemplo: cetorolaco e o flurbiprofeno, seletivos para COX-1, etoricoxibe e meloxicam que são seletivos para COX-2. (RANG & DALE, 2011).

O mecanismo de ação dos Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINEs) consiste na inativação das enzimas Ciclooxigenase (COX) e Lipoxigenase (LOX) que degradam o ácido araquidônico, que por sua vez, é liberado através de lesão de membrana, a liberação do ácido araquidônico vai atuar sobre a via das ciclooxigenases (que é responsável pela biossíntese das prostaglandinas e dos tromboxanos) e pela via das lipoxigenases (responsável pela síntese dos leucotrienos, lipoxinas e demais compostos) (CARVALHO, 2004). Ou seja, os

AINEs inibem as enzimas ciclo-oxigenases, bloqueando a ação das prostaglandinas no organismo. (RANG HP, 2019). Outras ações podem contribuir para os efeitos anti-inflamatórios de alguns AINEs, como por exemplo o efeito removedor de radicais de oxigênio (que estão implicados na lesão tecidual de algumas infecções). Juntando a atividade inibitória da COX com a remoção de radicais de oxigênio produzidos por neutrófilos e macrófagos, podemos obter a diminuição da lesão tecidual (RANG & DALE, 2011).

Um exemplo bem conhecido dos AINES, é o AAS, que é o acrônimo para Ácido Acetilsalicílico, mas é mais popularmente conhecido como Aspirina. A Aspirina é um analgésico antipirético (reduz a febre), mas também possui propriedades anti-inflamatórias. Ela funciona inibindo a ação da ciclooxigenase-1 (COX-1), que desempenha um papel importante na produção de substâncias chamadas prostaglandinas, que são as responsáveis pela dor e inchaço no processo inflamatório (RANG & DALE, 2011).

Ao inibir a COX-1, a Aspirina reduz a produção de prostaglandinas, o que resulta em diminuição da inflamação, alívio da dor e redução da febre. No entanto, é importante ressaltar que a inibição da COX-1 pela Aspirina é permanente, o que significa que o efeito do medicamento pode durar um período prolongado, mesmo após a sua descontinuação (RANG & DALE, 2011).

3.2 Efeitos Adversos Dos AINES

O uso de AINES frequentemente e por períodos de tempo prolongado, pode gerar alguns efeitos colaterais, São eles: distúrbios gastrintestinais, reações cutâneas, efeitos adversos renais e efeitos adversos cardiovasculares. Algumas pessoas estão mais suscetíveis a ter esse efeitos, como por exemplo: idosos, recém-nascidos, pacientes com doenças cardíacas, hepáticas ou renais (RANG & DALE, 2011).

Foi observado que o uso de AINES por idosos com objetivo de tratar doenças articulares (que geralmente necessitam de doses razoavelmente elevada

e uso contínuo) geram uma alta incidência de efeitos colaterais, principalmente no trato gastrointestinal, mas também no fígado, rim, baço, sangue e medula. Acredita-se que AINEs com inibição mais seletiva de COX-2 possuem menos efeitos colaterais, porém não desprezam, enquanto os efeitos indesejáveis que afetam, por exemplo, o trato intestinal, resultam sobretudo da inibição de COX-1 (RANG & DALE, 2011).

3.2.1 *Distúrbios Gastrointestinais*

Os eventos gastrointestinais adversos são os efeitos colaterais mais comuns dos AINEs. Estima-se que 34 a 46% dos usuários de AINEs venham a ter algum dano gastrointestinal, que podem ser são resultantes principalmente da inibição da COX-1 gástrica, já que ela sintetiza as prostaglandinas que normalmente inibem a secreção de ácido e protegem a mucosa. Os sintomas mais comuns são desconforto gástrico, constipação, náuseas e vômitos, em alguns casos podem apresentar hemorragia e ulceração gástricas (RANG & DALE, 2011).

3.2.2 *Reações Cutâneas*

As erupções cutâneas são efeitos colares comuns dos AINES com ácido mefenâmico e o sulindaco, os efeitos vão desde reações eritematosas (pele vermelha), urticária e fotossensibilidade (RANG & DALE, 2011).

3.2.3 *Efeitos Adversos Renais*

O uso de AINES por indivíduos saudáveis praticamente não interferem na função renal, porém o uso crônico e em grandes quantidades de AINES, pode causar nefropatia analgésica, caracterizada por nefrite crônica e necrose papilar renal (RANG & DALE, 2011).

3.2.4 *Efeitos Adversos Cardiovasculares*

Os AINES contrapõem-se aos efeitos de alguns fármacos anti-hipertensivos, dessa forma elevando a pressão arterial em pacientes que não

estão sob medicação anti-hipertensiva e levando a eventos cardiovasculares adversos, como AVC e infarto do miocárdio (RANG & DALE, 2011).

4 ANTI-INFLAMATORIOS ESTEROIDAIIS (AIES)

Os anti-inflamatórios esteroidais (AIES) são medicamentos que possuem propriedades semelhantes aos hormônios esteróides, como o cortisol. Essas drogas agem no organismo de forma a mimetizar os efeitos do cortisol, um hormônio produzido naturalmente pela glândula adrenal em resposta ao estresse (RANG & DALE, 2011).

Em situações de estresse, as respostas de defesa (luta ou fuga) estão relacionadas a alterações autonômicas cognitivas, emocionais e comportamentais (Kuwaki, Weizhang, Nakamura, & Deng, 2008) (SILVA; SILVA; ENUMO, 2017). Compreender o papel do cortisol é fundamental para explicar essa relação: O cortisol é um hormônio vital para o funcionamento do corpo humano, desempenhando diversas funções e sua produção é regulada por uma série de fatores, incluindo estímulos externos, como a luz principalmente.

Durante o ciclo diurno, os níveis de cortisol tendem a diminuir à noite. Isso ocorre porque a produção desse hormônio segue um ritmo circadiano, que é o padrão de atividade e repouso que o corpo segue em um período de aproximadamente 24 horas, esse ritmo é essencial para manter a homeostase do organismo e garantir o bom funcionamento do sistema imunológico (VALLE; 2011) (FONSECA, et al). Durante a noite, quando estamos em repouso e em ambientes com pouca luz, os níveis de cortisol tendem a ser mais baixos.

A correlação entre o cortisol e a propensão a doenças está relacionada à sua influência sobre o sistema imunológico. O hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), liberado a partir da glândula adeno-hipófise em resposta ao ritmo circadiano endógeno, promove a liberação de cortisol a partir das glândulas suprarrenais. (RANG & DALE, 2011). Esse hormônio desempenha propriedades fundamentais na regulação da função imunológica em todos os níveis, o que

justifica o uso de fármacos glicocorticóides no tratamento da doença inflamatória (RANG & DALE, 2011). O cortisol possui propriedades imunossupressoras, o que significa que, em níveis mais altos, ele pode reduzir a resposta imunológica do organismo. Essa redução pode tornar uma pessoa mais suscetível a infecções e doenças.

Por outro lado, durante a manhã, quando há um aumento na exposição à luz, os níveis de cortisol tendem a ser mais elevados. Isso acontece porque a luz é um dos estímulos que sinalizam ao corpo que é hora de despertar e se preparar para as atividades do dia. (VALLE; 2011) (FONSECA, et al). Nesse momento, os níveis mais elevados de cortisol podem contribuir para uma melhor resposta imunológica, promovendo uma maior imunidade (FONSECA, et al).

Os AIES vão possuir a função de “imitar” o cortisol do corpo, ativando a imunossupressão, ou seja, reduzindo a resposta da atividade imunológica e conseqüentemente barrar a inflamação desde o início da via, diminuindo a atividade das células do sistema imune e a produção das substâncias que causam inflamação (RANG & DALE, 2011).

4.1 MECANISMO DE AÇÃO DOS AIES

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) atuam inibindo a enzima fosfolipase A2, que desempenha um papel crucial na via bioquímica de síntese dos eicosanoides. Essa enzima está localizada um nível acima das ciclooxigenases e lipoxigenases nessa via. Quando a fosfolipase A2 está ativa, ocorre a liberação do ácido araquidônico no interior da célula, o qual é metabolizado tanto pela via das prostaglandinas sintetases quanto pela via das lipoxigenases (LOX). Esse processo pode resultar em inflamação. Portanto, é necessário inibir a fosfolipase A2 mediada pelos corticosteroides (ou AINEs), a fim de reduzir a concentração de ácido araquidônico disponível para ser processado pelas COXs e LOXs, inibindo, assim, ambas as vias. A atividade anti-inflamatória tanto do cortisol (produzido naturalmente pelo organismo, natural e endógeno) quanto de seus análogos sintéticos, os corticosteroides (administrados externamente, exógenos),

é exercida por meio da restrição de substratos para essas duas enzimas (BALBINO, 2011).

4.2 EFEITOS ADVERSOS DOS AIES

Uma das consequências negativas dos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) abrange a inibição do crescimento em crianças, que não pode ser revertida. Além disso, eles podem causar distúrbios no equilíbrio hidroeletrolítico, resultando em edema, hipertensão e hipopotassemia. Outros efeitos indesejáveis incluem afinamento da pele, osteoporose, fraturas espontâneas, glaucoma, miopatia, úlcera péptica e diabetes mellitus. O uso de doses elevadas também pode levar à necrose avascular do colo femoral e a síndrome de Cushing, caracterizada por rosto inchado, estrias e acne. Normalmente, a interrupção gradual do tratamento é necessária para reverter essa síndrome (FORMULÁRIO TERAPÊUTICO NACIONAL, 2010) (“ANTI-INFLAMATÓRIOS ESTERÓIDES | MEDICINANET”, [S.D.]).

4.2.1 SÍNDROME DE CUSHING

Síndrome de Cushing também conhecida como Hiper cortisolismo é causado pela exposição prolongada ao cortisol em alta dosagem, ela pode surgir pelo uso do esteroides ou devido ao excesso de produção do hormônio adrenocorticotrófico. Pessoas que possuem a síndrome de Cushing apresentam características como: acúmulo de gordura ao redor do rosto e da parte superior das costas, hematomas fácil, ganho de peso ao redor do tronco, braços e pernas finos. Essa síndrome é crônica, podendo durar anos ou a vida inteira (GROSSMAN, 2022).

4.2.2 DISTÚRBIOS DO BALANÇO HIDROELETROLÍTICO

Os distúrbios hidroeletrolíticos são caracterizados pela perda significativa de líquidos corporais e, conseqüentemente, de eletrólitos. Essa perda pode

acontecer através de vômitos, diarreia, se a pessoa beber muita água ou pouca água. Os sintomas são: fraqueza, câibras e batimento cardíaco irregular.

O uso prolongado de corticosteroides pode resultar na supressão da atividade da glândula adrenal, que pode persistir por algum tempo mesmo após a interrupção do tratamento. A retirada abrupta combinada com o uso prolongado de corticosteroides pode levar à ocorrência de uma insuficiência adrenal aguda, causando hipotensão e, em casos extremos, até mesmo morte. Outros sintomas possíveis incluem febre, dores musculares, dores nas articulações, rinite, conjuntivite, formação de nódulos cutâneos dolorosos e com coceira, e perda de peso. Em certas situações, como dermatite esfoliativa, pênfigo, leucemia aguda e rejeição aguda de transplante, doses elevadas de corticosteroides podem ser necessárias para salvar vidas ou prolongar a sobrevivência. No entanto, em algumas condições clínicas em que os corticosteroides são usados a longo prazo, os efeitos adversos podem superar os problemas causados pela doença (FORMULÁRIO TERAPÊUTICO NACIONAL, 2010) (“ANTI-INFLAMATÓRIOS ESTERÓIDES | MEDICINANET”, [S.D.]).

Para minimizar os efeitos colaterais, é recomendado que a terapia seja realizada por um período mais curto e com a menor dose eficaz clinicamente. Sempre que possível, é preferível utilizar a administração local do medicamento (FORMULÁRIO TERAPÊUTICO NACIONAL, 2010).

5 ATUAÇÃO E MANEJO CLÍNICO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM PACIENTES NO USO DA CLASSE

A terapia ocupacional é uma disciplina da área da saúde definida como importante na utilização terapêutica de ocupações da vida cotidiana com pessoas, grupos ou populações (i.e., o/a cliente) com o objetivo de reforçar ou possibilitar a participação (GOMES, 2021). Na abordagem de pacientes com distúrbios inflamatórios e imunológicos, a terapia ocupacional necessita de um conhecimento farmacológico para desempenhar o papel crucial e necessário na avaliação e no desenvolvimento de estratégias terapêuticas para promover a

funcionalidade e o engajamento em atividades de vida diárias (HAMMOND A, 2010) (DE ALMEIDA, 2015).

Ao compreender os medicamentos utilizados no tratamento desses distúrbios, os terapeutas ocupacionais podem adaptar suas intervenções terapêuticas de acordo com as necessidades e limitações dos pacientes (HAMMOND A, 2010) (DE ALMEIDA, 2015). Eles podem desenvolver estratégias terapêuticas que levem em consideração os efeitos colaterais dos medicamentos, as restrições de atividades impostas e as necessidades específicas dos pacientes.

Por exemplo, se um paciente está tomando medicamentos que causam fraqueza muscular como efeito colateral, o terapeuta ocupacional pode programar atividades terapêuticas para efetivar suas atividades de vida diária. Da mesma forma, se um paciente está em um regime de medicação que suprime o sistema imunológico, o terapeuta ocupacional pode enfatizar estratégias para evitar infecções e promover a saúde geral.

Além disso, o conhecimento farmacológico permite aos terapeutas ocupacionais educar os pacientes sobre seus medicamentos, incluindo horários de administração, possíveis efeitos colaterais e sinais de alerta de reações adversas. Isso capacita os pacientes a tomar decisões informadas sobre seu próprio tratamento e a gerenciar melhor sua condição de saúde (DE ALMEIDA, 2015).

Ao entender o uso desses medicamentos e sua relação com a terapia ocupacional, os profissionais de saúde poderão otimizar a intervenção terapêutica, visando melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes afetados por distúrbios inflamatórios e imunológicos. Nos tópicos abaixo, exemplificamos doenças relacionadas ao uso do medicamento ao uso da terapia ocupacional a fim de promover maiores informações.

5.1 TENOSSINOVITE DE QUERVAIN

A Tenossinovite de quervain é uma inflamação do primeiro compartimento extensor do punho, isto é, dos tendões que passam no punho e vão para o polegar. (ROLDÃO, 2020) Essa condição inflamatória afeta os tendões e as membranas sinoviais, especificamente o tendão adutor longo e o tendão extensor curto do polegar, que são responsáveis pelo movimento de agarrar com o polegar. Isso resulta em dor e inchaço ao realizar movimentos de estender e afastar o polegar. (MEDEIROS, SANTANA, SOUZA, & SOUZA, 2016). Com o avanço patológico, a dor pode se estender para o antebraço e irradiar uma sensação de “trava” ao fazer o movimento do dedo e necessitar de anti-inflamatórios corticoides para o tratamento (ROLDÃO,2020).

O diagnóstico é feito através da anamnese, com o objetivo de identificar a presença de dor e origem da patologia junto ao processo estilóide do rádio (ROLDÃO, 2020). O Teste de Finkelstein é um famoso instrumento de diagnóstico e é realizado pela flexão do polegar. O procedimento envolve flexionar o polegar e os dedos das mãos em direção ao dedo mindinho, já que passivamente alonga os tendões sobre o processo estilóide do rádio. Se o paciente sentir dor durante o teste, então a condição em questão é positivada. (Medeiros, Santana, Souza, & Souza, 2016) (ROLDÃO,2020).

Com a limitação dos movimentos de extensão e abdução do polegar, há o comprometimento do desempenho ocupacional dessas pessoas em Atividades de Vida Diária (AVD's) como ao tomar banho, ao se alimentar, ao se vestir, bem como em Atividades da Vida Diária Instrumentais (AVDI's) como limpar e fazer compras, preparar refeições. Há também uma limitante no desempenho do trabalho e atividades de lazer como pinturas, usar o computador com teclado etc. (ROLDÃO, 2020).

Nesse contexto, a intervenção do terapeuta ocupacional pode envolver a avaliação das condições de trabalho do indivíduo e a adaptação das mesmas como o treinamento de AVDS, treinos de amplitudes, treino de força muscular e

muito mais a fim de adaptar sem prejudicar a estrutura já lesada. Além disso, o terapeuta ocupacional pode ainda atuar na prevenção, conscientizando sobre lesões muitas vezes relacionadas ao trabalho laboral devido a movimentos repetitivos, as chamadas Lesões de Esforço Repetido (ROLDÃO, 2020).

5.2 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune crônica caracterizada por inflamação generalizada no organismo, cujas causas ainda não são totalmente compreendidas. O LES envolve uma resposta imunológica anormal, com produção excessiva de anticorpos. A doença apresenta períodos de atividade intensa, alternando com momentos de remissão aparente, o que pode levar a uma falsa sensação de cura. O tratamento do lúpus é complexo e varia de acordo com a gravidade dos sintomas e os órgãos afetados, podendo envolver diferentes abordagens terapêuticas (CECATTO, et al., 2004). (RODRIGUEZ D, 2017).

Os medicamentos mais comumente utilizados no tratamento do LES incluem os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) devido sua capacidade de reduzir inflamação e danos no tecido, ajudam a controlar a inflamação crônica nas articulações, serosites leves e moderada e a febre. No entanto, é importante entender o uso desses medicamentos com cautela, especialmente em pacientes com problemas renais, pois podem afetar o funcionamento dos rins. Além disso, os corticosteroides são recomendados para controlar as manifestações iniciais da fase aguda da doença pois ajudam a controlar a inflamação, mas seu uso deve ser moderado devido aos efeitos colaterais associados (ANDRADE; BONFÁ; NETO, 2015) (RODRIGUEZ, D, 2017).

A terapia ocupacional, nesse caso, exercerá um papel crucial no tratamento do lúpus, buscando melhorar a autonomia dos clientes para que possam realizar suas AVDS necessárias ou desejadas. Como o lúpus afeta tanto o bem estar físico quanto o mental, o tratamento multidisciplinar é importante para adaptar e reduzir disfunções provenientes da doença. (HUGHES, et al). Por

meio de uma avaliação, os profissionais dessa área analisam e identificam as limitações e as barreiras que impedem a conclusão dessas ocupações e com base nisso, podem recomendar recursos adaptativos para promover a independência do cliente (HUGHES, et al).

Algumas das atividades que podem ser utilizadas são técnicas terapêuticas para melhorar o controle motor, a força, a amplitude dos movimentos e as habilidades funcionais, permitindo que os pacientes executem tarefas cotidianas com mais facilidade. (HUGHES, et al). Além disso, o uso de equipamentos adaptativos e abordagens específicas devem ser considerados pois há a possibilidade de engajamento nas atividades diversas mesmo diante das limitações impostas pelo lúpus como trabalho, lazer, dia a dia, entre outros. (HUGHES, et al).

5.3 ARTRITE REUMATOIDE

A artrite reumatoide (AR) é uma doença crônica que causa inflamação nas articulações, resultando em dor, rigidez e limitações funcionais. É uma doença autoimune que afeta principalmente as articulações periféricas, como mãos e pés, sua prevalência é maior em mulheres e sua incidência aumenta com a idade (LIPSKY, 2010)(DE ALMEIDA, 2015) A inflamação e a hipertrofia sinovial causam danos às articulações, especialmente nas mãos, punhos e dedos (PITZALIS, 2013) então há uma necessidade crucial de iniciar o tratamento o mais cedo possível a fim de reduzir a atividade inflamatória e aliviar os sintomas, buscando até mesmo a remissão da doença (DE ALMEIDA, 2015).

A patologia condiciona o sistema imunológico, que ataca o revestimento das articulações, causando inflamação local e resultando em dor, rigidez e inchaço das juntas. Para controlar esses sintomas, as pessoas que sofrem com artrite reumatoide geralmente precisam tomar medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINES) para aliviar a dor e reduzir a inflamação, como o paracetamol, diclofenaco e ibuprofeno. Esses medicamentos ajudam a melhorar o conforto e a função das articulações afetadas (MARKS JL, 2011).

O objetivo da terapia ocupacional juntamente com o tratamento medicamentoso no tratamento da artrite reumatoide é ajudar os indivíduos a realizar suas atividades diárias de maneira mais independente e com menos dor. Visando o retardamento de novos sintomas, aumentando a funcionalidade e autonomia para a diminuição dos impactos dos sintomas (HAMMOND, A, 2010) (DE ALMEIDA, 2015).

Os terapeutas ocupacionais trabalham em estreita colaboração com os pacientes para desenvolver estratégias e adaptar o ambiente de forma a minimizar o impacto do acometimento articular característico da AR em suas vidas, que afeta as funcionalidades motoras em atividades de vida diárias (AVDS) como autocuidado e manutenção do lar, tarefas laborais complexas, entre outras (LUTZE, 2007) (NYMAN, 2007) (REINSETH, 2007) (MATHIEUX R, 2009) (DE ALMEIDA, 2015). Os profissionais podem fornecer orientações sobre o uso de técnicas adequadas de conservação de energia, ensinar exercícios de fortalecimento e flexibilidade, além de recomendar dispositivos de assistência, como órteses ou utensílios adaptados, para facilitar a realização das atividades (DE ALMEIDA, 2015).

Além disso, os terapeutas ocupacionais também podem fornecer orientações sobre a modificação das atividades diárias, como técnicas de ergonomia no trabalho, adaptação do ambiente doméstico e estratégias para facilitar o autocuidado, como vestir-se, tomar banho e cozinhar, permitindo assim que eles participem ativamente das atividades que são significativas para eles, mesmo com os desafios impostos pela doença (DE ALMEIDA, 2015).

6 CONCLUSÃO

O uso de anti-inflamatórios e imunossupressores tem se tornado uma abordagem cada vez mais relevante para promover melhores resultados no tratamento de condições inflamatórias e imunológicas que podem afetar a funcionalidade e participação dos indivíduos em suas atividades diárias. A partir dos conhecimentos técnicos adquiridos nessa revisão literária, foi possível

compreender como essa classe age fisiologicamente no organismo e seus impactos diários na vida dos clientes.

Ao adquirir um melhor conhecimento sobre o uso desses medicamentos na terapia ocupacional, profissionais poderão integrar de forma mais efetiva os princípios farmacológicos às intervenções terapêuticas, contribuindo para melhores resultados no tratamento de indivíduos com condições inflamatórias e imunológicas. Essa abordagem integrada oferece a possibilidade de melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes, capacitando-os a participar de forma plena e significativa em suas ocupações a fim de oferecer ações que visam a melhora da condição medicamentosa desse grupo, já que algumas condições podem prejudicar a autonomia do dia a dia dessas pessoas. O objetivo principal foi alcançar uma abordagem profissional que, em conjunto com a terapia farmacológica e o conhecimento técnico sobre estas, considere as necessidades individuais e promova a funcionalidade, o bem-estar e a participação ativa dos pacientes em suas atividades ocupacionais.

REFERÊNCIAS

Anti-inflamatórios esteroides | **MedicinaNET**. Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/conteudos/conteudo/2597/antiinflamatorios_esteroides.htm>. Acesso em: 22 jun. 2023

Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINES): o que são e como funcionam - Sanar Medicina. Disponível em <<https://www.sanarmed.com/anti-inflamatorios-nao-esteroides-aines>>. Acesso em: 20 maio. 2023

Aoyama EA, Delmão FM. **Anti-inflamatórios não esteroides (AINES) mais vendidos em farmácias comunitárias: revisão de literatura**. Rev. Bras Interdiscip Saúde - ReBIS. 2021; 3(2):29-35.

Balbino, Carlos. **anti-inflamatórios: uma compreensão total**. [entrevista concedida a Pharmacia Brasileira]. Jornalista Aloísio Brandão. Revista Pharmacia Brasileira. nº 81 - Abril/Maio 2011.

BSC HUGHES, Paula. **Occupational Therapy - LUPUS UK**. LUPUS UK. Disponível em: <<https://www.lupusuk.org.uk/medical/lupus-diagnosis-treatment/treatment-of-lupus/occupational-therapy/#:~:text=OTs%20treat%20clients%20with%20the,work%2C%20leisure%20and%20social%20participation>>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CARVALHO, W. A.; CARVALHO, R.D.S; SANTOS, F.R.; **Analgésicos Inibidores Específicos da Ciclooxygenase-2: Avanços Terapêuticos**, Revista Brasileira de Anestesiologia, Vol. 54, No 3, Rio de Janeiro, Maio - Junho, 2004.

DE ALMEIDA, P. H. T. Q. et al. **Terapia ocupacional na artrite reumatoide: o que o reumatologista precisa saber?** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 55, n. 3, p. 272-280, maio 2015.

Definição de Terapia Ocupacional. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3382>. Acesso em: 10 jun. 2023

FONSECA, B. et al. **A INFLUÊNCIA DO CORTISOL SOBRE O SISTEMA IMUNOLÓGICO THE INFLUENCE OF CORTISOL ON THE IMMUNE SYSTEM**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/31227/1/TC%20FINA%20L%20BIO-MC%20.pdf>>. Acesso em: 7 maio. 2023.

Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Gomes, D., Teixeira, L., & Ribeiro. J. (2021). **Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo**. 4ª Edição. Versão Portuguesa de

Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 4th Edition (AOTA - 2020). Politécnico de Leiria

GOODMAN, Louis Sanford; GILMAN, Alfred; BRUNTON, Laurence L. **As bases farmacológicas da terapêutica.12.ed.** Porto Alegre: AMGH, 2012.

HANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M.; Flower, R. J.; HENDERSON, G. **Farmacologia. 7ª ed.** Elsevier, 2011.

J.C ROLDÃO, CADERNOS DE TERAPIA OCUPACIONAL **Tendinopatias do Cotovelo e Punho. Politecnico de Leiria** - Escola Superior de Saúde. Caderno No1- Fevereiro/2020

JACOB, Iris Trindade Tenório. **3-Indol-Tiossemicarbazonas:síntese, elucidação estrutural e investigação do potencial anti-inflamatório/ Iris Trindade Tenório Jacob.** -Recife: o autor, 2018. Disponível em: <<https://1library.org/document/zp2jlmry-indol-tiossemicarbazonas-sintese-elucidacao-estrutural-investigacao-potencial-inflamatorio.html>>. Acesso em: 10 jun. 2023.

KUMMER, C.L.; COELHO, T.C.R.B.; **Anti-inflamatórios Não Esteróides Inibidores da Ciclooxygenase-2 (COX-2): Aspectos Atuais,** Revista Brasileira de Anestesiologia, Vol. 52, no 4, Rio de Janeiro, julho - agosto, 2002.

LE, Jennifer. **Administração de medicamentos. Manual MSD Versão Saúde para a Família.** Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/medicamentos/administra%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos-e-farmacocin%C3%A9tica/administra%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos>. Acesso em: 11 jun. 2023.

Marks JL, Colebatch AN, Buchbinder R, Edwards CJ. **Pain management for rheumatoid arthritis and cardiovascular or renal comorbidity.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 10. Art. No.: CD008952. DOI: 10.1002/14651858.CD008952.pub2

GROSSMAN, Ashley B. **Síndrome de Cushing**. Manuais MSD edição para profissionais. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-end%C3%B3crinos-e-metab%C3%B3licos/dist%C3%BArbios-adrenais/s%C3%ADndrome-de-cushing>>. Acesso em: 21 jun. 2023.

Medeiros, M. d., Santana, D. V., Souza, G. D., & Souza, L. R. (18 de junho de 2016). **Tenossinovite de Quervain: aspectos diagnósticos**. Revista de Medicina e Saúde de Brasília.

MEDEIROS, Tainah. **Principais tipos de anti-inflamatórios**. Drauzio Varella. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/medicamentos/principais-tipos-de-anti-inflamatorios/>>. Acesso em: 10 maio. 2023.

PINHEIRO, D.; P. CAMPOS, D. R. **O que são medicamentos anti-Inflamatórios (AINES)?** Disponível em: <<https://www.mdsaude.com/reumatologia/anti-inflamatorios-aines/>>. Acesso em 12 jun. 2023.

ROBBINS, S. L.; COTRAN R.S.; KUMAR, V. **Patologia Básica. 9ª Edição**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RODRIGUES, D. D.; DO NASCIMENTO, E. C.; CARVALHO, L. L.; SILVA, R. S. **DIAGNÓSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**. *Revista de Patologia do Tocantins*, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 15–20, 2017. DOI: 10.20873/uft.2446-6492.2017v4n2p15. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/3448>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SANTOS, S. M. DOS; SANTOS, V. M. DOS. **Repercussões endócrinas e neurológicas do trabalho noturno**. *Revista Brasília Médica*, v. 51, n. 2, p. 140–147, 2014.

SILVA, A. M. B. DA; SILVA, M. L. B. DA; ENUMO, S. R. F. **Relações entre o hormônio cortisol e comportamentos de adolescentes: Uma revisão sistemática.** *Psicol. rev.*, p. 337-362, 2017.

WANNMACHER, L.; BREDEMEIER M.; **Anti-inflamatórios Não Esteróides: Uso indiscriminado de inibidores seletivos de cicloxigenase - 2**, Vol. 1, no 2, Brasília, janeiro, 2004

CAPÍTULO XI

TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO A PACIENTES NO USO DE ANALGÉSICOS

OCCUPATIONAL THERAPY IN CARE OF PATIENTS USING ANALGESICS

Keyslane Linhares Da Silva
Laisa Marques Nicolau De Oliveira
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

Dor é um sentimento, uma sensação ou uma experiência desagradável, seja sensitiva, emocional, tecidual ou potencial. E os analgésicos servem para combater a dor, sendo eles compostos por grupo dos chamados AINEs (anti-inflamatórios não-esteroidais) que, além de serem antipiréticos (inibindo a febre) e na ação de reduzir e tratar inflamações (efeitos anti-inflamatórios). Os efeitos adversos mais comuns desses fármacos são: constipação, sonolência, tontura, sensação de mal estar no estômago, zumbido nos ouvido, coceiras, erupções na pele e boca seca, onde vale destacar que o uso de álcool presente no seu tratamento pode piorar alguns dos efeitos. Enquanto os analgésicos são prescritos para aliviar a dor, a terapia ocupacional busca métodos não farmacológicos e holísticos para ajudar os pacientes a lidar com a dor e melhorar sua qualidade de vida. A terapia ocupacional trabalha em colaboração com outros profissionais de saúde para desenvolver um plano de tratamento individualizado. Isso pode envolver treinamento de habilidades motoras, exercícios terapêuticos, adaptação de ambientes, uso de dispositivos de assistência e estratégias para lidar com a limitação.

Palavras-chave: Analgésicos. Dor. Efeitos adversos. Terapia ocupacional.

ABSTRACT

Pain is an unpleasant feeling, sensation or experience, whether sensitive, emotional, tissue or potential. And analgesics serve to combat pain, being composed of a group of so-called NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory drugs) which, in addition to being antipyretic (inhibiting fever) and in the action of reducing and treating inflammation (anti-inflammatory effects) . The most common adverse effects of these drugs are: constipation, drowsiness, dizziness, a feeling of discomfort in the stomach, ringing in the ears, itching or rashes on the skin and dry mouth, where it is worth noting that the use of alcohol present in your treatment can worsen some of the effects. While analgesics are prescribed to alleviate pain, occupational therapy seeks non-pharmacological and holistic methods to help patients cope with pain and improve their quality of life. Occupational therapy works collaboratively with other healthcare professionals to develop an individualized treatment plan. This may involve motor skill training, therapeutic exercises, adaptation of environments, use of assistive devices, and strategies for coping with limitations.

Keywords: Analgesics. Pain. Adverse effects. Occupational therapy.

1 INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial subjetiva, é uma resposta explícita a um acontecimento indesejado relacionado a lesão tecidual, trauma, câncer ou inflamação. Sendo assim, os analgésicos são medicamentos com função de aliviar a dor. O alívio causado por esses medicamentos pode ocorrer pela diminuição ou interrupção das vias de transmissão nervosas, reduzindo a percepção de dor. São separados por grupos, os não esteróides, opióides e não opióides.

A história dos analgésicos remonta a milhares de anos, desde as primeiras tentativas humanas de aliviar a dor. Em tempos antigos, as pessoas sempre usavam plantas medicinais para aliviar a dor. Por exemplo, a casca de salgueiro

branco era usada pelos antigos egípcios e gregos como um analgésico natural. A casca contém ácido salicílico, que é um precursor da aspirina.

Os medicamentos dos analgésicos inibem as substâncias no corpo (receptores sensoriais) que enviam mensagens ao cérebro de que há inflamação ou outros problemas. Quando o cérebro não recebe mais esse aviso, a dor para. A origem da palavra analgésico diz tudo: em grego, *an* significa "sem" e *algos* significa "dor".

O ópio é uma substância derivada da papoula do ópio e tem sido usado por milênios como um analgésico eficaz. Civilizações antigas, como os sumérios, egípcios, gregos e romanos, usavam o ópio para aliviar a dor. No início do século XIX, a morfina, um dos principais componentes do ópio, foi isolada pela primeira vez pelo farmacologista Friedrich Sertürner. A morfina é um analgésico muito potente e continua sendo usada atualmente em casos de dor intensa.

Em 1897, a aspirina foi sintetizada pela primeira vez pelo químico Felix Hoffmann, da empresa alemã Bayer. A aspirina é derivada do ácido salicílico encontrado na casca de salgueiro branco. Ela se tornou um dos analgésicos mais populares e amplamente utilizados em todo o mundo. A partir da descoberta da aspirina, outros analgésicos não esteroides, como o ibuprofeno e o naproxeno, foram desenvolvidos. Esses medicamentos atuam inibindo a produção de substâncias no corpo chamadas prostaglandinas, que estão envolvidas na inflamação e na sensação de dor.

Com o avanço da pesquisa científica e farmacológica, foram desenvolvidos analgésicos opióides sintéticos, como a codeína, a hidrocodona, a oxicodona e a fentanila. Esses medicamentos são derivados do ópio, mas são produzidos em laboratório. Além dos analgésicos mencionados acima, também são utilizados outros tipos de medicamentos para o alívio da dor, como antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes e relaxantes musculares. Esses medicamentos atuam em diferentes vias do sistema nervoso central para ajudar a aliviar a dor crônica e neuropática. É importante destacar que o uso abusivo ou

uso indevido de analgésicos, especialmente os opioides, pode levar a problemas de dependência, náuseas, depressão respiratória.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Apresentação dos Analgésico

Os analgésicos funcionam no nosso corpo por meio de diferentes controles, dependendo do tipo de analgesia. Aqui estão os principais interruptores de ação das angústias com algumas referências científicas para embasar as informações, alguns exemplos são:

Os opióides atuam ligando-se aos receptores opióides presentes no sistema nervoso central, periférico e em outras partes do corpo. A ativação desses receptores resulta em uma influência da transmissão do sinal de dor, a percepção da dor pelo cérebro.

2.2 Analgésicos Opióides Fracos

Codeína: Analgésico derivado do ópio, usado para o alívio da leve a moderada (cefaléia, lombalgia). Sua absorção é mais confiável por via oral, tem apenas 20% ou menos da potência analgésica.

Tramadol: Analgésico opióide usado para dor pós-operatória. É um agonista fraco dos opióides, também um fraco inibidor da recaptação da monoamina. Tem melhor perfil de efeitos adversos, é administrado por via oral, intramuscular ou intravenosa. Utilizado para dor moderada a intensa, tem ação sinérgica do tramadol com outros analgésicos anti-inflamatórios (como paracetamol e dipirona), podendo ser associados.

2.3 Analgésicos Opióides Forte

Morfina: Analgésico opióide indicado para o alívio da dor de forte intensidade e no Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Foi estruturada em 1902, dor. Representa o mais dominante agente ativo do ópio e constitui 10 a 20% do

peso total das sementes secas da papoula, juntamente com os compostos fenantrênicos codeína (0,5%), tebaína (0,2%), papaverina (1,0%), e noscapina (6,0%) (ANTON et al., 2009).

Nalbufina: Analgésico opióide utilizado no tratamento da dor de forte intensidade.

Os AINEs têm propriedades antiinflamatórias, analgésicas e antipiréticas. Eles participam por meio da atividade não seletiva das enzimas ciclooxigenase-1 (COX-1) e ciclooxigenase-2 (COX-2), que são responsáveis pela produção de prostaglandinas. A inibição da COX-2 reduz a síntese de prostaglandinas envolvidas na inflamação e na percepção da dor. A inibição da COX-1 pode causar efeitos adversos, como danos gastrointestinais, devido ao papel protetor das prostaglandinas no estômago e intestino.

2.4 Analgésicos não Esteroidais

Ibuprofeno: Faz parte do grupo dos anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) e é usado em tratamentos reumáticos (artrite reumatóide, osteoartrite, reumatismo articular) e nos traumas do sistema musculoesquelético quando tiver componentes inflamatórios e dolorosos. O fármaco foi sintetizado pela primeira vez em 1961, no Reino Unido, por uma equipe liderada por Stewart Adams da Boots Company, começou a ser comercializado em 1969, no Reino Unido, para o tratamento da artrite reumatóide e em 1974, nos EUA (Almeida, 2009). Mas, sua utilização só impulsionou no ano de 1983, pois começou a ser vendido sem receita nas farmácias no Reino Unido (Almeida, 2009).

Diclofenaco: pertence ao subgrupo dos AINES derivados do ácido fenilacético, utilizado principalmente na forma de sal sódico ou potássico. Receitado para o tratamento de formas inflamatórias de reumatismo (artrite reumatóide, espondilite anquilosante, osteoartrite e espondilartrite), síndromes dolorosas da coluna vertebral, dismenorreia, dor pós-operatória e pós-traumática, dor pós-parto, cólica renal e biliar, crises agudas de gota, no

tratamento de processos infecciosos acompanhados de dor e inflamação de ouvido, nariz ou garganta.

Cetoprofeno: é um anti-inflamatório, analgésico e antipirético. Que inibe as ciclooxigenase (COX), que por consequência inibe a síntese das prostaglandinas. Indicado para o tratamento de inflamações, processos reumáticos, traumatismos musculoesqueléticos, e dores leves e moderadas. O fármaco foi sintetizado em 1963 e na década de 1970 foi lançado como uma droga oral (Kantor, 1986). É um um ácido fraco quimicamente (Levoín et al., 2004).

Dipirona sódica: é um fármaco não narcótico, com efeitos analgésico e antipirético. Também inibe a enzima ciclooxigenase (COX-1, COX-2 ou ambas), inibindo assim a síntese de prostaglandinas prioritariamente no sistema nervoso central.

Paracetamol: Analgésico e antipirético. Foi no ano de 1878 e 1887, que se deu sua produção e primeira utilização. Apenas em 1950, através do pesquisador Bernard Beryl Brodie e do bioquímico Julius Axelrod, descobriu-se que se apresentava como um metabólito ativo da Fenacetina. (MOREIRA JRM, 2016; VIEIRA AL e FRANÇA GG, 2015). Indicado para reduzir febre, aliviar dores leves e moderadas (associadas a resfriados comuns, dor de cabeça, dor no corpo, dor de dente, dor nas costas, dores musculares, dores leves associadas a artrites e cólicas menstruais). Exerce sua ação principalmente no sistema nervoso central, inibindo a síntese de prostaglandinas, que são mediadores químicos envolvidos na percepção da dor e na resposta inflamatória. Isso ocorre por meio da seletiva seletiva da enzima ciclooxigenase-2 (COX-2), que é responsável pela produção de prostaglandinas inflamatórias.

2.5 Efeitos colaterais e adversos

Os analgésicos como outros fármacos podem apresentar reações colaterais e adversas, que se diferenciam de acordo com a resposta de cada indivíduo. Sendo assim, nem todos os usuários iriam sentir tais efeitos. Algumas dessas reações podem ser leves e temporárias, já outras, podem ser mais graves e precisa-se ter atenção imediata. Veremos agora alguns exemplos dos efeitos colaterais mais comuns relacionados aos grupos de analgésicos:

2.6 Opiáceos (ex: morfina, codeína, oxicodona):

- Constipação intestinal é um efeito colateral comum e pode ser aliviada com medidas adequadas, como aumento da ingestão de fibras e água, ou uso de laxantes sob orientação médica.

- Sonolência, sedação e diminuição do nível de alerta.
- Náuseas e vômitos, que geralmente diminuem com o uso contínuo.
- Prurido (coceira) na pele.
- Dependência e tolerância podem ocorrer com o uso prolongado ou inadequado desses medicamentos.

2.7 Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) (ex: ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco):

Irritação gastrointestinal, incluindo dor de estômago, azia, náuseas e, em casos mais graves, úlceras e sangramento gastrointestinal.

Aumento do risco de problemas renais, especialmente em pessoas com doença renal pré-existente.

Risco aumentado de eventos cardiovasculares, como ataques cardíacos e derrames, principalmente quando usados em doses elevadas ou por longos períodos.

2.7 Paracetamol:

Em doses elevadas ou em casos de overdose, o paracetamol pode causar danos graves ao fígado. É importante seguir as dosagens recomendadas e evitar combinações com outros medicamentos contendo paracetamol.

2.8 Analgésicos adjuvantes (ex: antidepressivos, anticonvulsivantes):

- Sonolência, tontura e problemas de coordenação.
- Alterações no humor e na função cognitiva.
- Ganho de peso ou alterações no apetite.

Efeitos colaterais específicos de cada classe de medicamento, como a síndrome serotoninérgica associada a alguns antidepressivos.

É fundamental que os pacientes informem ao médico sobre quaisquer efeitos colaterais ou adversos que estejam experimentando, para que o profissional possa ajustar o tratamento, se necessário. Além disso, é importante seguir as orientações médicas quanto à dose, frequência e duração do uso dos analgésicos, bem com informar sobre quaisquer outras medicações em uso, a fim de evitar interações medicamentosas indesejadas.

4 ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

A atuação e o manejo clínico dos pacientes em uso da classe de analgésicos envolvem várias considerações importantes para garantir o uso adequado e seguro desses medicamentos. Abaixo estão algumas diretrizes e práticas comuns para o manejo clínico de pacientes em uso de analgésicos:

1. Avaliação da dor: É essencial realizar uma avaliação completa da dor do paciente antes de prescrever analgésicos. Isso inclui identificar a natureza da dor (aguda, crônica, inflamatória, neuropática), sua intensidade e sua localização. A avaliação também deve levar em conta a história médica do paciente, incluindo condições pré-existentes e uso de outros medicamentos.

2. Escolha do analgésico adequado: Com base na avaliação da dor, o médico selecionará o analgésico mais apropriado para o paciente. Levará em consideração a intensidade da dor, a causa subjacente e a resposta individual do paciente aos medicamentos. Diferentes classes de analgésicos têm mecanismos de ação distintos e são mais eficazes para tipos específicos de dor.

3. Prescrição individualizada: A prescrição dos analgésicos deve ser individualizada, levando em conta a tolerância do paciente, a duração esperada do tratamento, a presença de outras condições médicas e a possibilidade de interações medicamentosas. A dose prescrita deve ser a menor eficaz para controlar a dor e, se necessário, pode ser ajustada com base na resposta do paciente.

4. Monitoramento e acompanhamento: É essencial monitorar de perto os pacientes em uso de analgésicos. Isso pode incluir avaliações regulares para avaliar a eficácia do medicamento, monitorar os efeitos colaterais e adversos, verificar a função renal e hepática, além de reavaliar a necessidade de continuidade do tratamento.

5. Educação do paciente: A educação do paciente desempenha um papel fundamental no manejo clínico dos analgésicos. Os pacientes devem ser informados sobre a natureza da dor, os efeitos esperados dos medicamentos, os possíveis efeitos colaterais e a importância de aderir às orientações de dosagem. Além disso, os pacientes devem ser orientados sobre a importância de relatar quaisquer efeitos colaterais ou mudanças na dor ao médico.

6. Terapia multimodal: Em muitos casos, a abordagem mais eficaz para o manejo da dor envolve uma terapia multimodal, que combina o uso de analgésicos com outras intervenções terapêuticas. Isso pode incluir terapia ocupacional, fisioterapia, exercícios, técnicas de relaxamento, terapia cognitivo-comportamental e abordagens não farmacológicas, como acupuntura ou tratamentos físicos.

7. Descontinuação gradual: Em alguns casos, quando o uso prolongado de analgésicos é necessário, pode ser necessário interromper o medicamento gradualmente para evitar a ocorrência de sintomas de abstinência ou efeitos rebote. Isso geralmente é realizado sob a orientação do médico, com a redução gradual da dose ao longo do tempo.

3.1 Práticas terapêuticas usadas na atualidade pela T.O

Na terapia ocupacional atual, o uso de analgésicos é frequentemente combinado com uma variedade de práticas terapêuticas para maximizar o alívio da dor e promover a participação ativa dos pacientes em suas atividades diárias. Além do uso de medicamentos, as seguintes abordagens terapêuticas são comumente utilizadas:

Educação e aconselhamento: Os terapeutas ocupacionais desempenham um papel crucial na educação dos pacientes sobre a natureza da dor, os efeitos dos analgésicos e a importância de aderir ao tratamento. Eles fornecem informações sobre estratégias de gerenciamento da dor, técnicas de relaxamento, posturas adequadas e modificações nas atividades para minimizar a dor.

Terapia manual: Técnicas de terapia manual, como massagem terapêutica, mobilizações articulares e liberação miofascial, podem ser utilizadas para aliviar a tensão muscular, reduzir a rigidez e promover a circulação sanguínea. Essas técnicas ajudam a melhorar a função e reduzir a dor em várias condições musculoesqueléticas.

Exercícios terapêuticos: A terapia ocupacional pode incluir exercícios específicos para fortalecer os músculos afetados, melhorar a amplitude de movimento, estabilizar as articulações e promover o condicionamento físico geral. Esses exercícios podem ser adaptados às necessidades individuais do paciente e podem ser realizados tanto na clínica quanto em casa.

Modalidades físicas: A aplicação de calor ou frio pode ser usada como uma modalidade física para aliviar a dor. A aplicação de calor por meio de compressas quentes, terapia de calor infravermelho ou banhos quentes pode ajudar a relaxar os músculos tensos e aliviar a dor. Já a aplicação de gelo ou bolsas de gelo pode reduzir a inflamação e a sensação de dor.

Técnicas de relaxamento: Práticas como respiração profunda, meditação, visualização e relaxamento progressivo são utilizadas na terapia ocupacional para reduzir a tensão muscular, aliviar a ansiedade e melhorar a capacidade de lidar com a dor. Essas técnicas promovem um estado de relaxamento geral e podem complementar o efeito dos analgésicos.

Estratégias de adaptação ocupacional: Os terapeutas ocupacionais auxiliam os pacientes a realizar suas atividades diárias de forma mais eficiente e com menos dor, através de modificações no ambiente, uso de dispositivos de assistência e ensino de técnicas de conservação de energia. Essas estratégias ajudam a minimizar a sobrecarga nas áreas afetadas e a reduzir a dor durante as atividades ocupacionais.

4 CONCLUSÃO

Desta forma, a ação dos analgésicos vai depender de como está a situação da dor. Entretanto, é importante reconhecer que podem apresentar efeitos colaterais e adversos. Por isso, a terapia ocupacional vai desempenhar um papel importante no gerenciamento da dor crônica e no uso de analgésicos. Embora a terapia ocupacional não se concentre diretamente na prescrição ou no uso de medicamentos analgésicos, ela pode ser um componente valioso de um plano de tratamento abrangente.

Através da terapia ocupacional, os profissionais de saúde ajudam os pacientes a desenvolver estratégias eficazes para lidar com a dor, reduzir a dependência de analgésicos e melhorar a qualidade de vida. Além disso, eles fornecem educação sobre o uso adequado de medicamentos e monitoram os

efeitos colaterais e interações medicamentosas. O objetivo final da terapia ocupacional no contexto do uso de analgésicos é capacitar os pacientes a gerenciar sua dor de forma mais eficaz, melhorar a funcionalidade e promover a participação em atividades significativas. Isso pode envolver a redução gradual do uso de analgésicos, se apropriado, e a adoção de estratégias não farmacológicas para o manejo da dor, como exercícios, terapias complementares, relaxamento e técnicas de mindfulness.

No entanto, é importante destacar que a terapia ocupacional não substitui a orientação médica e o tratamento farmacológico adequado. O uso de analgésicos deve ser discutido e supervisionado por profissionais de saúde, como médicos e farmacêuticos, em conjunto com a terapia ocupacional. Em resumo, a terapia ocupacional desempenha um papel relevante no manejo da dor crônica e no uso de analgésicos, fornecendo estratégias e atividades significativas, que vão ajudar o paciente e toda a sua trajetória com o tratamento. É fundamental que haja uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais de saúde de diferentes áreas, para oferecer um cuidado completo e individualizado aos pacientes.

REFERÊNCIAS

Almeida, H. E. P. P. J. (2009). **Preparação e caracterização de dispersões sólidas e micropartículas lipídicas contendo Ibuprofeno** (Dissertação), Porto: Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto. Acesso: 22 Jun. 2023

Bejarano, P. F. (2006). **Ibuprofeno y analgesia**. EMB (Ed. Esp.), 5., pp. 39-42. Acesso: 22 Jun. 2023

Davies NM, Anderson KE. **Clinical pharmacokinetics of diclofenac: therapeutic insights and pitfalls**. Clin Pharmacokinet 1997;33(3):184-213. 7. Fowler PD, Shadforth M Acesso: 23 Jun. 2023

Kantor TG. **Ketoprofen: a review of its pharmacologic and clinical properties.** *Pharmacotherapy*. 1986;6:93-103. Acesso: 23 Jun. 2023

Levoín N, Blondeau C, Guillaumea C, Grandcolas L, Chretienb F, Jouzeaua JY, Benoit E, Chapleur Y, Netter P, Lopicquea F. **Elucidation of the mechanism of inhibition of cyclooxygenases by acyl-coenzyme A and acylglucuronic conjugates of ketoprofen.** *Biochem Pharmacol*. 2004;68(10):1957-69. Acesso: 23 Jun. 2023

MOREIRA JRM. **Intoxicações por Paracetamol: Metabolismo, Mecanismos de Toxicidade e Novas Abordagens da Terapêutica.** Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade de Coimbra. Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016; 33p Acesso em: 24 jun 2023

Pickering et al. (2018). **Paracetamol: uso, eficácia e segurança.** *The Pharmaceutical Journal*, 301 (7922), 1-5. Acesso em: 24 jun 2023

Rainsford (2007). **Ibuprofeno: farmacologia, eficácia e segurança.** *Inflammopharmacology*, 15(6), 275-342. Acesso em: 24 jun 2023

Al-Hasani & Bruchas (2011). **Mecanismos moleculares de sinalização e comportamento dependentes de receptores opióides.** *Anestesiologia*, 115(6), 1363-1381. Acesso em 24 jun 2023

Belló, Schemberger, Machado, Fernandes. **O cetoprofeno como oportunidade terapêutica no estresse oxidativo: uma revisão.** *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada* Acesso em: 23 Jun 2023

JOSIMARI MELO DE SANTANA (Brasil). **Definição de dor revisada após quatro décadas.** Scielo Brasil 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/GXc3ZBDRc78PGktrfs3jgFR/?lang=pt#:~:text=A%20def>

ini%C3%A7%C3%A3o%20revisada%20pela%20Associa%C3%A7%C3%A3o, tecid
du al%20real%20ou%20potencial%20E2%80%9D%201. Acesso em: 25 jun. 2023.

DESCONHECIDO (Brasil). **Para que serve o analgésico? Descubra como esse tipo de medicamento atua no seu organismo?** Sanofi 2022. Disponível em: <https://www.dorflex.com.br/tudo-sobre-a-dor/dor-de-cabeca/para-que-serve-analgesi> co-descubra-como-esse-tipo-de-medicamento-atua-no-seu-organismo#:~:text=A%2

0maioria%20dos%20analg%C3%A9sicos%20comp%C3%B5em,(efeitos%20anti%20Dinflamat%C3%B3rios). Acesso em: 25 jun. 2023.

RENATA COSTA (Brasil). **Como os analgésicos atuam no corpo?** Associação Nova Escola 2009. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/1081/como-os-analgesicos-atuam-no-corpo>. Acesso em: 25 jun. 2023.

Diretriz de tratamento farmacológico da dor nos pronto atendimentos.

Secretaria da Saúde. Joinville, Santa Catarina. 2018 Acesso em: 25 jun. 2023

Geller, Mauro; Krymchantowski, Abouch Valenty; Steinbruch, Cunha, Soares; **Utilização do diclofenaco na prática clínica: revisão das evidências terapêuticas e ações farmacológicas / Use of diclofenac in clinical practice: review of the therapeutic evidence and pharmacologic actions** Rev. Soc. Bras. Clín. Méd ; 10(1)jan.-fev. 2012. Acesso em: 25 jun 2023

CAPÍTULO XII

ATENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM PACIENTES QUE FIZERAM USO DE ANESTÉSICOS

OCCUPATIONAL THERAPY ATTENTION IN PATIENTS WHO HAVE USED ANESTHETICS

João Pedro Maciel Amaral
Maria Helena Lima Barbosa
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

Em 1846, em Boston, no anfiteatro cirúrgico do Massachusetts General Hospital, o cirurgião John Collins Warren realizou a extirpação de um tumor no pescoço. Historicamente, essa data é considerada como a data em que se realizou a primeira intervenção cirúrgica com anestesia geral. O paciente foi anestesiado com éter pelo dentista William Thomas Green Morton, que utilizou um aparelho inalador por ele idealizado (REZENDE, 2009). Os anestésicos podem ser divididos em locais/regionais e gerais. Os anestésicos locais podem ser definidos como uma droga que pode bloquear de forma reversível a transmissão do estímulo nervoso no local onde for aplicado, sem ocasionar alterações no nível de consciência ou contrário do geral que ocorre alterações do nível de consciência (EDGCOMBE; HOCKING, 2015). Para Nunes et al (2019), As principais intervenções durante a anestesia são: controle dos sinais vitais, manter o paciente aquecido, manter monitoramento contínuo, como saturação, pressão arterial, temperatura, frequência, verificar sinais de hipóxia, esforço respiratório ou cianose, manter decúbitos e material para a aspiração, em caso de paciente com via aérea difícil deixar na sala cirúrgica o carrinho para intubação difícil, o anestesista em hipótese alguma deve ficar sozinho na hora da indução anestésica

e atentar-se a sinais e sintomas de choque hipovolêmico. O Terapeuta ocupacional desempenha um papel importante na reabilitação dos pacientes. Observou-se que a profissão não está ligada diretamente no manejo do fármaco, mas pode estar envolvida no tratamento das sequelas advindas dos efeitos adversos de cada um, além de intercorrências que podem vir a ocorrer.

Palavras-chave: Anestésicos. Efeitos adversos. Terapia ocupacional.

ABSTRACT

In 1846, in Boston, in the surgical amphitheater of Massachusetts General Hospital, surgeon John Collins Warren performed the surgical removal of a tumor in the neck. Historically, this date is considered to be the date on which the first surgical intervention with general anesthesia was performed. The patient was anesthetized with ether by dentist William Thomas Green Morton, who used an inhaler device designed by him (REZENDE, 2009). Anesthetics can be divided into local/regional and general. Local anesthetics can be defined as a drug that can reversibly block the transmission of nerve stimuli at the site where it is applied, without causing changes in the level of consciousness or, conversely, the general anesthetic, which causes changes in the level of consciousness (EDGCOMBE; HOCKING, 2015). For Nunes et al (2019), the main interventions during anesthesia are: control of vital signs, keeping the patient warm, maintaining continuous monitoring, such as saturation, blood pressure, temperature, heart rate, checking for signs of hypoxia, respiratory effort or cyanosis, maintaining decubitus and material for aspiration, in case of a patient with a difficult airway, leaving the trolley for difficult intubation in the operating room, the anesthetist should under no circumstances be alone at the time of anesthetic induction and paying attention to signs and symptoms of hypovolemic shock. The occupational therapist plays an important role in the rehabilitation of patients. It was observed that the profession is not directly linked to the management of the drug, but may be involved in the treatment of

the sequelae arising from the adverse effects of each one, in addition to complications that may occur.

Keywords: Anesthetics. Adverse effects. Occupational therapy.

1 INTRODUÇÃO

Em 1846, em Boston, no anfiteatro cirúrgico do Massachusetts General Hospital, o cirurgião John Collins Warren realizou a extirpação do cirúrgica de um tumor no pescoço. Historicamente, essa data é considerada como a data em que se realizou a primeira intervenção cirúrgica com anestesia geral. O paciente foi anestesiado com éter pelo dentista William Thomas Green Morton, que utilizou um aparelho inalador por ele idealizado (REZENDE, 2009).

Os anestésicos podem ser divididos em locais/regionais e gerais. Os anestésicos locais podem ser definidos como uma droga que pode bloquear de forma reversível a transmissão do estímulo nervoso no local onde for aplicado, sem ocasionar alterações no nível de consciência ou contrário do geral que ocorre alterações do nível de consciência (EDGCOMBE; HOCKING, 2015)

Anestésicos locais/regionais são substâncias que bloqueiam a condução nervosa de forma reversível, sendo seu uso seguido de recuperação completa da função do nervo. O local de ação dos anestésicos locais é a membrana celular, onde bloqueiam o processo de excitação-condução. O processo de excitação-condução de um nervo é a expressão de uma série de fenômenos eletroquímicos, que variam em função do estado da membrana (CARLOS; CARVALHO, 1994).

No caso dos anestésicos venosos (gerais) , não é considerado, já que essas drogas são administradas diretamente na corrente sanguínea. Assim sendo, a concentração plasmática, se a droga for administrada em dose única, vai depender tão somente da dose e da velocidade da injeção (DUARTE, 1994).

Segundo Toledo, Felipe e Reis (2022) algumas das reações adversas do uso de anestésicos são: enjoo, vômito, dor de cabeça e alergia ao medicamento anestésico. Efeitos mais graves, como parada cardiorrespiratória, são raros e estão associados às condições clínicas comprometidas dos pacientes. Também calafrios e tremores (normalmente relacionados à queda da temperatura), coceira, dano no local próximo à aplicação do anestésico queda da pressão arterial ou dificuldade para apresentar a primeira urina após o procedimento.

O período perioperatório é considerado complexo por apresentar procedimentos invasivos, os quais requerem um alto nível de conhecimentos dos profissionais de saúde, principalmente, dos enfermeiros, pois são os profissionais que estão presentes durante todo o processo, começando no período pré-operatório até o pós-operatório. No período anestésico, o paciente se encontra sob total vulnerabilidade, sendo de fundamental importância que o profissional de saúde esteja atento às possíveis complicações do paciente e mudanças dos sinais vitais (KOCH, 2018).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Apresentação dos anestésicos

O procedimento anestésico inclui a avaliação pré-anestésica, a anestesia propriamente dita, o período de recuperação da anestesia, bem como a analgesia pós-operatória (CARVALHO; BIANCHI, 2016). A escolha do tipo de anestesia é de responsabilidade do anestesiológico e varia de acordo com as condições clínicas do paciente, as doenças preexistentes e de suas condições mentais e psicológicas (LEMOS; POVEDA; PENICHE, 2017).

2.1.1 Anestesia geral

A anestesia geral se caracteriza pela inconsciência reversível, imobilidade, analgesia e bloqueio dos reflexos autonômicos, por meio da administração de 20 fármacos específicos (LEMOS; POVEDA; PENICHE, 2017). O bloqueio

neurovegetativo é secundário à analgesia e hipnose adequadas, permitindo a atenuação da resposta do sistema nervoso autônomo ao estímulo cirúrgico (ZOGBI et al., 2021).

Os anestésicos gerais são administrados para induzir uma perda temporária de consciência e criar um estado de inconsciência reversível durante um procedimento cirúrgico. Esses anestésicos podem ser administrados por via inalatória (gases anestésicos) ou por via intravenosa (medicamentos intravenosos). Eles afetam o sistema nervoso central, suprimindo a percepção da dor e produzindo relaxamento muscular (MILLER; PARDO; MILLER, 2019)

2.1.2 Anestesia geral inalatória

A anestesia geral inalatória é uma técnica utilizada com a administração de agentes voláteis, como halotano, enflurano, isoflurano, sevoflurano, desflurano ou de gases, como o óxido nitroso (MILLER; THEODORE; WIDRICH, 2022).

Para os melhores resultados com o uso de agentes inalatórios é preciso considerar o equipamento de anestesia e as condições clínicas do paciente que influenciam a concentração do agente ao longo do tempo e seus efeitos farmacodinâmicos (cardiovascular, respiratório e sistema nervoso central) (ASSIS, 2017).

2.1.2.2 Anestesia geral venosa total

A técnica de anestesia geral venosa é muito utilizada devido ao surgimento de novos fármacos, cujas características farmacocinéticas possibilitam a administração intravenosa contínua, semelhante à técnica inalatória. Várias drogas podem ser combinadas com o objetivo de produzir hipnose e analgesia, com destaque para o propofol e o anfentanil, sufentanil ou remifentanil (MILLER; THEODORE; WIDRICH, 2022).

Desde a introdução do propofol em 1984, nenhum novo agente anestésico intravenoso foi introduzido. Avanços significativos foram feitos, no entanto, nos métodos de administração de propofol para indução e manutenção da anestesia sem o uso de agentes voláteis, denominado anestesia intravenosa total. Os expoentes dessa técnica afirmam excelentes características de recuperação e baixa incidência de náuseas e vômitos pós-operatórios, evitando a poluição potencialmente nociva do ambiente cirúrgico (MIRAKHUR; MORGAN, 1998).

Uma grande desvantagem do propofol tem sido a dificuldade de atingir a concentração plasmática desejada pelo controle manual da taxa de infusão, pois para manter essa concentração com precisão, a taxa de infusão deve ser ajustada frequentemente. Na prática, a concentração plasmática resultante pode variar erratically, causando instabilidade hemodinâmica ou anestesia leve.

2.1.2.3 Anestesia geral balanceada

A anestesia venosa balanceada utiliza gases anestésicos inalatórios, através do sistema de ventilação, permitindo que o agente seja transportado do alvéolo para o cérebro, à medida que se estabelece um gradiente de concentração entre essas duas estruturas. Associa os hipnóticos endovenosos para indução anestésica e os opioides para analgesia. Mesmo sendo substituída pela Anestesia geral venosa total, continua como a técnica mais utilizada. (EGAN, 2019; HERLING et al., 2017)

2.1.3 Anestesia regional

A anestesia regional é efetuada em determinadas regiões do corpo através da injeção de um fármaco numa determinada área nervosa, insensibilizando essa região. Pode ser realizada com ou sem o auxílio de fármacos sedativos; portanto, o doente encontra-se acordado ou ligeiramente adormecido, mas facilmente desperto ao chamado (GUIMARÃES et al., 2017).

A anestesia regional pode ser usada em conjunto a anestesia geral, pós procedimento e muitas vezes para muitas condições de dor aguda e crônica, mostrando-se uma redução nos níveis de dor após a cirurgia (FOLINO; MAHBOOBI, 2021).

Os principais tipos de anestesia regional são: anestesia neuroaxial (raquianestesia e anestesia epidural); bloqueios de nervos periféricos e anestesia regional intravenosa (LOIZOU et al., 2018).

2.1.3.1 Anestesia neuroaxial (raquidiana/epidural/combinada)

Os bloqueios neuroaxiais consistem em colocar uma agulha pelas costas para injetar uma droga específica no espaço subaracnóideo para raquianestesia ou no espaço peridural para anestesia peridural. Ambas as técnicas podem ser aplicadas em conjunto (AHUJA; SINGH; JAIN, 2019).

A diferença entre a anestesia raquidiana e peridural é que na raquidiana o anestésico é aplicado no líquido que envolve a espinha, enquanto na peridural a agulha não atinge o espaço em que está o líquido e que o bloqueio combinado raqui-peridural (BCRP) oferece vantagens sobre a anestesia peridural ou subaracnóidea com injeção única (SIMMONS et al., 2019).

O bloqueio combinado raqui-peridural (BCRP) é o método preferido para cesariana. O componente da medula proporciona um rápido início da anestesia e fármacos administrados através do cateter posicionado no espaço peridural permitem a manutenção da analgesia durante o período pós-operatório (SIMMONS et al., 2019)

2.1.3.2 Regional

A anestesia regional é uma técnica comumente usada em procedimentos ortopédicos e oferece várias vantagens, que incluem a manutenção da respiração espontânea e de alguns reflexos, como deglutição e tosse, o fornecimento de

analgesia no pós-operatório, baixos custos cirúrgicos e menor tempo de internação (FITZGERALD et al., 2019).

É selecionada para procedimentos cirúrgicos que abordam membros superiores ou inferiores, abdômen ou região pélvica. Pode ser realizada por bloqueio peridural, subaracnoídeo ou plexos nervosos, com a administração de anestésicos locais, como xilocaína, ropivacaína (PALMER, 2013). A associação entre a anestesia geral e regional é definida como anestesia combinada.

2.1.4 Anestesia local

Os anestésicos locais atuam na membrana celular ligando-se reversivelmente a um receptor específico no poro dos canais de sódio (Na^+) dos nervos. A condutibilidade se dá através de uma diferença de potencial da membrana, que tem seu interior mais negativo que o exterior, estabelecido principalmente pela bomba de sódio e potássio, transportando sódio para o meio extracelular e potássio para o meio intracelular. Os anestésicos locais impedem a geração e condução de impulsos nervosos ao interferir na permeabilidade da membrana ao sódio, bloqueando esses canais e impedindo a condução de estímulo na fibra nervosa (ZOGBI et al., 2021).

As ligações com os canais de sódio são feitas com uma maior velocidade, assim como a dissociação do fármaco com esses canais, dessa forma, o período de latência é menor (SHAH; VOTTA-VELIS; BERGEAT, 2018).

Os anestésicos locais são utilizados para a realização de várias técnicas de anestesia regional para fornecer anestesia e analgesia intraoperatória, bem como para o tratamento de dores agudas e crônicas. Medicamentos mais antigos, como lidocaína e bupivacaína, bem como os mais novos, como mepivacaína e ropivacaína, estão sendo usados com sucesso há décadas (SHAH; VOTTA-VELIS; BERGEAT, 2018).

2.2 Efeitos colaterais e adversos

Reação adversa a medicamento é toda reação nociva ou desagradável resultante do uso de um medicamento cuja identificação permite prever riscos de futura administração, assegurar a prevenção e tratamento específico assim como determinar alteração na dosagem e interrupção do tratamento (COLEMAN; PONTEFRAC, 2016).

Devido à sua composição, os fármacos anestésicos têm a possibilidade de desenvolver efeitos colaterais em alguns pacientes, podendo retardar o processo de recuperação ou até mesmo influenciar durante o procedimento cirúrgico. Esses efeitos quando somados ao paciente que apresenta um baixo sistema imunológico, complicações respiratórias e instabilidade nos sinais vitais, podem levar a efeitos irreversíveis e até mesmo fatais. (SCHWARTZMA, 2014; SOUZA et al, 2020).

No período perioperatório, ressalta-se as reações de hipersensibilidade, podendo destacar algumas reações de hipersensibilidade, como alergia e anafilaxia, com sintomas que vão desde urticária até parada cardiorrespiratória (SPINDOLA et al., 2020).

Em crianças, as reações são diversas, como: insuficiência suprarrenal, depressão respiratória, mioclonia, náuseas, vômitos, dor no local da injeção e supressão adrenocortical, alucinações, pesadelos, alterações cognitivas e de memória recente, hipotensão, irritante para as vias respiratórias (tosse, laringoespasmos, elevação da pressão intracraniana, transtorno mental – excitação, alucinação, movimentos involuntários com choro) (MULLHER et al., 2017).

Segundo Nunes et al (2012), a anestesia geral tem como objetivo induzir o paciente a inconsciência através da administração de medicamentos. As suas complicações são: o despertar intraoperatório por sedação insuficiente, Hipóxia,

broncoespasmo, apneia Bronco aspiração, Hipotermia, hipotensão, arritmias e hipertensão.

Com relação aos anestésicos locais, as reações envolvem o Sistema Nervoso Central (SNC) incluindo tremores e espasmos musculares envolvendo músculos da face e partes distais das extremidades, podendo evoluir para convulsão de natureza tônico-clônica e óbito. Eventualmente todos os anestésicos locais podem causar hipotensão, arritmias e depressão miocárdica. Outros agentes mais potentes como a bupivacaina, rapivacaina e levobupivacaina podem levar ao colapso cardiovascular e bloqueio atrioventricular total (ZOGBI et al., 2021).

Na raquianestesia os efeitos colaterais mais comuns são hipotermia, complicações neurológicas (dor lombar associada ao trauma da agulha, até compressão medular potencialmente irreversível por hematoma subdural), cefaleia pós-punção da dura-máter (CPPD), hipotensão e bradiarritmia (OLIVEIRA; LOUZADA; JORGE, 2015).

Conforme Pereira et al (2011), os riscos e efeitos colaterais são intercorrências que existem em anestésias do neuroeixo mesmo essa prática sendo considerada segura. Um dos maiores problemas enfrentados é a hipotensão arterial, causada por bloquear o sistema nervoso simpático, podendo apresentar complicações anestésicas pós-operatória menores, retardando a recuperação do paciente e aumentando o desconforto e a insatisfação dele.

Os estudos mostram que as complicações anestésicas menores ocorrem mais em mulher e pacientes mais jovens, havendo, portanto, uma alta incidência dos sintomas durante o período pós-anestésico. Esses sintomas são, por exemplo, náuseas, vômitos, cefaleias e dores nas costas (TENANT, 2012).

2.3 Práticas assistenciais no manejo dos efeitos adversos

Para Nunes et al (2019), As principais intervenções durante a anestesia são: controle dos sinais vitais, manter o paciente aquecido, manter monitoramento contínuo, como saturação, pressão arterial, temperatura, frequência, verificar sinais de hipóxia, esforço respiratório ou cianose, manter decúbitos e material para a aspiração, em caso de paciente com via aérea difícil deixar na sala cirúrgica o carrinho para intubação difícil, o anestesista em hipótese alguma deve ficar sozinho na hora da indução anestésica e atentar-se a sinais e sintomas de choque hipovolêmico.

Em relação as práticas assistenciais, busca-se respeitar a dose recomendada para a via ser utilizada; usar doses e concentrações mínimas para o efeito desejado; sempre aspirar antes de injetar o anestésico a fim de evitar injeção intravascular; usar anestésicos com epinefrina, exceto se houver contraindicações; utilizar bloqueio anestésico com auxílio a ultrassonografia (ZOGBI et al. 2021).

Em relação as práticas para tratar os efeitos colaterais mais frequentes, podemos abordar o uso de antieméticos, para náuseas e vômitos; uso de analgésicos simples, para dor e desconforto; medicamentos antipruriginosos para o prurido (coceira); dependendo da gravidade, monitoramento e suporte respiratório; em casos mais raros uso de antialérgicos potentes nas reações alérgicas que podem ser ocasionados e monitoramento cardíaco (OLIVEIRA; LOUZADA; JORGE, 2015).

Uma forma de reduzir os efeitos colaterais da raquianestesia é a utilização do Ultrassom durante o procedimento para a visualização de planos, como abordagem para os cuidados da cefaleia pós-raqui, algumas delas são: repouso e hidratação; analgésicos; a administração de hidrocortisona pode ajudar a reduzir a inflamação e aliviar os sintomas; reposição de líquido cefalorraquiano em casos mais graves e persistentes (OLIVEIRA; LOUZADA; JORGE, 2015).

2.4 Atuação da terapia ocupacional na atenção ao paciente pós anestesia

Depois da cirurgia, um terapeuta ocupacional (T.O) pode avaliar as habilidades e necessidades funcionais do paciente, bem como seus objetivos individuais. Isso pode envolver a identificação de atividades diárias que o paciente pode ter dificuldade em realizar devido ao uso de anestésicos, como banho, vestir-se, alimentação e higiene pessoal (WARD, 2015). O terapeuta ocupacional (T.O) pode fornecer estratégias para lidar com esses desafios, adaptar o ambiente para promover a independência e oferecer treinamento para o uso de dispositivos assistivos, se necessário (WARD, 2015). Dependendo das necessidades individuais do paciente, o terapeuta ocupacional pode ajudar a desenvolver um plano de reabilitação personalizado. Isso pode incluir exercícios para melhorar a força, a amplitude de movimento e a coordenação, além de técnicas de gerenciamento da dor e estratégias para minimizar a rigidez ou o inchaço pós-operatório (GITLOW; NUEHRING, 2015).

A toxicidade sistêmica relacionada com a anestesia regional é causa de crise convulsiva em aproximadamente 5/10.000 pacientes, sendo mais frequente com o uso da bupivacaína, podendo ser observada inclusive com os anestésicos locais de uso mais recente (MARANHÃO; GOMES; CARVALHO, 2011). A convulsão é um evento neurológico que pode ter impacto nas habilidades funcionais, cognitivas e emocionais dos indivíduos. O objetivo da terapia ocupacional nesse contexto é ajudar os pacientes a recuperar e desenvolver habilidades necessárias para participar ativamente em suas atividades diárias. Aqui estão algumas áreas de atuação da terapia ocupacional na reabilitação pós convulsão: atividades significativas; avaliação e adaptação do ambiente; treinamento de habilidades motoras; treinamento de habilidades cognitivas; abordagem baseada em grupos (MEDLEY; CROUCH, 2015).

3 CONCLUSÃO

O Terapeuta ocupacional desempenha um papel importante na reabilitação dos pacientes. Observou-se que a profissão não está ligada

diretamente no manejo do fármaco, mas pode estar envolvida no tratamento das sequelas advindas dos efeitos adversos de cada um, além de intercorrências que podem vir a ocorrer.

É importante ressaltar que o papel específico da terapia ocupacional no manejo clínico dos pacientes em uso de anestésicos pode variar de acordo com a situação clínica individual. A colaboração com a equipe médica e outros profissionais de saúde é essencial para garantir um cuidado abrangente e integrado.

REFERÊNCIAS

Maranhão MVM, Gomes EA, Carvalho PE. Epilepsia e Anestesia. Rev Bras Anesthesiol 2011;61(2):232-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n2/v61n2a13.pdf>

AHUJA, P.; SINGH, R.; JAIN, A. Effect of intrathecal catheterisation on incidence of postdural puncture headache after accidental dural puncture in non-obstetric patients. *Jornal Anaesthesiol Clin Pharmacol*. Jan-Mar. v. 35. n.1. p. 49-52. 2019.

ASSIS, R. F. Os efeitos pós-operatório da anestesia geral inalatória. 6º CONGREFIP. Patos. Anais. Patos. 3p. 2017.

CARLOS, J.; CARVALHO, A. Farmacologia dos Anestésicos Locais. **Bras Anesthesiol**, v. 44, n. 1, p. 75-82, 1994.

CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação, Manole, Barueri, 2ª ed. p.188-209. 2016.

COLEMAN, J. J.; PONTEFRACT, S. K. Adverse drug reactions. *Clínica Medicine (Londres)*. clinmedicine.v.16. n. 5. p. 48. 2016.

DUARTE, D. Farmacocinética e Farmacodinâmica dos Anestésicos Venosos. **Bras Anesthesiol**, v. 44, n. 1, p. 35-42, 1994.

EDGCOMBE, H.; HOCKING, G. **TUTORIAL DE ANESTESIA DA SEMANA FARMACOLOGIA DOS ANESTSICOS LOCAIS**, 2015. Disponível em: <<https://tutoriaisdeanestesia.paginas.ufsc.br/files/2013/05/Farmacologia-dos-anestesicos-locais.pdf>>.

EGAN, T. D. Are opioids indispensable for general anaesthesia? *British Journal of Anaesthesia*. v.122. n. 6. p. 127-135. 2019.

FITZGERALD, S.; ODOR, P. M.; BARRON, A.; PAWA, A. Breast surgery and regional anaesthesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. v.33 n.1. p. 95-110. 2019.

FOLINO, T. B.; MAHBOOBI, S. K. Regional Anesthetic Blocks. [Updated 2021 Oct 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Jan. 2021.

Gitlow, L., & Nuehring, E. M. (2015). Occupational therapy in the acute care setting. In *Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Traumatic Brain Injury* (pp. 85-96). AOTA Press.

GUIMARÃES, J. F.; ANGONESE, F.; GOMES, R. K.; JUNIROS, V. M.; FARIAS, C. Anestesia para by pass vascular em membro inferior com bloqueio de nervos periférico. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. n. 67(6). p. 626-631. 2017.

HERLING, S. F.; DREIJER, B.; WRIST, L. G.; THOMSEN, T.; MOLLER, A. M. Total intravenous anaesthesia versus inhalational anaesthesia for adults undergoing transabdominal robotic assisted laparoscopic surgery. *Cochrane Database Systema Revista*. Issue. art. 4. 2017.

KOCH, T. M. et al. **Momento anestésico cirúrgico: transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem**. *Revista SOBECC, São Paulo*. Jan./Mar. 2018. p. 7-13.

LEMOS, C. S.; POVEDA, V. B.; PENICHE, A. C. G. Construction and validation of a nursing care protocol in anesthesia. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*. v. 2 e 2952. 2017.

LOIZOU, E.; MAYHEW, D. J.; MARTLEW, V.; MURTHY, B. V. S. Implications of deranged activated partial thromboplastin time for anaesthesia and surgery. *Anaesthesia*. v. 73. n. 12. p.1557-1563. 2018.

MILLER, A. L.; THEODORE, D.; WIDRICH, J. Inhalational Anesthetic. [Updated 2022 May 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Jan. 2022.

Miller, R. D., Pardo, M. C., & Miller, R. D. (2019). *Basics of anesthesia*. Elsevier.

MULLER, I. M.; SUYENAGA, S. E.; ANDRIGHETTI, L. H.; PERASSOLO, M. S. Anestésicos usados em cirurgias pediátricas. *Revista Conhecimento Online*. v. 1. n. 9. 11p. 2017.

NUNES, M. A. P. et al. **Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre os cuidados do enfermeiro ao paciente em recuperação anestésica**. *Revista SOBECC* 24.4. 2019. p. 231-237.

NUNES, R. R. et al. **Fatores de risco para o despertar intraoperatório**. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 62.3, 2012. p. 369-374.

OLIVEIRA, T. R.; LOUZADA, L. A. L.; JORGE, J. C. Raquianestesia: prós e contras. *Rev Med Minas Gerais*. v. 25, n. 4, p. 28-35, 2015.

PALMER, L. Anesthesia 101: everthing you need to know. *Plast Surg Nurs* [Internet]. 2013 , 33 (4): 164-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24297077> *sta de Ciências da Saúde*, v. 33, n. 1. p. 45-66. 2021.

PEREIRA, I. D. F. et al. **Análise retrospectiva de fatores de risco e preditores de complicações intraoperatórias dos bloqueios do neuroeixo realizados**

na **Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP**. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 61.5, 2011. p. 574-581.

REZENDE, J. M. DE. Breve história da anestesia geral. **À sombra do Plátano: crônicas de história da medicina**, p. 103-109, 2009.

SCHWARTZMAN, U. P. et al. **Complicação anestésica em hospital de reabilitação. A incidência tem relação com a consulta pré-anestésica**. *Brazilian Journal of Anesthesiology* 64.5, 2014. p. 357-364.

SHAH, J.; VOTTA-VELIS, E. G.; BORGEAT, A. New Local Anesthetics. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiol.* v. 32. n. 2. p.179-185. 2018.

SIMMONS, S. W.; DENNIS, A. T.; CYNA, A. M.; RICHARDSON, M. G.; BRIGHT, M. R. Combined spinal-epidural versus spinal anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 10. Art. 2019.

SOUZA *et al.* **Assistência de enfermagem durante a pandemia de covid-19: um relato de experiência**. *Atenas Higeia* vol.2 nº 3 Set, 2020.

SPINDOLA, M. A. C.; SOLÉ, D.; AUN, M. V.; AZI, L. M. T. A.; BENRD, L. A. G.; GARCIA, D. B.; CAPELO, A. V.; CUMINO, D. O.; LACERDA, A. E.; LIMA, L. C.; MORATO, E. F.; NUNES, R. R.; RUBINI, N. P. M.; SILVA, J.; TARDELLI, M. A.; WATANABE, A. S.; CURI, E. F.; SANO, F. Atualização sobre reações de hipersensibilidade perioperatória: documento conjunto da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI) --- Parte I: tratamento e orientação pós-crise. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. v. 70. n. 5. 14p. 2020.

TENNANT, I. et al. **Complicações pós-operatórias menores relacionadas à anestesia em pacientes de cirurgias eletivas ginecológicas e ortopédicas em um hospital universitário de Kingston, Jamaica**. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 62.2, 2012. p. 193-198.

TOLEDO, S. O.; FELIPE, R. M. S.; REIS, B. C. C. Reação anafilática em uso de anestésicos locais: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*. v.14. 8p. 2022.

Ward, L. A. (2015). Perioperative occupational therapy. In *Role Emerging Occupational Therapy: Maximising Occupation-Focused Practice* (pp. 193-210). John Wiley & Sons.

ZOGBI, L.; RIGATTIA, G.; AUDINOVA, F. D.; AUDINOVA, L. F. Anestesia local. *Vittalle - Revi*

Mirakhur RK, Morgan M. Anestesia intravenosa: um passo à frente. *Anestesia*. 1998; 53(suplemento 1) :1-3. [[PubMed](#)] [[Google Acadêmico](#)]

CAPÍTULO XIII

TERAPIA OCUPACIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM DELINEADO DA PROFISSÃO MEDIANTE A FARMACOLOGIA E SUA APLICAÇÃO

OCCUPATIONAL THERAPY IN THE HOSPITAL CONTEXT: AN OUTLINE OF THE PROFESSION THROUGH PHARMACOLOGY AND ITS APPLICATION

Brenda Kelly de Queiroz Silva
Daniel de Sousa Nunes
Ianara Guedes Bernardo e Silva
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

Este trabalho descreve a atuação do terapeuta ocupacional em diferentes contextos hospitalares (intra e extra hospitalar). Partindo desde a história da profissão e sua consolidação, até a história atual e práticas. Tem como objetivo identificar os procedimentos realizados, o perfil desse profissional nos hospitais, sua aplicação mediante a recursos e sua relação com a farmacologia. Destacando também as intervenções não farmacológicas que podem ser realizadas em pacientes hospitalizados, e de que forma esses tratamentos podem afetar, além de reforçar a importância desse profissional na área hospitalar, suas diversas práticas de funcionamento, sua abordagem e intervenções aplicadas.

Palavras-chave: Terapia ocupacional, Contexto hospitalar, Farmacologia, Contexto histórico.

ABSTRACT

This paper describes the performance of occupational therapists in different hospital contexts (intra and extra hospital). Starting from the history of the profession and its consolidation, to the current history and practices. It aims to identify the procedures performed, the profile of this professional in hospitals, its application through resources and its relationship with pharmacology. It also highlights the non-pharmacological interventions that can be performed on hospitalized patients, and how these treatments can affect, in addition to reinforcing the importance of this professional in the hospital area, its various operating practices, its approach and applied interventions.

Keywords: Occupational therapy, Hospital context, Pharmacology, Historical context.

1 INTRODUÇÃO

A terapia ocupacional teve seu desenvolvimento e aplicação nos contextos hospitalares no século XX, pois com o avanço da medicina e necessidade da reabilitação das pessoas que estavam hospitalizadas a terapia ocupacional passou também a ocupar os ambientes hospitalares (MIRSHAWKA, 1994). Os primeiros sistemas de abordagens terapêuticas surgiram na primeira guerra mundial, com os soldados lesionados e incapacitados de realizar suas ocupações como antes, como relata Bartalotti e De Carlo (2001). Inicialmente a Terapia Ocupacional esteve associada somente aos componentes relacionados à reabilitação física e motora, possuindo como objetivo introdutório a reinserção social das vítimas da guerra, através do treinamento de hábitos de autocuidado e da reinserção social (DE-CARLO & BARTALLOTTI, 2001; FIGUEIREDO et al., 2018).

Partindo dessa perspectiva, Scarazati (2008) apresenta a interação do paciente em atividades ocupacionais como parte do processo de reabilitação para ajudá-los a recuperar sua independência funcional. A terapia ocupacional teve

suas raízes históricas no século XVIII, mas seu desenvolvimento e aplicação no contexto hospitalar ocorreram posteriormente, no século XX.

Após a guerra, a terapia ocupacional começou a expandir-se para outras áreas de saúde, incluindo hospitais. (GALHEIGO, 2007) afirma que os hospitais compreenderam que a ocupação e a participação ativa dos pacientes em atividades diárias poderiam ajudar a melhorar seu bem-estar físico, emocional e social. Dessa forma, os terapeutas ocupacionais passaram a ser integrados às equipes de saúde hospitalares.

A partir de então a terapia ocupacional começou a ser aplicada em diferentes unidades hospitalares, como ortopedia, neurologia, cardiologia e pediatria. Os terapeutas ocupacionais passaram a trabalhar com pacientes para ajudá-los a recuperar habilidades funcionais, adaptar-se a limitações físicas ou cognitivas, desenvolver estratégias de enfrentamento e promover a reintegração social. (MARINHO; CABALHO, 2001)

Acredita-se que o pioneiro na implementação da terapia ocupacional em contextos hospitalares tenha sido George Edward Barton, um arquiteto americano que se tornou paciente de um sanatório após sofrer um esgotamento físico e mental. Barton percebeu que a participação em atividades significativas era crucial para sua própria recuperação e começou a aplicar esses princípios com outros pacientes. Posteriormente, a terapia ocupacional foi desenvolvida e aprofundada por outros profissionais, como Eleanor Clarke Slagle e William Rush Dunton Jr.

Eleanor Slagle, considerada a "mãe da terapia ocupacional", expandiu a prática para além dos hospitais psiquiátricos, introduzindo a terapia ocupacional em hospitais gerais. Ao longo do tempo, a terapia ocupacional no contexto hospitalar evoluiu com base em pesquisas e avanços teóricos. Novas abordagens foram desenvolvidas para atender às necessidades específicas de diferentes populações de pacientes e condições médicas (ALMEIDA, 1993).

Hoje, a terapia ocupacional desempenha um papel fundamental na reabilitação, prevenção de incapacidades e promoção do bem-estar dos pacientes hospitalizados. Segundo a Resolução nº 429 de 8 de julho de 2013. (D.O.U. nº 169, Seção 1 de 2 de setembro de 2013), reconhece e disciplina a especialidade de terapia ocupacional em contextos hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em contextos hospitalares e das outras.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) (CONSELHO..., 2007) define a função do terapeuta ocupacional, como um profissional capaz de realizar: Procedimento de avaliação, intervenção e orientação, realizado com o cliente internado e/ ou familiar e cuidador, em pronto atendimento, enfermaria, berçário, CTI, UTI (neonatal, pediátrica e de adulto), unidade coronariana, isolamento, brinquedoteca hospitalar, unidade materno-infantil, internação domiciliar e unidade de desintoxicação, para intervenção o mais precoce possível, a fim de prevenir deformidades, disfunções e agravos físicos e/ou psicoafetivo-sociais, promovendo o desempenho funcional/ocupacional e qualidade de vida durante a hospitalização [...] (CONSELHO..., 2007).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATUAÇÃO EM CONTEXTOS HOSPITALARES

A terapia ocupacional teve suas especialidades profissionais reconhecidas em 2009, as primeiras especialidades foram publicadas pelo (COFFITO, 2009.) No caso do contexto hospitalar a especialidade profissional contempla três áreas de atuação, a intra-hospitalar, extra-hospitalar, oferecida pelo hospital e cuidados paliativos. Cada uma dessas áreas de atuação deve ser entendida como um processo terapêutico em si, porém, com características diferentes.

A atuação do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar visa a proteção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, do indivíduo e da

coletividade, pautado na concepção de integralidade e humanização da atenção à saúde. Realiza-se por meio do diagnóstico terapêutico ocupacional, bem como a eleição, execução e utilização de métodos, técnicas e recursos pertinentes e adequadas ao contexto hospitalar observando os seguintes aspectos:

I - Realizar consulta e interconsulta e avaliação terapêutica ocupacional com paciente, cliente, usuário, família e grupos

II - Estabelecer diagnóstico terapêutico ocupacional e se necessário realizar uma interconsulta, exames complementares e pareceres para definir a conduta e o prognóstico terapêutico ocupacional.

III - Realizar o planejamento e intervenção - constituída por uma série de ações que envolvem tanto a seleção, como a indicação e aplicação de métodos, técnicas e procedimentos terapêuticos ocupacionais, monitoramento seu desempenho nas diferentes áreas ocupacionais particularmente nas AVDs, e AIVDs, produtividade, lazer, e participação social.

Conforme exposto na Resolução de nº 429 de 08 de julho de 2013, (D.O.U. nº 169, Seção I de 02 de Setembro de 2013) especificamente no art. 6º - O exercício do Terapeuta Ocupacional Especialista em Contextos Hospitalares é condicionado ao conhecimento e domínio das seguintes áreas e disciplinas: Processo de saúde e doença e epidemiologia; Sistemas de Saúde; Políticas sociais de saúde, educação, trabalho e promoção social; Fundamentos históricos e teóricos metodológicos da terapia ocupacional; Atuação em equipe inter, multi e transdisciplinar; Ética, bioética, cuidados paliativos e tanatologia; Próteses, órteses, dispositivos de tecnologia assistiva e comunicação e acessibilidade; Humanização hospitalar; Procedimentos e intervenções terapêuticas - ocupacionais; Ocupação, atividades e recursos terapêuticos; Desenvolvimento ontogenético e psicossocial; Ergonomia; Farmacologia aplicada; Suporte básico de vida; Instrumentos de mensuração e avaliação relacionados ao paciente, familiares e cuidadores; Princípios do tratamento quimioterápico, radioterápico,

de abordagens cirúrgicas e de controle da dor; Gerenciamento de serviços e gestão em saúde; Medidas de controle de infecção hospitalar e biossegurança.

“Os objetivos do terapeuta ocupacional são a qualidade de vida do paciente hospitalizado, as condições e necessidades que envolvem o ambiente, e o relacionamento com a família e a equipe, levando em consideração sua globalidade e integridade. Torna-se essencial o desenvolvimento de programas de intervenção que possam abranger a complexidade dos aspectos referidos, com o intuito de investir na ambientação, na humanização e no cotidiano das pessoas internadas no hospital, e de suas interfaces com família e equipe”. (PALM, 1997)

Alguns campos de atuação no ambiente hospitalar do terapeuta ocupacional:

- Saúde Mental - áreas de atuação:

Desempenho Ocupacional Psicossocial: Envolve a avaliação e intervenção nas relações interpessoais, na comunicação, na resolução de problemas, na adaptação social e no desempenho ocupacional relacionado ao ambiente social e ocupacional.

Desempenho Ocupacional Percepto-Cognitivo: Refere-se à avaliação e intervenção nas habilidades cognitivas, como a atenção, memória, percepção, raciocínio, julgamento e tomada de decisão, que afetam o desempenho ocupacional.

Desempenho Ocupacional Senso-Perceptivo: Envolvido na avaliação e intervenção nas habilidades sensoriais e perceptivas, incluindo a visão, audição, tato, olfato e paladar, e como elas afetam o desempenho ocupacional.

Desempenho Ocupacional Psicoafetivo: Relacionado à avaliação e intervenção nas emoções, afetos, motivação, regulação emocional e autoestima, que influenciam o desempenho ocupacional.

Desempenho Ocupacional Psicomotor: Refere-se à avaliação e intervenção nas habilidades motoras, coordenação, equilíbrio, destreza, força, resistência e controle motor, que afetam o desempenho ocupacional.

- **Saúde Funcional - áreas de atuação:**

Desempenho Ocupacional Cognitivo: Envolve a avaliação e intervenção nas habilidades cognitivas relacionadas ao desempenho ocupacional, como a atenção, memória, raciocínio, resolução de problemas e tomada de decisão.

Desempenho Ocupacional Neuropsicomotor: Refere-se à avaliação e intervenção nas habilidades motoras e cognitivas, levando em consideração o sistema nervoso e suas interações com o desempenho ocupacional.

Desempenho Ocupacional Músculo Esquelético: Envolvido na avaliação e intervenção nas habilidades relacionadas ao sistema musculoesquelético, incluindo força, resistência, coordenação, mobilidade e flexibilidade, e como elas impactam o desempenho ocupacional.

Desempenho Ocupacional Tecnologia Assistiva: Relacionado à avaliação e intervenção no uso de tecnologias assistivas para melhorar o desempenho ocupacional, como dispositivos e equipamentos que auxiliam pessoas com deficiência ou limitações funcionais.

2.2 ATUAÇÃO INTRA-HOSPITALAR

De acordo com a Resolução nº 429 de 08 de julho de 2013, (D.O.U. nº 169, Seção I de 02 de Setembro de 2013) art. 4º inciso I. - A área de atuação “Atenção intra-hospitalar” compreende: o planejamento e execução da intervenção terapêutico-ocupacional junto aos pacientes, familiares e acompanhantes e/ou cuidadores, em regime de internação e ambulatorial, assim como aos trabalhadores e gestores, em diferentes contextos: unidades de internação; ambulatórios de unidades hospitalares ou similares; unidades de urgência;

centro cirúrgico; centros e unidades de terapia intensiva; unidades semi-intensivas; hospital-dia; unidades especializadas; brinquedoteca; entre outros.

Os terapeutas ocupacionais intra-hospitalares trabalham em diferentes áreas dentro do hospital, como nas unidades de terapia intensiva, enfermarias, maternidades, pediatria, neurologia, ortopedia, dentre outras. Eles realizam avaliações detalhadas dos pacientes, levando em consideração suas condições médicas, habilidades funcionais, interesses e metas pessoais. A Terapia Ocupacional é uma disciplina da área da saúde que tem como objetivo auxiliar pessoas com dificuldades físicas, cognitivas, emocionais ou sociais a realizar atividades do cotidiano de forma independente, autônoma e significativa.

A terapia ocupacional intra-hospitalar envolve o atendimento a pacientes internados em hospitais, é realizada por terapeutas ocupacionais que trabalham diretamente com os pacientes para ajudá-los a participar de atividades diárias, adaptando-as às suas necessidades e limitações específicas. O principal objetivo é promover a autonomia e a qualidade de vida dos pacientes durante sua hospitalização.

As intervenções da terapia ocupacional intra-hospitalar podem incluir:

- Treinamento de atividades de vida diária: Ajuda os pacientes a recuperar habilidades necessárias para realizar tarefas diárias, como tomar banho, se vestir, se alimentar e usar o banheiro.
- Treinamento de habilidades cognitivas: Visa melhorar a cognição, a atenção, a memória e o raciocínio dos pacientes por meio de atividades como quebra-cabeças, jogos, leitura e escrita.
- Adaptação e orientação no uso de órteses e dispositivos de assistência: Auxilia os pacientes na utilização de dispositivos adaptados, como talas, órteses ou outros equipamentos, que facilitem a realização de atividades específicas.

- Estimulação sensorial: Utiliza técnicas para estimular os sentidos dos pacientes, ajudando a aumentar a percepção e a resposta aos estímulos do ambiente.

- Gerenciamento de dor e estresse: Desenvolve estratégias para ajudar os pacientes a lidar com a dor e o estresse associados à hospitalização, como relaxamento, técnicas de respiração e atividades de distração.

Além disso, os terapeutas ocupacionais intra-hospitalares também fornecem orientações aos pacientes e seus familiares sobre a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, encaminhando-os para serviços de reabilitação ou assistência se necessários.

2.3 ATUAÇÃO EXTRA-HOSPITALAR

Na Resolução nº 429 de 08 de julho de 2013, (D.O.U. nº 169, Seção I de 02 de setembro de 2013) art. 4º, inciso II - Compreende a atuação do terapeuta ocupacional em: visita domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar, e na rede de suporte em saúde, quando realizados por uma equipe hospitalar. A atenção domiciliar oferecida pelo hospital é quando a equipe hospitalar sai do hospital e vai atender o paciente em domicílio, incluindo também a reconstrução de redes de suporte.

Seja numa visita, para um atendimento ou na internação. Visa contribuir com a proteção, promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação do indivíduo e da coletividade, pautado na concepção de integralidade e humanização da assistência à saúde, pensando no contexto sociocultural e econômico do paciente.

Além da assistência terapêutica-ocupacional, a atuação no contexto hospitalar abrange a gestão, o ensino e pesquisa objetivando a formação e o aperfeiçoamento das competências e habilidades profissionais na área de conhecimento e prática profissional em contextos hospitalares. (GRUPO..., 2010,

p. 03), Silva e Kovacs (2007) mencionam também que na assistência domiciliar o terapeuta ocupacional deve avaliar e analisar as capacidades do paciente para a independência na vida e fornece sugestões práticas para favorecer sua participação no ambiente familiar.

A promoção da independência e da autonomia pode ser trabalhada através de diferentes recursos, conforme já mencionado. O uso de atividades (sejam elas expressivas, artísticas, artesanais, etc), pode promover o resgate de capacidades e de sentidos no cotidiano dos pacientes, além de – de acordo com (Silva e Kovacs 2007) – poder ajudar o paciente a falar e refletir sobre o que está vivendo, como se sente e o que deseja explorar naquele momento. (Mello et al. 2004) reiteram a importância do fazer atividades pois, por meio de seu fazer, o sujeito pode se reconhecer enquanto tal reelaborar suas questões e experiências, bem como seu processo de adoecimento e hospitalização, além de reconstruir sua história. Já o treino de atividades de vida diária ou a prescrição e/ou a confecção de adaptações para realizá-las podem ser outras estratégias.

No domicílio, acompanhar o momento do almoço ou do banho pode ser uma fonte útil para o terapeuta ocupacional; acompanhar as atividades e realizar as orientações (seja para o paciente ou para o cuidador) facilita para que se consiga a máxima independência possível. PAIM et al. (2009) aponta um fato importante: muitas vezes, após a alta hospitalar, a família passa a superproteger o paciente; com a participação do mesmo nas atividades, sua reabilitação pode se acelerar, além de ser um estímulo para sua autoestima.

Com o exposto acima vale ressaltar algumas informações, AMARAL et al. (2001) resumem o propósito da assistência domiciliar em saúde: •Humanização dos atendimentos;

- Rapidez na recuperação/restauração da saúde do paciente;
- Diminuição no risco de infecção hospitalar/generalizada;

- Melhoria de leitos hospitalares para pacientes

que deles necessitem;

- Redução do custo por dia de internação;

- Proximidade e relação do paciente com sua família e

Contexto sociocultural;

- Prevenção e redução de eventuais sequelas;

- Diminuição de internação por recidivas.

Diante dos aspectos referidos um plano de tratamento pode incluir, execução de cuidados, procedimentos de vários graus de complexidade, medidas de conforto, higiene e segurança; a orientação e integração da família e do doente na ação e planeamento dos cuidados; além de supervisionar as tarefas realizadas pelos cuidadores.

2.4 ATENÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Em 2009 foi criado a Associação Científica de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos que responde pela especialidade junto ao Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Os cuidados paliativos podem ser realizados tanto em contextos intra-hospitalares, como através de ações em contextos extra-hospitalares oferecidas por equipe hospitalar, não se restringem à fase de terminalidade da vida, mas como prevenção e boa parte do sofrimento, causados pela dor, perdas físicas e podem reduzir o risco de luto complicado.

De acordo com a Resolução nº 429 de 08 de julho de 2013,(D.O.U. nº 169, Seção I de 02 de Setembro de 2013) art. 4º inciso III - A área de atuação de “Atenção em Cuidados Paliativos” compreende o oferecimento de cuidados terapêuticos ocupacionais junto a equipes multiprofissionais, a pacientes com

condições crônico-degenerativas potencialmente fatais (oncológicas e não-oncológicas) e que estão em tratamento sem condições de modificação da doença; os Cuidados Paliativos podem ser realizados tanto em contextos intra-hospitalares, como através de ações em contextos extra-hospitalares oferecidas por equipe hospitalar, não se restringem à fase de terminalidade da vida e são considerados cuidados preventivos, pois previnem um grande sofrimento motivado por dores, sintomas e pelas múltiplas perdas físicas, psicossociais e espirituais e podem reduzir o risco de luto complicado.

A combinação de tratamento medicamentoso e tratamento de reabilitação realizado pelo Terapeuta Ocupacional visa potencializar as possibilidades de intervenção, retardar o aparecimento de novos sintomas, reduzir incapacidades, minimizar sequelas, além de reduzir o impacto dos sintomas sobre a funcionalidade do paciente (MARQUES et al, 2009). Essa junção sendo de forma adequada com a intervenção terapêutica trará resultados mais rápidos, promovendo a melhora e o bem-estar geral do paciente.

Com essa concepção, o que os Terapeutas Ocupacionais precisam desenvolver para a superação dessa privação ocupacional, de pacientes em cuidados paliativos? Criar condições visando o bem-estar do paciente para que os mesmos adoecidos e seus familiares possam resgatar esse engajamento em ocupações significativas e valorizadas, através da reorganização da rotina na vida cotidiana, ainda que seja dentro da rotina hospitalar, preservar a sua dignidade, autonomia e independência. Manter seus direitos ocupacionais e de participação social, desenvolver e manter o seu direito de autonomia e as suas escolhas sobre o tratamento e inclusive sobre seu processo de morte. Preservar o corpo ativo e produtivo, apesar das suas limitações decorrentes do adoecimento, preservar seu bem-estar e qualidade de vida. (Costa, 2012).

O trabalho do terapeuta ocupacional em cuidados paliativos, ele prevê não somente a prática hospitalar. Cada um desses itens tem uma descrição com várias ações que os profissionais de terapia ocupacional podem realizar em relação ao

tipo de atendimento, as modalidades: avaliação, intervenção, revisão de resultados entre outros. A quarta edição do documento de domínio e processo de terapia ocupacional, publicado pela (Associação Americana de Terapia Ocupacional, 2008) são as modalidades deste método, grupos terapêuticos, grupos educativos ou de orientação a familiares e cuidadores, grupos de apoio, grupos de elaboração de luto, grupos de apoio espiritual.

É importante destacar que no contexto hospitalar, principalmente pessoas em cuidados paliativos, os profissionais de terapia ocupacional lidam com pessoas de diferentes necessidades e utilizam de recursos múltiplos de intervenção, como recursos físicos, exemplos: exercícios dentro dos seus limites, massagem, órtese se for o caso, treinamento de prótese, confecção de órteses. Podem usar técnicas como o de atividades, conservação de energia, distração, pode-se também utilizar recursos cognitivos, comportamentais, como a visualização criativa, realizar modificação ambiental, adaptação, instrumentos, equipamentos de mobiliário e usar alguns tipos de tecnologias assistivas ou dispositivos de apoio. Sendo assim o recurso que é utilizado na intervenção depende da necessidade de cada cliente.

De acordo com Othero (2010), o terapeuta ocupacional tem um papel essencial no que respeita a ajudar a pessoa a manter a sua identidade ocupacional, bem como em redefinir os papéis ocupacionais, através da realização dos seus últimos desejos e da prestação de cuidados personalizados, com qualidade até ao último momento de vida. No âmbito dos cuidados paliativos (CP), o papel específico do terapeuta ocupacional é proporcionar ao cliente meios para manter as suas condições físicas e emocionais no desempenho de tarefas significativas, efetuar adaptações necessárias para a manutenção das funções físicas, cognitivas e sensoriais, bem como do conforto físico, controlo da dor, fadiga e outros sintomas, independentemente da fase da doença (COSTA; OTHERO, 2014).

3 AVALIAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

A avaliação destina-se a obter dados sobre o estado, o bem-estar físico, emocional e social do paciente e o seu impacto de como a doença afeta suas AVDs, e fornece informações sobre o desempenho ocupacional do paciente, permitindo o acompanhamento de sua evolução ao longo do tratamento. Na Resolução N°425, de 08 de julho de 2013 – Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional (D.O.U. n° 147, Seção 1 de 01/08/2013) no capítulo II das responsabilidades fundamentais, artigo 4º – aborda que o terapeuta ocupacional presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção, prevenção de agravos, tratamento, recuperação e reabilitação da sua saúde e cuidados paliativos, bem como estabelece a diagnose, avaliação e acompanhamento do histórico ocupacional de pessoas, famílias, grupos e comunidades, por meio da interpretação do desempenho ocupacional dos papéis sociais contextualizados, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde, de assistência social, educação e cultura, vigentes no Brasil.

A avaliação do terapeuta ocupacional em um ambiente hospitalar, em conjunto com a farmacologia, é um processo importante para garantir uma abordagem abrangente e integrada no cuidado ao paciente. O terapeuta ocupacional é um profissional de saúde que se concentra em ajudar os indivíduos a recuperar ou melhorar suas habilidades e capacidades funcionais para realizar as atividades diárias e participar de forma significativa em suas ocupações. Ao trabalhar em conjunto com a farmacologia, o terapeuta ocupacional pode avaliar o impacto dos medicamentos no desempenho ocupacional do paciente. Isso inclui considerar os efeitos colaterais dos medicamentos, como a sonolência, a falta de coordenação motora, a alteração do estado de alerta, entre outros, que podem afetar negativamente a participação do paciente em suas atividades diárias. Durante a avaliação, o terapeuta ocupacional pode investigar o histórico do paciente em relação ao uso de medicamentos, incluindo a dosagem, a frequência e o momento das doses. Além disso, pode realizar testes e

observações diretas para avaliar o desempenho funcional do paciente em diferentes tarefas e atividades.

Com base nas informações coletadas, o terapeuta ocupacional pode fornecer recomendações ao paciente, à equipe médica e à equipe de enfermagem sobre ajustes na medicação, caso necessário. Isso pode envolver a consulta ao médico prescritor para discutir possíveis mudanças na dosagem, substituição de medicamentos ou alterações no horário de administração para otimizar o desempenho funcional do paciente. Além disso, o terapeuta ocupacional pode trabalhar em colaboração com outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e farmacêuticos, para trocar informações e garantir uma abordagem multidisciplinar no cuidado ao paciente. Essa colaboração é fundamental para que o terapeuta ocupacional possa compreender completamente o quadro clínico do paciente e adaptar seu plano de intervenção de acordo com as necessidades individuais. Em resumo, a avaliação do terapeuta ocupacional em conjunto com a farmacologia em um ambiente hospitalar é essencial para garantir uma abordagem holística no cuidado ao paciente. A avaliação cuidadosa do uso de medicamentos e sua influência no desempenho ocupacional ajuda a identificar possíveis obstáculos e fornece recomendações para otimizar a participação do paciente em suas atividades diárias.

4 INTERVENÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL COM PESSOAS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICOS E SUA ATUAÇÃO

Quimioterapia convencional: Consiste na administração de medicamentos quimioterápicos por via intravenosa ou oral, que têm como objetivo destruir as células cancerígenas ou impedir seu crescimento.

Quimioterapia adjuvante: É utilizada após uma cirurgia ou radioterapia para eliminar as células cancerígenas remanescentes e reduzir o risco de recorrência.

Quimioterapia neoadjuvante: É administrada antes de uma cirurgia ou radioterapia, com o objetivo de reduzir o tamanho do tumor e facilitar o tratamento local.

Quimioterapia de resgate: É empregada quando o câncer retorna após um período de remissão.

Quimioterapia de indução: É aplicada para reduzir o tamanho do tumor antes de uma cirurgia ou radioterapia.

O terapeuta ocupacional desempenha um papel importante no cuidado aos pacientes submetidos a tratamentos quimioterápicos. Algumas formas de intervenção do terapeuta ocupacional incluem:

Avaliação funcional: O terapeuta ocupacional avalia as habilidades e limitações do paciente em relação às atividades diárias, como autocuidado, mobilidade e tarefas domésticas.

Prescrição e treinamento no uso de dispositivos de auxílio: O terapeuta ocupacional pode recomendar e ensinar o paciente a utilizar dispositivos que facilitem a realização de atividades, como talheres adaptados, apoios para banho, cadeiras de banho, entre outros.

Gerenciamento da fadiga: A quimioterapia pode causar fadiga intensa, limitando a participação do paciente em suas atividades diárias. O terapeuta ocupacional trabalha na identificação de estratégias para gerenciar a fadiga e planejar as atividades de forma mais eficiente.

Orientação sobre o cuidado com a pele: Alguns medicamentos quimioterápicos podem causar efeitos colaterais na pele, como ressecamento, coceira e irritação. O terapeuta ocupacional pode fornecer orientações sobre cuidados específicos para minimizar esses efeitos.

Apoio emocional: O terapeuta ocupacional pode oferecer suporte emocional ao paciente, fornecendo um ambiente seguro para expressar seus sentimentos e preocupações relacionadas ao tratamento.

O terapeuta ocupacional tem uma grande importância no tratamento de pacientes hospitalizados, trabalhando em conjunto com a farmacologia para promover a recuperação e melhorar a qualidade de vida. Algumas intervenções que um terapeuta ocupacional pode realizar em pacientes hospitalizados incluem:

Avaliação ocupacional: O terapeuta ocupacional avalia as habilidades e deficiências do paciente em relação às atividades de vida diária (AVDs), como vestir-se, alimentar-se e higiene pessoal. Essa avaliação ajuda a identificar as necessidades específicas do paciente e a desenvolver um plano de tratamento adequado.

Treinamento de AVDs: O terapeuta ocupacional pode fornecer treinamento e orientação ao paciente sobre como realizar as AVDs de forma independente ou com o mínimo de assistência. Isso pode envolver o uso de técnicas compensatórias, adaptações de equipamentos ou modificação do ambiente para facilitar a participação do paciente em suas atividades diárias.

Treinamento de habilidades cognitivas: Em casos em que o paciente apresenta déficits cognitivos devido a condições médicas ou efeitos colaterais de medicamentos, o terapeuta ocupacional pode realizar intervenções para melhorar a memória, a atenção, o raciocínio e outras habilidades cognitivas. Isso pode incluir jogos, exercícios de solução de problemas e estratégias de organização.

Gerenciamento de dor: O terapeuta ocupacional pode trabalhar em conjunto com a equipe médica para desenvolver estratégias de gerenciamento da dor não farmacológica. Isso pode envolver o uso de técnicas de relaxamento,

terapia ocupacional baseada em atividades sensoriais, modificação das atividades para reduzir o desconforto e ensino de estratégias de autorregulação.

Intervenções de mobilidade: O terapeuta ocupacional pode ajudar os pacientes a recuperar a mobilidade e a independência na realização de atividades funcionais. Isso pode incluir exercícios terapêuticos, treinamento em transferências seguras, prescrição e treinamento no uso de dispositivos de auxílio à locomoção, como andadores ou próteses.

Adaptações ambientais: O terapeuta ocupacional pode fazer ajustes no ambiente físico para melhorar a segurança e a acessibilidade do paciente. Isso pode envolver a instalação de corrimãos, adaptações no banheiro, eliminação de barreiras arquitetônicas e fornecimento de dispositivos de auxílio adaptados às necessidades do paciente.

Esses tipos de adaptações e cuidados são de extrema importância para pacientes hospitalizados e que fazem tratamentos farmacológicos, pois, diretamente, esses tratamentos podem trazer influências sobre como o paciente vai responder às intervenções terapêuticas.

5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo de conhecer as atuações do terapeuta ocupacional em contexto hospitalar, onde foi possível realizar o levantamento da história da profissão até os tempos atuais, analisando os principais resultados acerca da atuação terapêutica ocupacional em cuidados paliativos e a relação com a farmacologia.

Diante disso, foi realizada uma coleta de dados onde observamos que a terapia ocupacional desempenha um papel fundamental na reabilitação, prevenção de incapacidades e promoção do bem-estar dos pacientes hospitalizados e em âmbito extra-hospitalar. Com isso, a atuação no contexto hospitalar abrange a gestão, o ensino e pesquisa objetivando a formação e o

aperfeiçoamento das competências e habilidades profissionais, onde há recursos utilizados na intervenção da necessidade de cada paciente, não somente visando na doença de um modo fragmentado e sim com um olhar sociocultural e econômico, pensando na singularidade de cada paciente, podendo realizar testes e observações diretas para avaliar o desempenho e desenvolvimento do paciente em diferentes tarefas e atividades.

Para além disso, percebe-se que os hospitais compreenderam que a ocupação e a participação ativa dos pacientes em atividades diárias poderiam melhorar seu bem-estar físico, emocional e social. Como membro da equipe interdisciplinar, a terapeuta ocupacional objetiva avaliar o desempenho ocupacional a partir do estado funcional do paciente, estabelecer intervenções para a promoção, prevenção, reabilitação e proteção às capacidades e reduzir limitações.

REFERÊNCIAS

- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. **Lista de Procedimentos da Terapia Ocupacional completa**. Brasília: ABRATO.2007. Disponível em: <https://www.crefito1.org.br/noticias/6695/a-partir-de-25-10-crefito-1-passa-a-funcionar-em-sede-provisoria-no-recife>. Acesso em: 19 de junho de 2023.
- CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 7ª REGIÃO – CREFITO-7. **Levantamento de terapeutas ocupacionais nos estabelecimentos da SESAB**. Salvador: CREFITO-7, 2008.
- DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares**. São Paulo: Rocca, 2004.
- DE CARLO, M. M. R. P. et al. Terapia Ocupacional em contextos hospitalares. *Prática Hospitalar*, São Paulo, v. 3, n. 43, p. 158-164, jan./fev. 2006. FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

GALHEIGO, S. M. **Domínios e temáticas no campo das práticas.** *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 113- 121, set./dez. 2007.

BORGES, Flora; LEONI, Tamiris Freitas; COUTINO, Isa. **Terapia Ocupacional no contexto hospitalar: um delineamento da profissão em hospitais gerais e especializados na cidade de Salvador, BA.** *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 425-433, 2012.

Desvendando as evidências em terapia ocupacional no contexto hospitalar: revisão integrativa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 429 de 08 de julho de 2013. **Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e das outras providências.** *Diário Oficial da União*, Brasília, D.O.U. nº 169, Seção I, p. XX, 02 de setembro de 2013.

FRIZZO, Heloísa Cristina Figueiredo; CORRÊA, Victor Augusto Cavaleiro. **Terapia ocupacional em contextos hospitalares: a especialidade, atribuições, competências e fundamentos.** *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 6, n. 1, p. 130-139, 2018.

Supyk-Mellson, J., Molineux, M., Curtin, M. (Eds.). (2009). **"Occupational Therapy and Physical Dysfunction"**. (674 páginas). Churchill Livingstone/Elsevier.

Beltrame, A., Gadelha, M. I. P., P. Picon, P. D. (Eds.). (2014). **"Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas"** (604 páginas). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. **Tendências na assistência hospitalar.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

COSTA, A. **Ética e comunicação em Cuidados Paliativos. Hospitalidade**, Lisboa, n. 297, p. 26-30, 2012.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION – AOTA. **The role of occupational therapy in end-of-life care**. The American Journal of Occupational Therapy, Boston, v. 65, n. SE6, p. 65-75, 2008.

MARQUES, A. et al. **O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal**. Patient Care, Lisboa, v. 14, n. 152, p. 32-38, 2009.

OTHERO, M. **Terapia Ocupacional: práticas em oncologia**. São Paulo: Roca, 2010.

MARINHO, M.; CABALLO, V. A prática da psicologia hospitalar. In: MARINHO, M. L.; CABALLO, V. (Orgs.). **Psicologia Clínica e da Saúde**. Granada: UEL, 2001. p. 263-278.

Othero, M. B. (2012). **Terapia ocupacional na atenção extra-hospitalar oferecida pelo hospital/Occupational therapy in extra-hospital care offered by hospitals**. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 20(2).

SILVA, S. N. P. KOVACS, A. C. T. B. **Terapia Ocupacional na Atenção Domiciliar a Pacientes com Dor e em Cuidados Paliativos**. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. (Orgs.). **Dor e Cuidados Paliativos: Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Roca, 2007. p. 307-32.

PAIM, A. M. G. et al. **Terapia Ocupacional: Contribuindo para a Função**. In: DINI, L. I.; DALACORTE, A. (Orgs.). **Cuidando do doente em casa: Um guia auxiliar para a reabilitação do paciente neurológico**. Porto Alegre: Livre Comércio, 2009. p. 55-6.

MELLO, M. A. F. et al. **Processo avaliativo em Terapia Ocupacional**. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. (Orgs.). **Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares**. São Paulo: Rocca, 2004. p. 74-98.

Monzeli, G. A., Morrison, R. Lopes, R.E. (2019). **Histórias da terapia ocupacional na América Latina: a primeira década de criação dos programas de formação profissional.** São Carlos- SP. Revista Scielo.

Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. (2013). Resolução nº 429 de 08 de julho de 2013. **Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências.** Diário Oficial da União, nº 169, Seção I, p. xx-.

Corrêa, S. E. S., & Silva, D. B. (Ano não fornecido). **Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer [Cognitive approach in occupational therapeutic intervention with individuals affected by Alzheimer's disease].** Rua Pe. Camargo, 280, 3o and, Alto da Glória 80060-240 - Curitiba, PR, Brasil.

Coutinho, J. A., & Zulian, M. A. R. (2014). **A intervenção da terapia ocupacional no atraso no desenvolvimento psicomotor.** Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade de Ciências da Saúde (FCS).

Rafacho, A. M., Moraes, M. C. de, & Palm, R. del C. M. **Terapia ocupacional no contexto de humanização hospitalar.**

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). (16 de maio de 2014). Resolução nº. 366/2009 - **Dispõe sobre o reconhecimento de Especialidades e de Áreas de Atuação do profissional Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.** (Alterada pela Resolução nº. 371/2009). Resolução COFFITO nº. 366, de 20 de maio de 2009. Diário Oficial da União, nº. 112, Seção 1, em 16/6/2009, página 42.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). (16 de maio de 2014). Resolução nº 429 de 08 de julho de 2013 - **Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define**

as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências.

CAPÍTULO XIV

O ABUSO DE DROGAS LÍCITAS E A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

LEGAL DRUG ABUSE AND OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION: AN INTEGRATIVE REVIEW

Juliana Oliveira Mota
Livia Gomes Bié
Maria Aurielen Nojosa Costa
Jean Carlos Souza Silva

RESUMO

Introdução: As drogas lícitas são aquelas substâncias que possuem capacidade de alterar o comportamento de um indivíduo, e a sua produção, comercialização e uso é liberado por lei, como exemplo temos o álcool, tabaco e os medicamentos. **Metodologia:** utilizada para realizar esta revisão integrativa, foram os artigos obtidos por meio da Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no periódico Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. **Discussão:** Dentre os artigos analisados os quais foram lidos para ser realizada a discussão da temática desta revisão integrativa, estabeleceram três categorias relacionadas à questão norteadora do estudo. **Conclusão:** Portanto, conclui-se que o uso dessas drogas pode ocasionar prejuízos ao cotidiano dos indivíduos, pois causa danos e afeta os hábitos de vida dos usuários, onde geralmente é intensificado pela dependência, conseqüentemente comprometendo suas AVD's e AIVD's, e visa a intervenção da Terapia Ocupacional com um papel fundamental, a fim de reabilitar os indivíduos de forma menos agressiva.

Palavras-chave: Drogas lícitas, Terapia Ocupacional. Intervenção.

ABSTRACT

Introduction: Legal drugs are those substances that have the ability to alter an individual's behavior, and their production, marketing, and use are permitted by law, such as alcohol, tobacco, and medications. **Methodology:** The articles used to conduct this integrative review were obtained through the Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), via the Virtual Health Library (VHL), and in the journal *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. **Discussion:** Among the articles analyzed, which were read to discuss the theme of this integrative review, three categories related to the guiding question of the study were established. **Conclusion:** Therefore, it is concluded that the use of these drugs can cause harm to the daily lives of individuals, as it causes damage and affects the lifestyle habits of users, which is generally intensified by dependence, consequently compromising their ADLs and IADLs, and aims for the intervention of Occupational Therapy with a fundamental role, in order to rehabilitate individuals in a less aggressive way.

Keywords: Legal drugs, Occupational Therapy. Intervention.

1 INTRODUÇÃO

As drogas são definidas segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como “qualquer entidade química ou mistura de entidades que altere a função biológica e possivelmente a estrutura do organismo” (OMS, 1981). Com isso, existem substâncias que são conhecidas como psicoativas ou psicotrópicas, onde vão atuar no cérebro e conseqüentemente alterar a sua função, provocando mudanças no humor, comportamento, percepção, cognição, entre outros.

Diante disso, as drogas podem ser classificadas como lícitas ou ilícitas, no caso das drogas lícitas são aquelas que possuem a sua produção, comercialização e o seu uso liberado por lei, como por exemplo o álcool, tabaco e os medicamentos. É fato que o uso dessas drogas de forma excessiva e descontrolada é razão de um imenso risco para saúde pública, pois podem

provocar danos físicos e mentais, como por exemplo a alteração no sono, na pressão arterial e frequência cardíaca, perda de apetite, e conseqüentemente afeta a rotina e os hábitos pessoais, além de gerar dependência.

De acordo com o Instituto do Câncer (INCA), a dependência é o estágio onde o indivíduo possui um comportamento compulsivo para ingerir novamente aquela droga, pois existe uma necessidade tanto física quanto psicológica, mesmo estando ciente dos danos que podem causar prejuízos à saúde.

Portanto, diante dessas considerações, a intervenção da terapia ocupacional com indivíduos que fazem o uso abusivo dessas substâncias, visa ajudar a reorganizar os hábitos que são nocivos, por hábitos saudáveis para facilitar os processos do cotidiano do paciente.

1.2. Justificativa

Logo, este trabalho se justifica em razão da importância de compreender o conceito e classificação das drogas lícitas, expor os seus malefícios no cotidiano das pessoas e seus efeitos nocivos, principalmente quando são utilizados de forma irregular, afetando a saúde, e gerando danos biopsicossociais. Dessa forma, através da busca de dados, analisar a contribuição prática da Terapia Ocupacional com indivíduos que fazem o uso abusivo dessas substâncias e possuem as ocupações humanas comprometidas.

1.3 Objetivo geral

Analisar os efeitos do uso abusivo de drogas lícitas e discutir quais as possíveis contribuições da intervenção da Terapia Ocupacional para indivíduos que fazem o uso abusivo de álcool, tabaco e outros medicamentos.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, norteada pela seguinte questão: de que forma a Terapia Ocupacional pode contribuir na intervenção de pessoas que estão sob o uso de drogas lícitas, como álcool, tabaco e os medicamentos, visando a promoção de saúde, prevenção e o tratamento de agravos? Para formular a pergunta norteadora, utilizaram-se como estratégia de busca PICO (População, Intervenção, Controle e Outcome\ resultados esperados).

Segundo Araújo (2020), esse modelo padronizado (PICO) é comumente utilizado para a formulação de uma estratégia de busca com foco em evidências. Logo, o estudo descrito utilizou dos seguintes elementos: População (pessoas que estão sob uso de drogas lícitas), Intervenção (ações de promoção, prevenção e tratamento pela Terapia Ocupacional), Controle (não houve), Desfecho ou resultados esperados: (evidências trazidas pela revisão).

A busca nas bases de dados eletrônicas foi realizada através da Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e também acessadas no periódico Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. A estratégia de buscas utilizadas na PubMed contou com os seguintes descritores "Occupational Therapy" AND "abuse" AND "substance treatment". Para a estratégia de buscas na BVS, incluiu-se como descritores: "Terapia Ocupacional" AND "Drogas" AND "Intervenção" OR "drogas lícitas" e no periódico Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, "Terapia Ocupacional" AND "Drogas" AND "Alcool" OR "Intervenção".

Dentre os critérios de elegibilidade para realizar uma avaliação crítica dos estudos, as produções selecionadas foram aquelas que respondiam à pergunta norteadora do estudo, publicadas nos últimos 5 anos, em idioma espanhol, inglês e português, e que também estivessem com o texto disponível na íntegra completo e gratuito. Os textos selecionados incluíram estudos exploratórios-

descritivos, ensaios clínicos, estudos observacionais, editorial e estudos narrativos. Ressalta-se que a busca de produções acadêmicas deste estudo foi realizada no mês de junho de 2023.

Ao delinear o cruzamento de descritores da pesquisa com os bolearos AND e OR, foram identificados ao todo 6.522 resultados, sendo 5.994 na BVS, 517 na PubMed e 11 no Cadernos brasileiros de Terapia Ocupacional. Após selecionar os artigos conforme todos os critérios de exclusão descritos, encontrou-se 44 resultados, sendo 13 estudos na BVS, 20 no PubMed e a mesma quantidade no periódico.

Figura 2- Fluxograma com os resultados das bases de dados

Estratégia de busca nas bases de dados	BVS	PubMed	Periódico
Quantidade de estudos encontrados	5.994	517	11
Aplicando os critérios de inclusão e exclusão	13	20	11
Após a análise dos títulos e resumos	12	1	2
Após a leitura completa dos artigos	9	1	2

Fonte: Própria\2023

Considerando o número de resultados, foi realizada uma análise criteriosa dos artigos encontrados, através da leitura dos títulos, palavras-chave e resumos, além de selecionar o assunto principal (Terapia Ocupacional) e os dados associados no levantamento de dados. Após essa seleção, os artigos foram lidos em sua totalidade, incluindo apenas aqueles que compreendiam a temática e a

questão norteadora do estudo. Ao final da análise, encontrou-se 12 artigos. Ressalta-se que as produções duplicadas em bases de dados foram excluídas.

3. RESULTADOS

Dentre os 12 artigos analisados para a amostra final da pesquisa, a maior parte das produções foram encontradas na BVS (75%), em segundo lugar o periódico Cadernos Brasileiros em Terapia Ocupacional (16,6%) e por último, PubMed (8,3%). O quadro 2 apresenta os respectivos artigos encontrados, caracterizando o título do estudo, ano de publicação, autor(es), tipo de estudo, objetivo e resultados encontrados.

Quadro 2- Produções selecionadas para o estudos

Título do artigo Autor	Ano	Tipo de Estudo	Objetivos	Resultados
Uso de substâncias Kiepek, para melhorar o N., desempenho e a Beagan, experiência B., & ocupacional: uma Phelan, S. síntese interpretativa crítica	2019	estudo exploratório descritivo	sintetizar a literatura sobre o uso de substâncias e o aprimoramento da ocupação.	Quanto ao uso de substâncias, percebe-se as possibilidades de explorar esse uso nas ocupações. Esse enfoque pode facilitar uma melhor compreensão de como as pessoas empregam meios para alcançar os resultados ocupacionais esperados.
Palacios, M., Díaz, M. M., Aracena, P., de álcool/drogas na gravidez e maternidade: Palomino, T., &	2022 2023	estudo qualitativo ensaio clínico	Analisar o processo de acompanhamento de uma equipe no Programa de Álcool e/ou Drogas para Gestantes e/ou Puérperas a partir de uma perspectiva de gênero e a contribuição da Terapia Ocupacional em vista de melhorar	Quanto à adesão das mulheres ao tratamento, observou-se que as Terapias Ocupacionais do sul são fundamentais para potencializar esse processo, fortalecendo o trabalho transdisciplinar da equipe e a atenção às mulheres, de modo a criar espaços que facilitem o papel do

<p>chaves Quintana, transdisciplinares e N. terapias ocupacionais do Sul.</p> <p>Traci A. Efeito da Terapia Guarnição Ocupacional na ; Jaclyn Promoção da Adesão K. Medicamentosa na Schwartz; Atenção Primária: Elizabete Ensaio Clínico S. Moore</p> <p>Randomizado</p>			<p>a adesão.</p> <p>Avaliar a eficácia do IMedS para abordar as taxas de adesão medicamentosa entre adultos da comunidade com hipertensão</p> <p>arterial sistêmica (HA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ou ambos.</p>	<p>cuidado de seus filhos, organize sua rotina e auxilie na construção de um projeto de vida.</p> <p>Quanto à intervenção de terapia ocupacional, foi obtido um efeito único, comparado ao grupo controle. Os escores de efeito da contagem de comprimidos também sugeriram que a intervenção em terapia ocupacional contribuiu para a adesão.</p>
<p>Introdução à edição Rothman, especial sobre uso de E.F; substâncias e terapia Jimenez, ocupacional</p> <p>C.</p>	<p>2023</p>	<p>editorial</p>	<p>Explorar o papel da terapia ocupacional no tratamento do uso de substâncias ou na melhoria do bem-estar daqueles que convivem ou se recuperam do uso</p> <p>abusivo de álcool e/ou drogas</p>	<p>Diante deste estudo, é observado que os terapeutas ocupacionais podem desempenhar um papel ajudando os indivíduos a identificar e criar novos padrões de hábitos e utilizar estratégias em benefício dos clientes em</p> <p>recuperação, embora somente um quantitativo menor de profissionais de terapia ocupacional (27,6%) tenha algum treinamento formal sobre o uso recorrente de álcool e outras drogas.</p>
<p>Wilkerson , J.; Adesão à Terapia Gemeinha Antirretroviral, , Independência G.;Nyitra,</p>	<p>2020</p>	<p>estudo clínico</p>	<p>Investigar se as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que aderiram à terapia antirretroviral (TARV) tinham menos</p>	<p>Diante dos resultados encontrados, são necessários estudos que examinem a eficácia das intervenções baseadas na ocupação destinadas a</p>

<p>Funcional e Quedas A.;Collins em Pessoas com HIV , D.</p>			<p>probabilidade de sofrer quedas comparadas com as PVHIV não aderentes.</p>	<p>melhorar a adesão ao TARV. Estima-se que os terapeutas ocupacionais podem facilitar a adesão à medicação, capacitar os pacientes a valorizar a adesão à medicação e provocar maior desejo de obter e manter a saúde pessoal.</p>
<p>Terapia Ocupacional KCK Metacognitiva Focada Lam, no Abuso de EML Substâncias na Fung, HF Colaboração Chan, Médico-Serviço FTM Social: Relato de Caso Louie, F Chan</p>	2021	estudo de caso	<p>Analisar os efeitos trazidos pela Terapia Ocupacional Metacognitiva no contexto de abuso de drogas em um paciente com transtornos associados ao uso de substâncias.</p>	<p>Através da análise do estudo, evidenciou-se que através do uso da Terapia Ocupacional Metacognitiva, o paciente apresentou melhora de 65% na autoeficácia para evitar o uso de drogas. O paciente relatou ser mais capaz de controlar seu pensamento e diminuiu seu engajamento no pensamento estendido.</p>
<p>Associação de terapia Pritchard ocupacional e K.T; fisioterapia com o Baillargeo tempo de uso de n, J.P; opioides prescritos Raji, após artroplastia de M.A; quadril ou joelho: um Chou, estudo de coorte L.N.;Dow retrospectivo de ner, inscritos no Medicare B;Kuo, Y.F.</p>	2021 2021	estudo observacional estudo observacional	<p>Indicar se intervenções não farmacológicas, como terapia ocupacional e fisioterapia, estão relacionadas a um menor tempo de prescrição do uso de drogas após artroplastia de quadril ou joelho.</p> <p>Investigar a utilização de serviços de terapia ocupacional (TO) e sua associação com a sobrevida em pessoas que tomam medicação específica para demência em um</p>	<p>As intervenções não farmacológicas foram capazes de reduzir o tempo de uso de opióides pelos pacientes após artroplastias de quadril e joelho quando receberam saúde domiciliar. As intervenções realizadas no ambiente domiciliar abordam fatores sociocomportamentais que estão associados ao tempo de uso de opioides pós-cirúrgicos.</p> <p>Enquanto os pacientes que tomaram medicação específica para</p>

<p>Utilização de serviços de terapia ocupacional e relação com a sobrevivência em pessoas que tomam medicação específica para demência na Áustria – Um estudo retrospectivo de base populacional com um período de observação de 13 anos</p> <p>S;Stefanac, S;Grabov ac, I;Andrews, M.R;Oppenauer, C;Ramos, R;Reichardt, B;Stögmann, E;Stamm,</p> <p>T.</p>			<p>conjunto de dados austríaco em comparação a um grupo de controle duas vezes maior sem demência.</p>	<p>demência e utilizaram o serviço de TO diminuíram a sua sobrevivência, pacientes que não utilizaram medicação para demência, contudo usavam os serviços da TO apresentaram uma redução de 27% a 28% nas chances de morrer.. Considera-se que o primeiro grupo alcançou uma sobrevivência menor devido a uma quantidade maior de comorbidades. Observou-se que o uso de serviços de T.O na Áustria foi muito baixo, enfatizando uma insuficiência na acessibilidade a esses serviços no país.</p>
<p>Intervenção da Terapia Ocupacional na toxicod dependência: estudo de caso na Comunidade Santos, Terapêutica Clínica do Outeiro – Portugal</p> <p>Ribeiro,J; Lourenço, I; Santos, M; Braúna,</p> <p>M.</p>	<p>2019</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Compreender a intervenção da Terapia Ocupacional na Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro, trazendo a percepção dos indivíduos com perturbações por uso de substâncias, dos Terapeutas Ocupacionais e demais integrantes da equipe.</p>	<p>A Terapia Ocupacional exerce um papel preponderante na reconstrução do cotidiano dos indivíduos com perturbações por uso de substâncias, sendo uma facilitadora nos processos de transformação dos sujeitos.</p>
<p>Um Levantamento Exploratório dos</p> <p>Schwartz,</p>	<p>2018</p>	<p>estudo exploratório</p>	<p>Investigar em que medida os terapeutas</p>	<p>A maior parte dos terapeutas ocupacionais</p>

<p>Padrões de Prática da JK; Terapia Ocupacional Lynne, R. em Reabilitação Física</p>		<p>descritivo</p>	<p>ocupacionais abordam a adesão medicamentosa na suas prática clínicas, nos contextos de reabilitação física.</p>	<p>entrevistados (90%) afirmam que estão cientes do gerenciamento de medicamentos para os pacientes, contudo apenas 32% avaliam e 18% tratam os déficits de gerenciamento de medicamentos regularmente.</p>
<p>Recuperação do abuso de substâncias entre Nhunzvi, homens do Zimbábue: C;Galvaa uma transição n, R;Liesl, ocupacional P.</p>	<p>2019</p>	<p>estudo narrativo</p>	<p>Explorar a jornada de recuperação do abuso de substâncias entre jovens adultos do Zimbábue, associada a transição do tratamento com intervenções realizadas no âmbito da terapia ocupacional.</p>	<p>Diante do estudo realizado, considera-se que recuperação do abuso de substâncias pode ser conceituada como uma transição ocupacional. Todos os participantes do estudo relataram que sua identidade e mudança na autopercepção ocorreram devido à mudança de ocupação e que isso atuou como um recurso que fortaleceu o processo de recuperação.</p>

Fonte: Autoria Própria

4 DISCUSSÃO

A partir dos resultados extraídos do estudo, aos quais foram lidos e analisados para a discussão da temática da revisão integrativa, estabeleceram-se 3 categorias para referidas relacionadas à questão norteadora do estudo: Reconstrução de cotidianos e a potencialização de processos através da Terapia Ocupacional, Formulando estratégias e ações para reabilitar indivíduos com uso abusivo de drogas e Estimulando a adesão medicamentosa no tratamento.

4.1 Reconstrução de cotidianos e a potencialização de processos através da Terapia Ocupacional

Compreende-se que uma formas de intervenções utilizadas predominantemente pela Terapia Ocupacional se faz através da reorganização dos cotidianos e planejamento de atividades significativas para os indivíduos. O artigo 2 evidencia que as Terapias Ocupacionais do sul foram são fundamentais para potencializar esse processo de adesão das mulheres durante a gravidez e maternidade no tratamento de álcool/drogas, de modo a criar espaços que facilitem o papel do cuidado de seus filhos, organizando suas rotinas e auxiliando na construção de um projeto de vida que é singular para cada mulher.

Além disso, o artigo 2 traz como questão-chave a importância desta intervenção em Terapia Ocupacional ocorrer conjuntamente a uma equipe transdisciplinar, para oferecer uma atenção e cuidado integral às mulheres participantes do programa apresentado.

De acordo com Rothman e Jimenez (2023), a análise ocupacional diária proposta pelos profissionais de TO são fundamentais para entender como o uso de substâncias químicas como álcool, tabaco e medicamentos, afetam as rotinas diárias e os hábitos das subpopulações. Desse modo, o estudo 4 enfatiza a importância dos terapeutas para que possam ajudar os pacientes a substituírem hábitos nocivos, associados ou não ao uso de drogas, por hábitos mais saudáveis, colaborando para facilitar processos no dia-dia do sujeito.

As temáticas que envolvem alterações positivas no cotidiano em vista da potencialização de processos foram abordadas, conforme foi citado anteriormente, pelos artigos 2 e 4. Contudo, o artigo 12 também traz uma perspectiva complementar a este eixo, apontando que todos os indivíduos participantes da pesquisa relataram uma alteração em sua autopercepção e afirmação da própria identidade devido à mudança de ocupação, a qual funcionou como um possível recurso que fortaleceu o processo de recuperação dos participantes da pesquisa.

As temáticas que envolvem alterações positivas no cotidiano em vista da potencialização de processos foram abordadas, conforme foi citado anteriormente, pelos artigos 2 e 4. Contudo, o artigo 12 também traz uma perspectiva complementar a este eixo, apontando que todos os indivíduos participantes da pesquisa relataram uma alteração em sua autopercepção e identidade devido à mudança de ocupação, a qual funcionou como um possível recurso que fortaleceu o processo de recuperação dos participantes da pesquisa.

Outro artigo que também aborda a questão do cotidiano e desempenho ocupacional dos indivíduos com uso de álcool e outras substâncias é o artigo 1, o qual ressalta que normalmente, as pesquisas sobre os efeitos do uso de substâncias negligenciam considerar os resultados ou expectativas relacionados à ocupação. Como as próprias autoras trazem como exemplo, melhorar o humor, diminuir a dor e reduzir a fadiga podem ser considerados objetivos finais desejáveis em si mesmos. Ademais, o artigo 1 observa que abordar um foco na ocupação pode encorajar novas formas de entender o uso dessas substâncias, potencializando processos e facilitando a compreensão de como os indivíduos empregam meios alternativos e não substanciais para alcançar os resultados ocupacionais no dia a dia.

4.2 Formulando estratégias e ações para reabilitar indivíduos com uso abusivo de drogas

Segundo Stefanac (2021), estudos sobre demência na Áustria apontam que pessoas com esse diagnóstico apresentam dificuldades nas atividades de vida diária e é bastante comum a indicação de fármacos para o tratamento de tal doença, porém essa não é a única forma de tratar, sendo indicada a intervenção da Terapia Ocupacional. A atuação desses profissionais é de extrema importância, pois eles se preocupam com a capacidade funcional, com a autonomia desse sujeito de realizar atividades necessárias do dia, melhorando a qualidade de vida deles e evitando sobrecarga dos cuidadores. Pode-se afirmar que diante tal pesquisa, foi listado uma série de fatores que comprovaram a

melhora desses indivíduos com demência após intervenção terapêutica, reduzindo a agitação, aumentando o bem-estar e interesses, entre outras melhoras. Dessa forma, é possível afirmar que os pacientes que tomavam uma medicação específica para tratar o caso de demência faleceram mais cedo.

Os estudos focados na Áustria afirmam que nesse local é mais comum ver pessoas com demência serem encaminhadas para a intervenção com terapeutas ocupacionais, visto que são indivíduos que apresentam mais de uma comorbidade. Por mais que haja medicamentos mais comuns para esses casos, a Terapia Ocupacional é a mais indicada, pois a demência é um diagnóstico que limita as pessoas realizarem muitas atividades, prejudicando muitas das suas ocupações e tornando esses sujeitos dependentes de alguém. Ademais, é importante procurar formas de tratar essas pessoas além dos medicamentos.

Sabe-se que as drogas lícitas causam uma enorme dependência, prejudicando a vida das pessoas e sendo bastante complicado se livrar delas. De acordo com Michael (2021), o uso de drogas interfere de forma direta na participação ocupacional, sendo um caso de preocupação social e na saúde dos moradores de Filipinas. Essa pesquisa mostrou uma importância em procurar uma reabilitação, pois é válido afirmar que essas substâncias causam uma grande dependência e precisa de uma intervenção cuidadosa. Com isso, é de extrema necessidade compreender as experiências vividas por usuários dessas substâncias que causam dependência. A intervenção realizada pela Terapia Ocupacional é muito eficaz, pois traz a participação social como uma ocupação necessária durante a reabilitação e reforça a importância de lutar por mais recursos humanos.

Nesse contexto, é essencial discutir os fatores negativos relacionados ao uso abusivo de substância, como incapacidades em resolver obrigações tanto pessoais, como profissionais, além de trazer riscos físicos, cognitivos e psicossociais. Para Ribeiro (2019), as Comunidades Terapêuticas são Unidades Especializadas de Tratamento Residencial com uma longa duração, a fim de

reorganizar a vida dos sujeitos toxicodependentes. Essa pesquisa trouxe um conhecimento direcionado à prática dos terapeutas ocupacionais, pois eles têm um papel fundamental em restabelecer a identidade dessas pessoas durante a reabilitação, como também, auxiliam no autocuidado, na harmonia no trabalho, no lazer, promovendo o bem-estar e uma boa qualidade de vida.

Diante todos os argumentos apresentados, é válido afirmar que as substâncias, como álcool, tabaco, analgésicos e outros medicamentos produzem um impacto negativo, causando ansiedades, estresses, irritabilidade e impulsividade, interferindo nas áreas de ocupações, indivíduos com perturbações podem ter seu lazer comprometido, por exemplo. Desse modo, alguns exemplos de atividades realizadas na Terapia Ocupacional, que se relacionam com os casos de reabilitação por uso de drogas lícitas, seria o treino de higiene e cuidados pessoais, visto que esses profissionais têm se aprimorado de forma teórica, técnica e politicamente para transformar a atuação na rede de serviços de assistência de saúde mental (RIBEIRO, 2019).

De acordo com Jaclyn (2019) e sua pesquisa relacionada a atuação de terapeutas ocupacionais para reabilitação física de adultos, é importante observar a forma em que esses profissionais conseguem avaliar e gerenciar os medicamentos, como também foi apontado que muitos dos medicamentos não conseguem suprir as necessidades dos pacientes, tornando insuficiente com a presença de resultados insatisfatórios.

O abuso de substâncias traz problemas e dificuldades para a sociedade. Segundo Nhunzvi (2019), o grupo mais comum de apresentar transtornos pelo uso de substâncias são os jovens e os adultos do sexo masculino, visto que é necessário apontar que esses jovens apresentam dificuldades sociais, políticas e econômicas. Vale ressaltar que a pobreza é um dos grandes riscos para usuários dessas substâncias, sendo fatores de riscos avaliados por um olhar sociocultural, visto como uma forma de lazer para esse grupo, já que está muito presente na realidade desses sujeitos. Uma das mais complicadas situações durante a

recuperação dessas drogas é a abstinência, por isso, se adotou o método de redução de danos em muitos serviços de saúde que trabalham com a reabilitação, pois é um método que não agride tanto os usuários na questão fisiológica. A recuperação exige a rede de apoio e toda a vivência subjetiva do indivíduo, além dos próprios profissionais de saúde e da sociedade, para ser trabalhado de uma forma menos dolorosa.

Os efeitos dessas substâncias alteram a mente de uma forma que pode aumentar ou interromper de modo prejudicial às ocupações humanas. Muitos usuários mostram que as substâncias trouxeram um alívio de estresses, no qual os sujeitos conseguiam esquecer os problemas, uma sensação de relaxamento, como medicamentos usados para conseguir dormir, sendo considerado como pontos positivos dessas drogas para pacientes usuários, principalmente o álcool que é bastante usado por homens. De acordo com Nhunzvi (2019) e as pesquisas realizadas por este, há casos em que os sujeitos só perceberam o mal que as drogas estavam fazendo em seu corpo quando apresentaram diagnósticos, como tuberculose, psicose induzida por substâncias e outros casos clínicos.

Além disso, as drogas afetam de forma direta as relações sociais, muitos indivíduos que ingerem álcool apresentam relatos de conflitos enquanto estavam alcoolizados, com pessoas da sua convivência ou desconhecidos. Aliado a isso, muitos jovens se tornam usuários de substâncias quando têm influências na sua vida, podendo interferir na sua identidade, conexões com atividades comuns do dia, interesses e prazeres. Os relatos realizados por jovens e adultos do sexo masculino narraram que a recuperação estava sendo feita com uma transição ocupacional contínua, trabalhando contra as recaídas (NHUNZVI, 2019).

A Terapia Ocupacional está diretamente relacionada com o tratamento e recuperação dos indivíduos toxicodependentes que estão com as ocupações prejudicadas e comprometidas, como a participação social, as relações afetivas, o lazer, o descanso, a autoestima e o autocuidado, a mobilidade territorial, a educação e o trabalho, entre outras ocupações importantes.

4.3 Estimulando a adesão medicamentosa no tratamento

A Intervenção de Autogerenciamento de Medicação Integrativa (IMedS) de acordo com o artigo 3, é uma intervenção da terapia ocupacional com o objetivo de melhorar a adesão aos medicamentos, ou seja, a forma que o paciente precisa seguir de acordo com a prescrição, está atento e obedecer as doses, a administração e o intervalo de tempo, com isso facilitar a nova rotina medicamentosa e os novos hábitos de vida. Dessa forma, no artigo 6 refere-se que esse método se faz importante, pois permite que os profissionais estimulem e criem uma autonomia dos seus pacientes para realizarem ocupações que tenham um significado e participação para responsabilidade com a sua saúde pessoal (College of Occupational Therapists Ltd, 2015).

Diante disso, é muito importante compreender que o uso excessivo de drogas lícitas como álcool, tabaco e os medicamentos, trazem prejuízos no dia a dia e nos hábitos dos usuários, além de agravar a saúde, como por exemplo, causar alterações fisiológicas, patológicas e sociais, pois o uso abusivo é uma prática reforçada constantemente, o tabaco por exemplo possui uma substância chamada de nicotina, na qual seu uso excessivo gera dependência, pois contém propriedades psicoativas dessa substância, então o indivíduo precisa de um novo comportamento, sendo assim, entende-se que de acordo com o artigo 6, onde relata sobre os terapeutas ocupacionais reconhecerem a importância da criação ocupações significativas, com foco no paciente para que possa promover um bem-estar mental, físico e social de seus pacientes (Leland et al., 2017). Com isso, o apoio medicamentoso tem uma função no processo e precisa ser orientado a não ser usado isoladamente, e sim em uma associação com uma boa abordagem.

Diante disso, esse gerenciamento de medicamentos é classificado como uma atividade instrumental da vida diária(AIVD) e uma habilidade vital para qualquer pessoa que vive com uma condição crônica para garantir a manutenção da saúde pessoal (AOTA, 2020), sendo importante para estimular maior vontade, desejo e vantagens para sua saúde de vida.

Portanto, conclui-se que compreendendo o artigo 11, é perceptível que os terapeutas ocupacionais podem trabalhar com a equipe interdisciplinar na área da saúde para lidar com essa crise de saúde pública (Schwartz & Smith, 2017), pois evidências emergentes demonstraram que a terapia ocupacional pode melhorar a adesão à medicação (Schwartz & Smith, 2016; Schwartz et al., 2017), apesar de que segundo os

“Dados do Centro Nacional de Estatísticas de Saúde [NCHS] indicam que aproximadamente 90% dos adultos com 65 anos ou mais, 60% dos adultos de 45 a 64 anos e 40% dos adultos de 18 a 44 anos tomaram um ou mais medicamentos prescritos nos últimos 30 dias (2014). Infelizmente, mais da metade das pessoas não toma seus medicamentos conforme prescrito”

(Lauffenburger et al., 2018).

Dessa forma, vão avaliar as rotinas de medicações dos seus pacientes visando as habilidades de desempenho, utilizando um método de uma avaliação padronizada, com os pacientes que possuem baixa adesão à medicação.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que as drogas lícitas podem ser potencialmente prejudiciais à vida, causando a dependência, no qual entende-se por dependência um comportamento compulsivo que o indivíduo tem de ingerir a droga novamente. Além disso, as drogas podem prejudicar também as ocupações e outros fatores negativos na vida dos usuários. As drogas lícitas são substâncias legalizadas, mas quando utilizadas em uso descontrolado, apresentam dificuldades na vida dos sujeitos e, na maioria das vezes, os pacientes fazem o desuso de tais substâncias de modo difícil, precisando de uma longa duração de reabilitação. Dessa forma, pode afirmar que as ocupações mais prejudicadas nos indivíduos que usam as drogas de forma abusiva são as AVD's, AIVD's, a participação social, o lazer, a educação, o trabalho e outras ocupações que são afetadas devido ao uso dessas drogas lícitas. Logo, é de extrema importância a intervenção de terapeutas

ocupacionais, pois são profissionais responsáveis para trazer conforto e satisfação durante as ocupações, ou seja, atividades realizadas no dia, que são necessárias para a vida humana.

No estudo foi apresentado que os pacientes relatam casos de relaxamento, alívio nos estresses, sendo uma forma de esquecer os problemas durante o uso dessas substâncias e, com isso, não percebiam o mal que as drogas estavam fazendo em seu organismo e apenas notaram quando foram diagnosticados com tuberculose, psicose induzida por substâncias e outros casos clínicos. Outro ponto abordado durante o estudo foram os grupos que mais usam essas drogas de forma abusiva, sendo a maioria homens jovens e adultos, como também a pobreza e a influência estão bem relacionada a esses casos, pois são casos que os indivíduos têm bastante contato em sua vivência.

Por fim, também foi exposto pautas que afirmar a eficácia das atuações, que são indispensáveis, de um terapeuta ocupacional, pois eles têm um papel fundamental na reabilitação de usuários, trazendo uma melhora de forma menos agressiva, visto que esses indivíduos, durante o tratamento, sofrem com a abstinência, como muitos deles que têm recaídas durante a reabilitação, muitas vezes não têm uma rede de apoio que ajude no tratamento. De acordo com todos os argumentos apresentados ao longo do estudo, a TO atua também em uma questão política, em busca de melhorar e aumentar os recursos dos serviços de saúde, a fim de trazer melhorias nos atendimentos dessas pessoas e auxiliar nas atividades diárias desses sujeitos.

REFERÊNCIAS

ARMSTEAD, A.B, Michael WILKERSON, M.J.; GEMEINHARDT, G.; NYITRAY,A; COLLINS, D.M. Antiretroviral Therapy Adherence, Functional Independence, and Falls among People with HIV, Occupational Therapy In Health Care, p. 318-335, 2021.

DÍAZ, M.; PALOMINO, T.; QUINTANA, N.; PALACIOS, M.; ARACENA, P. Reflexiones desde las Terapias Ocupacionales desde el Sur: violencia estructural, derechos humanos y género en procesos de acompañamiento de mujeres durante el embarazo y maternaje. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 2021, v. 29, e2996.

GARRISON, T. A.; SCHWARTZ, J. K.; MOORE, E. S. Effect of Occupational Therapy in Promoting Medication Adherence in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 77, n. 3, p. 7703205040, 2023.

JACLYN K. SCHWARTZ & LYNNE RICHARD (2018): An Exploratory Survey of Physical Rehabilitation Occupational Therapy Practice Patterns, *Occupational Therapy In Health Care*, v. 33(1), p. 64-72.

KIEPEK,N.; BEAGAN, B.; PHELAN, S. Enhancing occupation through use of substances: A critical interpretative synthesis. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional/ Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 2019, v. 27(4), n. 843-857.

LAM, K.C.K; FUNG, E.M.L; CHAN, H F; LOUIE, F.T.M; CHAN, F. Metacognitive-Focused Occupational Therapy for Substance Abuse in Medical-Social Service Collaboration: a Case Report. *East Asian Arch Psychiatry*, v. 31, n 19-20, 2021.

NHUNZVI, C; GALVAAN. R; PETERS, L. Recovery From Substance Abuse Among Zimbabwean Men: An Occupational Transition. *Occupational Therapy Journal of Research*. 2019, v. 39, p.14-22.

PALAPAL SY, M.; REYES, R.C.D; RORALDO, M.P.NR.; OHSHIMA, N. Desvendando as experiências vividas de recuperados de drogas filipinos em direção à participação ocupacional e à justiça por meio de uma análise

fenomenológica interpretativa, **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, 2021, v. 28, n. 457-470.

PRITCHARD, K.T; BAILLARGEON, J.P; RAJI, M.A; CHOU, L.N; DOWNER, B; KUO, Y.F. Association of Occupational and Physical Therapy With Duration of Prescription Opioid Use After Hip or Knee Arthroplasty: A Retrospective Cohort Study of Medicare Enrollees. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 102, n. 1257-1266, 2021.

RIBEIRO, J. et al. Intervenção da Terapia Ocupacional na toxicodependência: estudo de caso na Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro-Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1585-1596, 2019.

ROTHMAN, E.F; JIMENEZ, C. Introdução à Edição Especial sobre Uso de Substâncias e Terapia Ocupacional. **Abuso de Substâncias: Pesquisa e Tratamento**. 2023;17.

STEFANAC, S; GRABOVAC, I; ANDREWS, M.R, OPPENAUER, C; RAMOS R, REICHART, B; STOGMANN, E; STAMM, T. Utilization of occupational therapy services and relation to survival in people taking dementia-specific medication in Austria-A retrospective population-based study with a 13-year observation period. **Int J Geriatr Psychiatry**. 2021.

ZEITOUNE, Regina Célia Gollner et al. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Escola Anna Nery**, v. 16, p. 57-63, 2012.

CAPÍTULO XV

ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NOS PACIENTES EM USO DE FÁRMACOS ANTICÂNCER

PERFORMANCE OF OCCUPATIONAL THERAPY IN PATIENTS USING ANTICANCER DRUGS

Thaylany Alexandre Dos Santos
Emanuella Victoria Carvalho De Sousa
Jean Carlos Souza Silva
Iraildes Sousa Araújo

ABSTRACT

Introduction: Legal drugs are those substances that have the ability to alter an individual's behavior, and their production, marketing, and use are permitted by law, such as alcohol, tobacco, and medications. **Methodology:** The articles used to conduct this integrative review were obtained through the Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), via the Virtual Health Library (VHL), and in the journal *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. **Discussion:** Among the articles analyzed, which were read to discuss the theme of this integrative review, three categories related to the guiding question of the study were established. **Conclusion:** Therefore, it is concluded that the use of these drugs can cause harm to the daily lives of individuals, as it causes damage and affects the lifestyle habits of users, which is generally intensified by dependence, consequently compromising their ADLs and IADLs, and aims for the intervention of Occupational Therapy with a fundamental role, in order to rehabilitate individuals in a less aggressive way.

Keywords: Legal drugs, Occupational Therapy. Intervention.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma das patologias mais temidas entre a sociedade, vindo que se trata de uma causa que mais provoca mortalidade. Segundo alguns estudos realizados pelo ministério de saúde, Instituto Nacional de câncer Jose Alencar Gomes da Silva, as estimativas mundiais mais recentes foram realizadas em 2018.

Adverte que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões sem contar os casos de câncer de pele não melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões excluindo os cânceres de pele não melanoma). O câncer de pulmão é o mais incidente no mundo (2,1 milhões) seguido pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). A incidência em homens (9,5 milhões) representa 53% dos casos novos, sendo um pouco maior nas mulheres, com 8,6 milhões (47%) de casos novos. Os tipos de câncer mais frequentes nos homens foram o câncer de pulmão (14,5%), próstata (13,5%), cólon e reto (10,9%), estômago (7,2%) e fígado (6,3%). Nas mulheres, as maiores incidências foram câncer de mama (24,2%), cólon e reto (9,5%), pulmão (8,4%) e colo do útero (6,6%).

As principais causas que vem sendo apresentadas pelos números crescentes dessa mortalidade epidemiológica, em parte, são pelo envelhecimento, são pelo crescimento populacional, podendo ser também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, observando os fatores associados ao desenvolvimento socioeconômico. Considerando uma transição dos principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento, com um declínio dos tipos de câncer associados a infecções e o aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas com a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização (sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Apresentação dos fármacos anticâncer

Os fármacos anticâncer são medicamentos que atuam interferindo na síntese do DNA e RNA das células evitando a sua proliferação com intuito de impedir a replicação e tradução das células neoplásticas para que não entrem em mitose e se proliferem. Existem diversas classes desses tipos de fármacos pois cada um tem seu mecanismo de ação específico. Suas classes são divididas entre antimetabólitos, antimicrobianos, alquilantes, inibidores de microtúbulos, hormônios esteroides e antagonistas, anticorpos monótonos, inibidores da tirosinocinase, entre outros.

Atualmente as terapias anticâncer estão sendo cada vez mais procuradas pois estes medicamentos vêm passando por inovações no ramo farmacocinético, pois apresentam melhorias no tratamento oncológicos e produzindo mais eficácia, e trazendo um menor risco de possíveis danos para o paciente ou impedindo o avanço significativo da enfermidade. Com base nos avanços dos estudos da biologia do câncer, os pesquisadores buscam formas de encontrar moléculas que atuam nos mecanismos de defesa imunológica.

Estes medicamentos podem ser classificados como medicamentos quimioterapêuticos, hormonioterapêuticos ou medicamentos alvos. A diferença entre essas modalidades terapêuticas está no mecanismo de ação da medicação. Na quimioterapia a droga age no organismo como um todo, pois interfere na multiplicação celular podendo agir nas células cancerígenas ou nas células saudáveis. É importante ressaltar que nos hormônios essa terapia é feita a base de administração de substâncias que bloqueiam os hormônios envolvidos ativamente no desenvolvimento do câncer. Em virtude da imunoterapia essas medicações são direcionadas ao alvo específico na célula tumoral fazendo alterações genéticas.

2.1.1 Antimetabólitos

Os antimetabólitos são estruturalmente relacionados a compostos normais encontrados no interior das células. Em geral, eles interferem na disponibilidade de precursores normais de nucleotídeos de purina ou pirimidina, inibindo a síntese ou competindo na síntese de DNA ou RNA. Os efeitos são específicos da fase S e, portanto, específicos do ciclo celular.

Exemplo dessa classe de fármaco:

- Metotrexato

A vitamina fólica desempenha uma função primordial em várias reações metabólicas envolvidas na transferência de unidades de monocarbono necessárias para a multiplicação celular. O ácido fólico obtido de fontes alimentares ou produzidos pela flora intestinal são exemplos de antifolatos. Essa classe de fármacos geralmente é administrado por via oral, porém também podem ser administrados via intramuscular, intratecal ou intravenosa.

Mecanismo de ação:

O MTX é um fármaco estruturalmente relacionado ao ácido fólico e atua como um antagonista dessa vitamina, sua função é inibir o di-hidrofolato redutase enzima que converte o ácido fólico na sua forma de coenzima ativa, o ácido tetra-hidrofólico.

Uso terapêutico:

O uso desse fármaco geralmente é combinado com outros medicamentos anticancerígenos que atuam contra a leucemia linfocítica aguda, contra o câncer de mama, contra o câncer de bexiga e os carcinomas encontrados na cabeça e pescoço dos pacientes. Além disso quando este fármaco é aplicado em doses baixas como fármaco único ele age com eficácia em certas doenças inflamatórias como a Psoríase grave e artrite reumatoide.

Efeitos adversos:

A mucosite é um dos efeitos mais comuns nessa classe de fármacos e dependendo da gravidade desta enfermidade as dosagens deste fármaco devem ser ajustadas ou suspensas pois dependendo da quantidade aplicada pode aumentar significativamente a gravidade dessa inflamação. Além disso este fármaco pode ocasionar depressão na medula óssea e dano no epitélio do trato gastrointestinal.

2.2 Antimicrobianos

Esta classe de fármacos anticâncer tem sua ação na parte citotóxica principalmente em suas interações com DNA levando a desorganização da sua função principal.

- Bleomicina

Estes fármacos funcionam através de diversos glicopeptídeos. Esse medicamento é um ciclo célula específico que manifestam através das células fazendo se acumularem na fase G. Ela é bastante utilizada para o tratamento de câncer nos testículos e de linfomas.

Mecanismos de ação:

Quando utilizado os elétrons liberados reagem com oxigênio para formar radicais superóxidos ou hidroxila que atacam as ligações fosfodiesterase do DNA, resultando em quebras das fitas e aberrações cromossômicas.

Efeitos adversos:

Ações hipertróficas da pele, podendo gerar pigmentação das mãos em constância, entre outros sintomas febre e calafrios. A toxicidade pulmonar é o efeito mais grave evoluindo de esteroides, ocasionando infiltrações da fibrose potencial fatal.

Alquilantes

São fármacos com efeito citotóxico que se liga covalentemente ao grupo nucleofílicos. Sua reação citotóxica é crucial depois que ocorre a alquilação do DNA que é letal para células tumorais.

3 EFEITOS COLATERAIS E ADVERSOS

Esses são alguns fármacos:

O principal objetivo quando se trata de agentes fármacos anticâncer é prevenir e desenvolver drogas que auxiliem no combate daquela determinada patologia cancerígena. Em virtude disso, existem vários métodos que são utilizados para que se tenha a propiciação desses estimulantes. Isso acontece bastante durante a quimioterapia, quando se é utilizado o uso de medicamentos que servem para matar as células tumorais com sua toxicidade. É importante salientar que durante o tratamento as células mortas são aquelas que se dividem rapidamente, por conta da enfermidade.

Todavia, as células que se multiplicam de forma acelerada não é somente a do câncer, mas existem outras células no organismo humano que se desenvolvem apressadamente, por exemplo, cabelo, unhas, células de defesa do organismo e mucosas, e por isso que a quimioterapia pode ser bastante ameaçadora para essas células. Isso acontece na maioria das vezes, porque o fármaco anticâncer acessíveis não reconhece as células neoplásicas, afetando tanto as células normais ou anormais.

Isso responde aos motivos pelos quais algumas drogas combatentes do tumor têm uma curva dose-resposta para os efeitos tóxicos e terapêuticos. A quimioterapia é decisiva quando não existem chances de haver uma cirurgia para reverter o quadro da doença, e quando existe a quimioterapia antes do procedimento cirúrgico, é chamada de quimioterapia neoadjuvante, e

existe também a quimioterapia de manutenção, onde ocorre dosagens baixas para auxiliar no prolongamento da remissão.

3.1 Problemas associados a quimioterapia

Alguns fármacos durante o tratamento podem apresentar rejeição das substâncias das drogas que estão sendo usadas no organismo. Durante a quimioterapia pode acontecer de o corpo ter total rejeição aos medicamentos, isso pode estar relacionado à neoplasia que está acometendo aquele indivíduo, que está adquirindo resistência aos efeitos citotóxicos de um fármaco por mutação, após seu uso prolongado.

Isso ocorre porque as drogas que são combatentes de fármacos anti resistente não apresentam uma duração boa. Segundo estudos aplicados, nessa decorrência explica os motivos pelos quais algumas células não permitem a passagem de alguns fármacos, ou seja, a causa persistente da resistência dos antígenos. Em princípio, isso ocorre devido ao bombeamento do fármaco para fora da célula, na presença de glicoproteína P, em dependência do trifosfato de adenosina (ATP).

Isso não impede também a resistência cruzada, que acontece quando o uso do fármaco não está estruturalmente relacionado, por exemplo as células resistentes ao efeito citotóxico dos alcalóides da vinca pode ser considerado resistentes à dactinomicina, aos microbianos antracíclicos, assim como "colchicina" e vice-versa. Todos esses fármacos citados são de procedência natural, cada um tem um anel aromático hidrofóbico e uma carga positiva no pH neutro. A glicoproteína P pode se apresentar em níveis baixos nos níveis celulares, no caso em níveis elevados, os órgãos afetados serão os rins, fígado, pâncreas, intestino delgado, cólon do intestino e suprarrenais.

Baseado nesse estudo, foi considerado que a glicoproteína P é a principal responsável de causar a resistência intrínseca à quimioterapia avaliada nos adenocarcinomas. Como dito anteriormente, alguns fármacos podem inibir e

acabar dificultando a passagem dos medicamentos anticâncer, outros métodos de tratamento podem ser utilizado, como a toxicidade tem grande relevância e um papel fundamental durante o processo da erradicação da doença com o intuito de matar as células neoplásicas que se proliferam rapidamente.

Essas reações tóxicas podem ser evitadas através de intervenções, como o uso de citoprotetores, perfusão local do tumor (Ex. sarcoma no braço), remoção da parte da medula óssea do paciente antes do tratamento intensivo e a reimplantação após o tratamento, podendo ser também uma diurese intensa para evitar a toxicidade vesical. Durante o tratamento pode se desencadear a anemia megaloblástica ativada metotrexato, que podem ser controladas permanentemente com a administração de ácido folínico. Com a disponibilidade do fator estimulante de colônia de granulócitos humanos, o uso de neutropenia em referência ao tratamento do câncer com vários fármacos podendo ser revertida parcialmente.

Na maioria das neoplasias tratadas pela quimioterapia, que é o caso da leucemia não linfocítica aguda podem surgir novamente após 10 anos ou mais depois de o câncer original ter sido curado, em resposta significativa alguns cânceres desenvolvidos durante a quimioterapia funcionaram bem as estratégias do tratamento.

3.2 Classes Farmacológica

6-Mercaptopurina

É semelhante ao tiol da hipoxantina. A 6-MP e a 6-tioguanina (6-TG) foram os primeiros análogos de purina que se mostraram eficazes no combate à doença neoplásica. A azatioprina considerado um imunossupressor que exerce seu efeito citotóxico após conversão a 6-MP.) A 6-MP é usada principalmente na manutenção da remissão da leucemia linfoblástica aguda. A 6-MP e seu análogo azatioprina são benéficos também no tratamento da doença de Crohn.

Fludarabina

É o 5'-fosfato do arabinosídeo 2-fluoroadenina prominente nucleotídeo da purina. Importante no tratamento da leucemia linfocítica crônica, da leucemia de células pilosas e do linfoma indolente não Hodgkin. A fludarabina é um pró-fármaco; o fosfato é removido no plasma para formar o 2-F-araA, que é captado pelas células e novamente fosforizado inicialmente pela desoxicidina cinase. Trifosfato é incorporado ao DNA e ao RNA. Isso diminui suas sínteses na fase S e afeta suas funções. A resistência está associada à diminuição da captação pelas células, à falta da desoxicidina cinase, diminuindo da afinidade da DNA-polimerase, entre outros mecanismos. A fludarabina é administrada por via IV, em vez de oral, já que as bactérias intestinais quebram o açúcar, formando um metabólito muito tóxico, a fluoroadenina. A excreção urinária responde por eliminação parcial.

Cladribina

Bastante semelhante com a purina, o 2-clorodesoxiadenosina ou cladribina, sofre reações similares às da fludarabina e precisa ser convertida em um nucleotídeo para ser citotóxico. Introduzido no término 3' do DNA, inibindo seu alongamento. Ela também afeta a reparação do DNA e é um inibidor potente da ribonucleotídeo redutase. A resistência pode ser provocada pelos mecanismos análogos aos que afetam a fludarabina, embora não tenha sido observada resistência cruzada. A cladribina é eficaz contra leucemia de célula pilosa, leucemia linfocítica crônica e linfoma não Hodgkin. O fármaco é administrado em infusão contínua única. A cladribina se distribui pelo organismo, incluindo o LCS.

- 5-Fluoruracila

É um análogo da pirimidina, tem um átomo estável de flúor no lugar de um átomo de hidrogênio na posição 5 do anel do uracilo. O flúor interfere na conversão do ácido desoxiuridílico a ácido timidílico, impedindo a célula de

timidina, um dos precursores essenciais da síntese de DNA. A 5-FU é empregada primariamente no tratamento de tumores sólidos de crescimento lento (p. ex., carcinomas colorretal, mamário, ovariano, pancreático e gástrico). Aplicada essencialmente na 5-FU é eficaz também no tratamento de carcinomas de célula basal superficial.

- Capecitabina

A capecitabina é um novo carbamato fluoropirimidina oral. Ela é usada no tratamento de câncer colorretal e de mama metastático. Durante sua absorção, a capecitabina não é um agente tóxico, pode sofrer uma série de reações enzimáticas, sendo a última a hidrólise a 5-FU. Essa etapa é catalisada pela timidina fosforilase, uma enzima concentrada primariamente em tumores.

4 CONCLUSÃO

Em contrapartida, a terapia ocupacional tem papel fundamental e de extrema importância durante o processo e a finalização dela diante da patologia que o paciente está enfrentando, ampliando sua visão não somente na causa, mas sendo o apoio e acolhendo toda a sua situação, conhecendo a história e vivências que aquele paciente teve antes da doença e durante. Nesse modo, o terapeuta ocupacional responsável irá realizar atividades que ajudam controlar a dores. Fazer com que nesse momento tenha um máximo de independência dentro do quadro de suas limitações, promover atividades que ajudem controlar o estresse e que promovam seu bem estar e saia um pouco daquela zona de desconforto que muitas das vezes são as seções de quimioterapia.

REFERÊNCIAS

ABRALE – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. Terapia Ocupacional e Câncer. Disponível em: <https://www.abrale.org.br/informacoes/terapia-ocupacional-e-cancer/>. Acesso em: 23 abr. 2025.

BATISTA, A. C. S. et al. Drogas antineoplásicas e nutrição. Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. Disponível em: <https://sbno.com.br/drogas-anticancer-e-nutricao/>. Acesso em: 23 abr. 2025.

SANTOS, T. A. dos; COSTA, T. M. da. Medicamentos antineoplásicos: uma revisão da literatura sobre os principais fármacos utilizados. Revista FAEF, v. 1, n. 1, 2013. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/KKAaHGHIP6LAGUV_2013-6-26-16-32-30.pdf. Acesso em: 23 abr. 2025.

FERREIRA, I. C. F. et al. Aspectos toxicológicos e mecanismos de ação de fármacos antineoplásicos. Química Nova, v. 33, n. 1, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/qn/a/h8yW6Tn836WYxN4f8FzcRPn/?lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2025.

SILVA, L. R. et al. Farmacocinética e farmacodinâmica dos quimioterápicos anti-neoplásicos. Química Nova, v. 33, n. 5, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/qn/a/9wKB9z7fFmnVTZtGYbzhj5F/>. Acesso em: 23 abr. 2025.

CAPÍTULO XVI

FARMACOLOGIA APLICADA AO TRATAMENTO DA CONCUSSÃO CEREBRAL

PHARMACOLOGY APPLIED TO THE TREATMENT OF CONCUSSION

Carlos Hermano da Justa Pinheiro¹

Dayane Rodrigues Costa Araújo²

1-Docente do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (CMEPES) da Universidade Estadual do Ceará e docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio do Ceará.

2-Discente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio do Ceará.

RESUMO

A concussão cerebral é uma lesão traumática que afeta o funcionamento do cérebro, causando alterações neuroquímicas e metabólicas. Seu diagnóstico é clínico, pois exames de imagem não costumam detectá-la. O tratamento principal é não farmacológico, incluindo fisioterapia, reabilitação vestibular e cognitiva. No entanto, medicamentos como amitriptilina, ondansetrona, metoclopramida e melatonina podem ser usados para controlar sintomas como cefaleia, náusea e distúrbios do sono. Além disso, metilfenidato e sertralina são investigados para melhorar déficits cognitivos e emocionais. O magnésio tem potencial neuroprotetor, enquanto o topiramato pode ser útil para crises epiléticas. Apesar dessas opções, não há consenso sobre um tratamento farmacológico padrão. A abordagem ideal deve ser personalizada, integrando terapias não farmacológicas e medicamentos conforme necessário. Estudos adicionais são essenciais para validar essas intervenções e otimizar o manejo da concussão cerebral.

Palavras-chaves: Concussão Cerebral. Fármacos. Neuroquímica.

ABSTRACT

Concussion is a traumatic injury that affects brain function, causing neurochemical and metabolic changes. It is clinically diagnosed, since imaging tests usually do not detect it. The main treatment is using a nonpharmacological approach, including physical therapy, vestibular and cognitive rehabilitation. However, medications such as amitriptyline, ondansetron, metoclopramide and

melatonin can be used to control symptoms such as headache, nausea and sleep disturbances. In addition, methylphenidate and sertraline are being investigated to improve cognitive and emotional deficits. Magnesium has neuroprotective potential, while topiramate may be useful for epileptic seizures. Despite these options, there is no consensus on a standard pharmacological treatment for concussion. The ideal approach should be a patient-centered care, integrating nonpharmacological therapies and medications as needed. Additional studies are essential to validate these interventions and improve the management of concussion.

Keywords: Concussion. Drugs. Neurochemistry.

1. INTRODUÇÃO

O trauma na cabeça pode resultar em diversos tipos de lesões intracranianas. Essas lesões podem ocorrer isoladamente ou em associação sendo classificadas em lesões focais (localizadas em áreas específicas no encéfalo) ou difusas (lesões que afetam diversas áreas encefálicas). Entre as lesões focais podemos citar as hemorragias epidural e subdural e a contusão cortical. Já entre as lesões difusas, estão a lesão axonal difusa (LAD) e a concussão cerebral. A concussão é o tipo de lesão traumática cerebral mais comum e muitas vezes é subdiagnosticada. Exames de neuroimagem convencionais (tomografia computadorizada e ressonância magnética) não conseguem identificar esse tipo de lesão por se tratar mais de uma alteração funcional do que propriamente uma alteração estrutural (macroscópica) no encéfalo. Tal característica, faz com que a concussão seja um tipo de lesão traumática (uma vez que é causada por forças externas) “invisível” e cujo diagnóstico é essencialmente clínico, ou seja, baseado nos sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

A concussão cerebral ocorre devido ao “chacoalhar” do cérebro dentro da cavidade craniana após um impacto recebido diretamente na cabeça ou em outra área do corpo (pescoço, ombro ou tronco) com transmissão de força impulsiva para a cabeça. Essa aceleração seguida por desaceleração causa alterações neuroquímicas e metabólicas no cérebro com possibilidade de lesão axonal, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral e neuroinflamação que estariam

associadas aos sintomas que podem surgir imediatamente ou ao longo das horas e dias seguintes. Esses sintomas podem ser intensificados ou mesmo desmascarados pela demanda cognitiva e física imposta pelas atividades da vida diária o que resultaria em diminuição da qualidade de vida e desempenho funcional e ocupacional do indivíduo.

O tratamento da concussão cerebral é predominantemente de natureza não-farmacológica e envolve uma abordagem multimodal e multidisciplinar. Entre as intervenções terapêuticas da concussão cerebral estão a cinesioterapia com exercício aeróbio progressivo, o treinamento cognitivo-perceptivo, a terapia cognitiva comportamental, a reabilitação vestibular e oculomotora e a estimulação magnética transcraniana (EMT). Já a indicação de terapia farmacológica é complementar e deve ser realizada sempre com base nos mecanismos fisiopatológicos do trauma cerebral. De acordo com Meehan, a prescrição farmacológica deve ser considerada quando os sintomas do paciente excederem o típico período de recuperação clínica e quando os sintomas estão afetando negativamente o vida do paciente sendo possível avaliar o benefício potencial do tratamento comparado aos potenciais efeitos adversos do medicamento. Entretanto, apesar do uso de fármacos para o controle clínico de alguns sintomas pós-concussionais, não há um consenso científico sobre um tratamento farmacológico padrão ou ótimo para a concussão cerebral. No presente capítulo iremos apresentar uma visão geral das estratégias farmacológicas utilizadas concomitantemente ao tratamento não-farmacológica em pacientes que sofreram concussão cerebral.

2. FISIOPATOLOGIA DA CONCUSSÃO CEREBRAL

A concussão cerebral é definida pelos Consensos Científicos com um processo fisiopatológico cerebral complexo resultante da ação de forças biomecânicas externas. Segundo a hipótese mais aceita, a fisiopatologia aguda da concussão cerebral resultaria da alteração no potencial de membrana neuronal devido ao estiramento axonal durante a aceleração e desaceleração do cérebro. Dessa maneira, no trauma concussivo, o estiramento da membrana plasmática neuronal levaria a abertura de canais iônicos com influxo de sódio e cálcio e

efluxo de potássio através do mecanismo de neuroporação seguido pela abertura dos canais dependentes de voltagem e dependentes de ligantes. Dessa maneira, uma despolarização abrupta resultaria em grande liberação de glutamato, um neurotransmissor excitatório, o que provocaria um estado de hiperexcitação associado a sintomas como cefaleia, náusea, tontura, fotossensibilidade e fonossensibilidade, por exemplo. Após essa fase de hiperexcitação (fase 1 da fisiopatologia da concussão), a necessidade de restabelecer o potencial de repouso da membrana neuronal através da bomba de sódio e potássio caracterizaria um estado de maior demanda energética com aumento da captação de glicose mas que devido a diminuição do fluxo sanguíneo para as áreas cerebrais afetadas provoca um estado de depleção metabólica ou crise neurometabólica. Essa segunda fase da fisiopatologia da concussão cerebral estaria associada a intensificação de sintomas cognitivos como alterações de memória, nevoa mental, dificuldade de concentração e raciocínio. Em pesquisas com animais de laboratório, há evidência de que essa crise neurometabólica dure em média 10 dias, mas em humanos essa janela temporal não é bem definida. A recuperação clínica pós-concussão cerebral ocorre em média de 15 dias na maioria dos pacientes sendo mais demorada em crianças (em média de aproximadamente 4 semanas), adolescentes, mulheres e naqueles pacientes com histórico de múltiplas concussões cerebrais. Em alguns pacientes, esses sintomas podem persistir por meses ou anos como ocorre na Síndrome Pós-Concussional sendo que o histórico prévio de concussão cerebral, depressão, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), dislexia e disfunção vestibular são fatores de risco para persistência de sintomas pós-concussão.

3. FÁRMACOS DE USO MAIS COMUM NO TRATAMENTO DA CONCUSSÃO CEREBRAL

Uma grande variedade de fármacos é prescrita por médicos para o tratamento de sintomas pós-concussão cerebral. Segundo os resultados de uma revisão sistemática 4, os fármacos mais utilizados no manejo clínico de pacientes pediátricos com concussão cerebral foram a amitriptilina, ondansetrona, melatonina, metoclopramida, suplementação com magnésio e topiramato. Já

entre 23 estudos revisados sistematicamente, onde oito eram com população pediátrica, os fármacos presentes em múltiplos estudos foram o metilfenidato, a sertralina, ondansetrona, amitriptilina e melatonina. Em revisão sistemática sobre intervenções terapêuticas para sintomas pós-concussão cerebral, Heslot e colaboradores reportaram evidência limitada de benefício do metilfenidato na reabilitação pós-concussão cerebral.

3.1 Amitriptilina

Um dos fármacos mais citados nos estudos científicos sobre tratamento farmacológico da concussão cerebral é a amitriptilina, do grupo dos antidepressivos tricíclicos. Esse fármaco age através do bloqueio da recaptação dos neurotransmissores serotonina e noradrenalina potencializando as sinapses neuronais. Dessa maneira, atribui-se os efeitos terapêuticos da amitriptilina ao maior tempo de exposição da serotonina na fenda sináptica e facilitação da transmissão noradrenérgica. No contexto do tratamento dos sintomas pós-concussão cerebral, a amitriptilina tem sido estudada não somente em relação aos efeitos em quadros de depressão, mas também no controle clínico da cefaleia pós-traumática tanto a cefaleia do tipo tensional quanto a migrânea. Em um estudo retrospectivo do tratamento de vinte e três pacientes com cefaleia após trauma de cabeça tratados com amitriptilina, noventa por cento da amostra apresentou recuperação excelente ou boa. Entretanto, esse efeito benéfico não foi observado no estudo conduzido por Saran. Em adição, devido aos efeitos sedativos da amitriptilina, esse fármaco também é prescrito no tratamento pós-concussão cerebral para melhorar a qualidade do sono. Embora os efeitos terapêuticos da amitriptilina na depressão primária sejam efetivos, a sua eficácia no tratamento da depressão pós-traumática ainda é controversa.

A prescrição de amitriptilina em casos de concussão cerebral está mais associada aos quadros de cefaleia pós-traumática e insônia do que propriamente para o tratamento da depressão. O uso de antidepressivos tricíclicos como amitriptilina no tratamento da cefaleia é mais eficaz do que os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, embora com maiores efeitos adversos. Já entre os potenciais mecanismos de ação da amitriptilina na cefaleia pós-traumática

estariam o seu efeito inibitório na recaptação de serotonina e noradrenalina na fenda sináptica afetando a transmissão serotoninérgica ou através de efeitos antinociceptivos via ativação do adrenoreceptor α_2 , seus efeitos em canais iônicos (sódio, cálcio e potássio), e seus efeitos sobre os receptores adrenérgicos α_1 , receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA) e de opióides. O sistema opióide endógeno está envolvido na regulação da percepção da dor sendo que agonistas opióides possuem potencial para atuarem como analgésicos. Antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina possuem atividade agonista em receptores opióides e a ativação do sistema opióide endógeno tem sido considerada um novo alvo para a indicação desse grupos de fármacos no tratamento da dor.

3.2 Ondansetrona

O cloridrato de ondansetrona é um fármaco com atividade antiemética cuja indicação é para a prevenção e controle de náuseas e vômitos. A ondansetrona é prescrita para o tratamento de náuseas e vômitos em crianças com concussão cerebral na fase aguda. No entanto, Gravel e colaboradores reportaram que o risco de persistência de sintomas pós-concussão poderia ser aumentado devido ao uso da ondansetrona. Náuseas e vômitos são sintomas relacionados a concussão cerebral e que podem sugerir comprometimento da função vestibular. As disfunções vestibulares pós-concussão cerebral são frequentes em crianças e são fatores de risco para recuperação clínica mais prolongada nessa população. Zamani e colaboradores demonstraram efeito positivo do tratamento com ondansetrona na severidade da náusea pós-traumática em crianças, entretanto, não houve efeito significativo na cefaleia e na fadiga. A ondansetrona age como antagonista dos receptores 5-HT₃ de serotonina os quais estão envolvidos com a atividade emética tanto no sistema nervoso central quanto no periférico sendo que entre os seus principais efeitos adversos estão a cefaleia, fadiga, diarreia, constipação, tontura e ansiedade. Vale salientar que cefaleia, ansiedade e tontura também são sintomas relacionados a concussão cerebral o que faz com que a indicação da ondansetrona seja cuidadosamente avaliada pelo médico no tratamento da náusea pós-traumática.

3.3 Metoclopramida

A metoclopramida é um antagonista dos receptores D2 dopaminérgicos utilizado na prevenção da náusea e vômitos. Efeito positivo do tratamento com metoclopramida na náusea pós-traumática em crianças e comparável ao da ondansetrona foi demonstrado no estudo conduzido por Zamani e colaboradores. Em adição, os resultados do estudo de Feiz Difani e colaboradores corroboraram com os de estudo de Zamani e colaboradores sendo que o efeito terapêutico da metoclopramida foi alcançado após 15 minutos da administração intravenosa e o da ondansetrona somente foi observado após 30 minutos. No entanto, os efeitos adversos da metoclopramida observados em pacientes com trauma cerebral forma cefaleia, sonolência, ansiedade, fadiga e distonia (um sintoma extrapiramidal) o que faz com que tratamentos com baixo risco de efeitos adversos no sistema nervoso central sejam melhores opções terapêuticas. Além do seu efeito antiemético, o uso potencial da metoclopramida no tratamento da cefaleia pós-traumática também já foi investigado. Bresee e colaboradores demonstraram ausência de efeito protetor contra a cefaleia em pacientes com concussão cerebral.

3.4 Melatonina

Um dos tratamentos endereçados para distúrbios do sono em pacientes com trauma cerebral envolve a prescrição de melatonina. Produzida pela glândula pineal, a melatonina é um hormônio com propriedades ansiolíticas, analgésicas e neuroprotetoras e a sua prescrição farmacológica é apontada como um tratamento potencialmente promissor para casos de trauma cerebral.

Devido a sua natureza química, a melatonina pode atravessar as membranas celulares e aumentar a neuroproteção através da melhora da função mitocondrial, redução do estresse oxidativo, inibição da apoptose, diminuição da inflamação e da toxicidade do glutamato. O efeito neuroprotetor da melatonina no trauma, isquemia e edema cerebrais já foi demonstrado em modelos experimentais com animais. Em seres humanos, evidências científicas sugerem o tratamento com melatonina apresenta um efeito benéfico no controle da ansiedade, insônia em crianças e prevenção da migrânea.

Conjuntamente, essas evidências científicas fortalecem a proposição de o tratamento farmacológico com melatonina poderia ser benéfico para pacientes com Síndrome Pós-Concussional. Nesse contexto, Barlow e cols conduziram um estudo clínico randomizado e duplo-cego com melatonina em crianças e adolescentes (8-18 anos) com sintomas pós-concussionais persistentes (4-6 semanas após o trauma cerebral). No entanto, os autores observaram, após 28 dias de tratamento, que não houve efeito significativo do tratamento com melatonina nos sintomas pós-concussionais, qualidade de vida, sono e cognição. Já em outra análise, pelo mesmo grupo de pesquisadores com crianças e adolescentes com distúrbios do sono após concussão cerebral, o tratamento com melatonina aumentou o tempo de duração do sono e apresentou efeitos positivos na redução dos sintomas de depressão.

3.5 Metilfenidato

O metilfenidato é um estimulante do sistema nervoso central que atua principalmente como um inibidor da recaptação de dopamina e norepinefrina. Isso resulta em um aumento da disponibilidade desses neurotransmissores nas sinapses, o que pode melhorar a atenção, a concentração e a velocidade de processamento cognitivo. Estudos destacam efeitos positivos no uso do fármaco nos déficits cognitivos, como problemas de atenção, memória e funções executivas os quais são sintomas causados concussão. Rabinowitz & Watanabe apresentam estudos de revisão e ensaios clínicos que incluem grupos placebo e exploram diferentes intervenções, com foco em concussões leves, destacam que o tratamento farmacológico deve ser acompanhado de intervenções não farmacológicas, como terapia comportamental cognitiva. O metilfenidato tem demonstrado potencial para melhorar a cognição, especialmente em áreas relacionadas à atenção e funções executivas. Assim, ele surge como um possível tratamento para os sintomas cognitivos associados à concussão cerebral, oferecendo benefícios específicos na mitigação desses déficits.

3.6 Topiramato

O Topiramato é um anticonvulsivante possui efeitos pleiotrópicos sobre diferentes receptores e canais iônicos, indicado para crises epiléticas e cefaleias.

Ele potencializa a modulação do ácido gama-aminobutírico (GABA) por meio da modulação de seu receptor GABAA, independentemente de benzodiazepinas. Isso pode ajudar a superar a resistência a benzodiazepínicos observada em pacientes em estado de mal epilético refratário EER. É uma alternativa terapêutica promissora para pacientes com lesões cerebrais traumáticas associadas a crises epiléticas e estado epilético refratário. Ele demonstrou capacidade de reduzir a mortalidade e melhorar desfechos funcionais nesses pacientes, sendo bem tolerado na maioria dos casos. Contudo, faltam estudos controlados que validem seu uso em lesões cerebrais traumáticas (TBI), sem crises epiléticas, como concussões leves.

3.7 Suplementação com magnésio

O Magnésio é um mineral essencial necessário para diversas funções vitais no organismo, como a regulação do sistema nervoso central, manutenção do equilíbrio de íons celulares (sódio, potássio e cálcio), controle da inflamação e do estresse oxidativo, além de desempenhar um papel fundamental na síntese de proteínas, no metabolismo energético e na recuperação celular. Os suplementos de magnésio são utilizados para corrigir deficiências ou apoiar condições específicas, especialmente aquelas relacionadas a desequilíbrios metabólicos e neurológicos.

A relação entre o suplemento de magnésio e concussões está baseada na capacidade do mineral de atuar em alterações metabólicas desencadeadas por lesões cerebrais traumáticas, como as concussões. Essas lesões, que são uma forma de traumatismo cranioencefálico leve (TCE leve), geram processos inflamatórios, neurodegeneração e desequilíbrios nos íons celulares. O magnésio desempenha um papel importante ao regular esses desequilíbrios, protegendo o cérebro contra danos secundários. Ele também reduz a produção de radicais livres, estabiliza membranas celulares e promove a recuperação funcional, especialmente na fase aguda da lesão, que ocorre nos primeiros 14 dias.

Os artigos analisados fornecem evidências sobre os efeitos benéficos do magnésio em concussões. Estudos relatam que a suplementação com óxido de magnésio pode melhorar significativamente os resultados funcionais em casos de

TCE leve. Os participantes que receberam suplementação apresentaram melhoras na cognição, memória e redução dos sintomas pós-concussão. A administração precoce de magnésio foi associada a um tempo de recuperação mais curto e à diminuição de inflamações e sintomas relacionados. Ensaios clínicos demonstraram que doses controladas de magnésio, entre 400 e 800 mg/dia, reduziram significativamente os escores de gravidade dos sintomas pós-concussão (PCSS) em comparação ao placebo. Além disso, os estudos indicam que a suplementação durante a fase aguda é segura e viável, promovendo uma recuperação mais rápida e melhor qualidade de vida.

Apesar desses resultados encorajadores, os autores destacam que as pesquisas existentes ainda são limitadas em termos de protocolos padronizados e tamanhos de amostra. Isso reforça a necessidade de estudos adicionais para estabelecer diretrizes clínicas mais robustas e avaliar possíveis efeitos adversos do uso prolongado de magnésio em pacientes com concussões. O magnésio, portanto, mostra-se como uma intervenção promissora para apoiar a recuperação neurológica, mas são necessárias mais investigações para confirmar sua eficácia e segurança em diferentes contextos clínicos.

3.8 Sertralina

A sertralina é classificado como inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS) amplamente utilizado para tratar transtornos como depressão, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e síndrome do pânico.⁴⁶ Essa classe farmacológica atua aumentando a disponibilidade de serotonina no cérebro, o que contribui para a regulação do humor e outros processos neurológicos.⁴⁸ Além de suas indicações tradicionais, a sertralina também tem sido investigada em contextos específicos, como o manejo de sintomas associados ao traumatismo cranioencefálico leve (TCE leve).

A concussão pode causar uma ampla gama de sintomas neurológicos, cognitivos e emocionais, com efeitos que às vezes persistem por meses ou anos. A sertralina é uma das poucas intervenções testadas para mitigar sintomas relacionados à concussão, embora a base de evidências seja limitada e os resultados existentes não permitam conclusões definitivas. Ainda assim, o

medicamento é mencionado como uma opção com potencial no alívio de sintomas emocionais ou comportamentais associados à concussão.

Embora a sertralina mostre potencial como tratamento para sintomas emocionais e comportamentais decorrentes de concussão, as evidências científicas existentes ainda são insuficientes para embasar recomendações clínicas firmes. A necessidade de estudos multicêntricos robustos com amostras amplas e critérios padronizados é evidente para consolidar o papel dessa medicação nesse contexto.

4. CONCLUSÃO

A concussão cerebral é uma condição complexa e multifatorial que demanda uma abordagem terapêutica integrada e personalizada. Sua fisiopatologia envolve alterações dinâmicas no âmbito neuroquímico, metabólico e estrutural, impactando a função cerebral e potencialmente resultando em sintomas persistentes, conhecidos como síndrome pós-concussional. Compreender esses mecanismos é essencial para desenvolver intervenções eficazes que reduzam os efeitos debilitantes da condição.

Intervenções não farmacológicas, como cinesioterapia, reabilitação vestibular e terapias cognitivo-comportamentais, constituem pilares centrais no processo de reabilitação funcional após a concussão. No campo farmacológico, diferentes fármacos têm se mostrado promissores no manejo de sintomas específicos. A amitriptilina é frequentemente indicada para o tratamento de cefaleias e distúrbios do sono; ondansetrona e metoclopramida são eficazes no controle de náuseas; a melatonina tem sido empregada para regular o ciclo sono-vigília; e o magnésio apresenta propriedades neuroprotetoras relevantes.

Além disso, o metilfenidato tem sido explorado no tratamento de déficits cognitivos, enquanto o topiramato se mostra útil no manejo de cefaleias ou crises epiléticas relacionadas à concussão. Apesar desses avanços, a evidência científica ainda apresenta lacunas significativas, destacando a necessidade de estudos adicionais para validar e padronizar essas intervenções farmacológicas.

Assim, o manejo ideal da concussão cerebral deve combinar intervenções baseadas em evidências com a individualização do tratamento, considerando as

particularidades de cada paciente. A ampliação de pesquisas no campo farmacológico é crucial para estabelecer diretrizes terapêuticas mais robustas, promovendo maior eficácia, segurança e qualidade de vida para os pacientes. O progresso nesse sentido fortalecerá a prática clínica, oferecendo soluções terapêuticas cada vez mais assertivas e bem fundamentadas.

REFERENCIAS

Patricios JS, Schneider KJ, Dvorak J, et al. **Consensus statement on concussion in sport: the 6th International Conference on Concussion in Sport–Amsterdam.** October 2022 *British Journal of Sports Medicine* 2023;57:695-711.

Howell DR, Southard J. **The Molecular Pathophysiology of Concussion.** *Clin Sports Med.* 2021 Jan;40(1):39-51. doi: 10.1016/j.csm.2020.08.001.

Heslot C, Azouvi P, Perdrieau V, Granger A, Lefèvre-Dognin C, Cogné M. **A Systematic Review of Treatments of Post-Concussion Symptoms.** *Journal of Clinical Medicine.* 2022; 11(20):6224. <https://doi.org/10.3390/jcm11206224>

Hanalioglu D, Hanalioglu S, Arango JI, Adelson PD. **Current evidence for pharmacological management of pediatric concussion: a systematic review.** *Childs Nerv Syst.* 2023 Jul;39(7):1831-1849. doi: 10.1007/s00381-023-05960-x.

Meehan WP III. **Medical therapies for concussion.** *Clin Sports Med.* 2011;30(1): 115-124, ix.

Feinberg C, Carr C, Zemek R, Yeates KO, Master C, Schneider K, Bell MJ, Wisniewski S, Mannix R. **Association of Pharmacological Interventions With Symptom Burden Reduction in Patients With Mild Traumatic Brain Injury: A Systematic Review.** *JAMA Neurol.* 2021 May 1;78(5):596-608. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.5079.

Tyler GS, McNeely HE, Dick ML. **Treatment of post-traumatic headache with amitriptyline.** *Headache.* 1980;20:213–6.

Saran A. **Antidepressants not effective in headache associated with minor closed head injury.** *Int J Psychiatry Med.* 1988;18:75–83.

Lane JC, Arciniegas DB. **Post-traumatic Headache.** *Curr Treat Options Neurol.* 2002;4:89–104.

Dinan TG, Mobayed M. **Treatment resistance of depression after head injury: a preliminary study of amitriptyline response.** *Acta Psychiatr Scand.* 1992;85:292–4.

Warden DL, Gordon B, McAllister TW, et al. **Guidelines for the pharmacologic treatment of neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury.** *J Neurotrauma.* 2006;23:1468–501.

Jackson J L, Shimeall W, Sessums L, DeZee K J, Becher D, Diemer M et al. **Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis.** *BMJ* 2010; 341 :c5222 doi:10.1136/bmj.c5222

Lampl C, Versijpt J, Amin FM, Deligianni CI, Gil-Gouveia R, Jassal T, MaassenVanDenBrink A, Ornello R, Paungarttner J, Sanchez-Del-Rio M, Reuter U, Uluduz D, de Vries T, Zeraatkar D, Sacco S. **European Headache Federation (EHF) critical re-appraisal and meta-analysis of oral drugs in migraine prevention-part 1: amitriptyline.** *J Headache Pain.* 2023 Apr 11;24(1):39. doi: 10.1186/s10194-023-01573-6.

Corder G, Castro DC, Bruchas MR, Scherrer G. **Endogenous and exogenous opioids in pain.** *Annu Rev Neurosci* 41: 453–473, 2018. doi:10.1146/annurev-neuro-080317-061522.

Faouzi A, Varga BR, Majumdar S. **Biased opioid ligands.** *Molecules* 25: 4257, 2020. doi:10.3390/molecules25184257.

Onali P, Dedoni S, Olianas MC. **Direct agonist activity of tricyclic antidepressants at distinct opioid receptor subtypes.** *J Pharmacol Exp Ther.* 2010 Jan;332(1):255-65. doi: 10.1124/jpet.109.159939.

Jeong B, Song YP, Chung JY, Park KC, Kim J, So I, Hong C. **Low concentrations of tricyclic antidepressants stimulate TRPC4 channel activity by acting as an opioid receptor ligand.** *Am J Physiol Cell Physiol.* 2023 Jun 1;324(6):C1295-C1306. doi: 10.1152/ajpcell.00535.2022.

Gravel J, Boutis K, Tang K, Beauchamp MH, Freedman SB, Dubrovsky AS, Gagnon I, Momoli F, Zemek R. **Association between ondansetron use and symptom persistence in children with concussions: A 5P substudy.** *CJEM.* 2019 Mar;21(2):204-210. doi: 10.1017/cem.2018.384.

Master CL, Master SR, Wiebe DJ, Storey EP, Lockyer JE, Podolak OE, Grady MF. **Vision and Vestibular System Dysfunction Predicts Prolonged Concussion Recovery in Children.** *Clin J Sport Med.* 2018 Mar;28(2):139-145. doi: 10.1097/JSM.0000000000000507.

Zamani M, Namdar B, Azizkhani R, Ahmadi O, Esmailian M. **Comparing the Antiemetic Effects of Ondansetron and Metoclopramide in Patients with Minor Head Trauma.** *Emerg (Tehran).* 2015 Fall;3(4):137-40.

Cooke CE, Mehra IV. **Oral ondansetron for preventing nausea and vomiting.** *Am J Hosp Pharm.* 1994;51(6):762-71.

AL JAADI, S.; AL KINDI, Y.; AL-SAAD, T. **Safety of metoclopramide in traumatic brain injury patients: A systematic review of literature.** Romanian Neurosurgery, [S. l.], v. 34, n. 4, p. 512-517, 2020. DOI: 10.33962/roneuro-2020-087.

Feiz Disfani H, Kamandi M, Hoseini SB, Shirazi N, Panahi M. **Nausea control in mild head trauma patients: Effectiveness of metoclopramide and ondansetron in the emergency department in a double-blind study.** Caspian J Intern Med. 2022 Fall;13(4):699-704. doi: 10.22088/cjim.13.4.699.

Bresee N, Aglipay M, Dubrovsky AS, Ledoux AA, Momoli F, Gravel J, Freedman SB, Barlow K, Richer L, Barrowman NJ, Zemek R, Pediatric Emergency Research Canada (PERC) 5P concussion team. **No association between metoclopramide treatment in ED and reduced risk of post-concussion headache.** Am J Emerg Med. 2018 Dec;36(12):2225-2231. doi: 10.1016/j.ajem.2018.04.007.

Kuczynski A, Crawford S, Bodell L, Dewey D, Barlow KM. **Characteristics of post-traumatic headaches in children following mild traumatic brain injury and their response to treatment: a prospective cohort.** Dev Med Child Neuro. 2013;55:636-641. doi: 10.1111/dmcn.12152.

Dehghan F, Khaksari Hadad M, Asadikram G, Najafipour H, Shahrokhi N. **Effect of melatonin on intracranial pressure and brain edema following traumatic brain injury: role of oxidative stresses.** Arch Med Res. 2013;44:251-258. doi: 10.1016/j.arcmed.2013.04.002.

Maldonado MD, Murillo-Cabezas F, Terron MP, Flores LJ, Tan DX, Manchester LC, Reiter RJ. **The potential of melatonin in reducing morbidity-mortality after craniocerebral trauma.** J Pineal Res. 2007;42:1-11. doi: 10.1111/j.1600-079X.2006.00376.x.

Carpentieri A, Díaz de Barboza G, Areco V, Peralta López M, Tolosa de Talamoni N. **New perspectives in melatonin uses.** *Pharmacol Res.* 2012;65:437–444. doi: 10.1016/j.phrs.2012.01.003.

Barlow KM, Brooks BL, MacMaster FP, Kirton A, Seeger T, Esser M, Crawford S, Nettel-Aguirre A, Zemek R, Angelo M, Kirk V, Emery CA, Johnson D, Hill MD, Buchhalter J, Turley B, Richer L, Platt R, Hutchison J, Dewey D. **A double-blind, placebo-controlled intervention trial of 3 and 10 mg sublingual melatonin for post-concussion syndrome in youths (PLAYGAME): study protocol for a randomized controlled trial.** *Trials.* 2014 Jul 7;15:271. doi: 10.1186/1745-6215-15-271.

Campolo M, Ahmad A, Crupi R, Impellizzeri D, Morabito R, Esposito E, Cuzzocrea S. **Combination therapy with melatonin and dexamethasone in a mouse model of traumatic brain injury.** *J Endocrinol.* 2013;217:291–301. doi: 10.1530/JOE-13-0022.

Ozdemir D, Tugyan K, Uysal N, Sonmez U, Sonmez A, Acikgoz O, Ozdemir N, Duman M, Ozkan H. **Protective effect of melatonin against head trauma-induced hippocampal damage and spatial memory deficits in immature rats.** *Neurosci Lett.* 2005;385:234–239. doi: 10.1016/j.neulet.2005.05.055.

Borlongan CV, Yamamoto M, Takei N, Kumazaki M, Ungsuparkorn C, Hida H, Sanberg PR, Nishino H. **Glial cell survival is enhanced during melatonin-induced neuroprotection against cerebral ischemia.** *FASEB J.* 2000;14:1307–1317. doi: 10.1096/fj.14.10.1307.

Görgülü A, Palaoglu S, Ismailoglu Ö, Tuncel M, Sürücü MT, Erbil M, Kılıç K. **Effect of melatonin on cerebral edema in rats.** *Neurosurgery.* 2001;49:1434. doi: 10.1097/00006123-200112000-00024.

Yousaf F, Seet E, Venkatraghavan L, Abrishami A, Chung F. **Efficacy and safety of melatonin as an anxiolytic and analgesic in the perioperative period: a qualitative systematic review of randomized trials.** *Anesthesiology*. 2010;113:968-976. doi: 10.1097/ALN.0b013e3181e7d626.

van Geijlswijk IM, van der Heijden KB, Egberts ACG, Korzilius HPLM, Smits MG. **Dose finding of melatonin for chronic idiopathic childhood sleep onset insomnia: an RCT.** *Psychopharmacology (Berl)* 2010;212:379-391. doi: 10.1007/s00213-010-1962-0.

Peres MFP, Zukerman E, da Cunha Tanuri F, Moreira FR, Cipolla-Neto J. **Melatonin, 3 mg, is effective for migraine prevention.** *Neurology*. 2004;63:757. doi: 10.1212/01.wnl.0000134653.35587.24.

Alstadhaug KB, Odeh F, Salvesen R, Bekkelund SI. **Prophylaxis of migraine with melatonin: a randomized controlled trial.** *Neurology*. 2010;75:1527-1532. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181f9618c.

Barlow KM, Brooks BL, Esser MJ, Kirton A, Mikrogianakis A, Zemek RL, MacMaster FP, Nettel-Aguirre A, Yeates KO, Kirk V, Hutchison JS, Crawford S, Turley B, Cameron C, Hill MD, Samuel T, Buchhalter J, Richer L, Platt R, Boyd R, Dewey D. **Efficacy of Melatonin in Children With Postconcussive Symptoms: A Randomized Clinical Trial.** *Pediatrics*. 2020 Apr;145(4):e20192812. doi: 10.1542/peds.2019-2812.

Barlow KM, Kirk V, Brooks B, Esser MJ, Yeates KO, Zemek R, Kirton A, Mikrogianakis A, MacMaster F, Nettel-Aguirre A, Hutchison J, Turley B, Cameron C, Hill M, Boyd R, Dewey D. **Efficacy of Melatonin for Sleep Disturbance in Children with Persistent Post-Concussion Symptoms: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial.** *J Neurotrauma*. 2021 Apr 15;38(8):950-959. doi: 10.1089/neu.2020.7154.

Al-Adawi S, Al-Naamani A, Jaju S, Al-Farsi YM, Dorvlo ASS, Al-Maashani A, Al-Adawi SSH, Moustafa AA, Al-Sibani N, Essa MM, Burke DT, Qoronfleh MW. **Methylphenidate improves executive functions in patients with traumatic brain injuries: a feasibility trial via the idiographic approach.** BMC Neurol. 2020 Mar 19;20(1):103. doi: 10.1186/s12883-020-01663-x. PMID: 32192470; PMCID: PMC7081568.

Rabinowitz AR, Watanabe TK. **Pharmacotherapy for Treatment of Cognitive and Neuropsychiatric Symptoms After mTBI.** J Head Trauma Rehabil. 2020 Jan/Feb;35(1):76-83. doi: 10.1097/HTR.0000000000000537. PMID: 31834058; PMCID: PMC6940511.

Welling, LC, Rabelo, NN, Yoshikawa, MH, Telles, JPM, Teixeira, MJ, & Figueiredo, EG. (2021). **Efficacy of topiramate as add-on therapy in patients with refractory status epilepticus: a brief systematic review.** Brazilian Journal of Intensive Care , 33 (3), 440–444. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210054>

Bragatti, J. A., Torres, C. M., Netto, C. B. O., Vedolin, L., Garzon, E., Rieder, C. R. de M., Schwartz, I. V. D., & Bianchin, M. M.. (2011). **Topiramate is effective for status epilepticus and seizure control in neuraminidase deficiency.** Arquivos De Neuro-psiquiatria, 69(3), 565–566. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X201100040003>.

Conti F, McCue JJ, DiTuro P, Galpin AJ, Wood TR. **Mitigating Traumatic Brain Injury: A Narrative Review of Supplementation and Dietary Protocols.** Nutrients. 2024 Jul 26;16(15):2430. doi: 10.3390/nu16152430. PMID: 39125311; PMCID: PMC11314487.

Finnegan E, Daly E, Pearce AJ, Ryan L. **Nutritional interventions to support acute mTBI recovery.** *Front Nutr.* 2022 Oct 14;9:977728. doi: 10.3389/fnut.2022.977728. PMID: 36313085; PMCID: PMC9614271.

Feinberg C, Carr C, Zemek R, Yeates KO, Master C, Schneider K, Bell MJ, Wisniewski S, Mannix R. **Association of Pharmacological Interventions With Symptom Burden Reduction in Patients With Mild Traumatic Brain Injury: A Systematic Review.** *JAMA Neurol.* 2021 May 1;78(5):596-608. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.5079. PMID: 33464290.

Rahmani E, Lemelle TM, Samarbafzadeh E, Kablinger AS. **Tratamento farmacológico de agitação e/ou agressão em pacientes com lesão cerebral traumática: uma revisão sistemática de revisões.** *J Head Trauma Rehabil.* 2021 Jul-Ago 01;36(4):E262-E283. doi: 10.1097/HTR.0000000000000656. PMID: 33656478.

Jackson JL, Mancuso JM, Nickoloff S, Bernstein R, Kay C. **Tricyclic and Tetracyclic Antidepressants for the Prevention of Frequent Episodic or Chronic Tension-Type Headache in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis.** *J Gen Intern Med.* 2017 Dec;32(12):1351-1358. doi: 10.1007/s11606-017-4121-z. Epub 2017 Jul 18. PMID: 28721535; PMCID: PMC5698213.

A prática da Terapia Ocupacional, com suas abordagens holísticas e centradas no paciente, tem se mostrado indispensável na promoção da saúde e bem-estar de indivíduos em diversos contextos. Com o avanço da medicina e da farmacologia, a integração entre a Terapia Ocupacional e o manejo farmacológico se tornou uma necessidade emergente para um cuidado mais eficaz e completo. É nesse cenário que apresentamos a obra “Atuação do Terapeuta Ocupacional na Interface com a Terapêutica Farmacológica”, uma contribuição valiosa para a literatura e prática clínica.

Neste livro, buscamos oferecer uma visão abrangente e prática sobre como a Terapia Ocupacional pode atuar em conjunto com a terapêutica farmacológica para melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos pacientes. A obra é fruto da colaboração entre profissionais de diversas áreas da saúde, trazendo uma perspectiva multidisciplinar essencial para o entendimento e aplicação das práticas propostas.

O objetivo principal deste livro é integrar os conhecimentos da Terapia Ocupacional com a farmacologia, destacando a importância da colaboração entre terapeutas ocupacionais e farmacêuticos. Buscamos fornecer estratégias e ferramentas práticas que possam ser facilmente implementadas na prática clínica, visando aprimorar os cuidados com os pacientes.

Convidamos todos os profissionais de saúde, pesquisadores e estudantes a embarcar nesta jornada de conhecimento. Acreditamos que este livro não só ampliará suas perspectivas sobre a prática clínica integrada, mas também fornecerá ferramentas práticas para a implementação de cuidados mais completos e eficazes.

A realização desta obra só foi possível graças à dedicação e colaboração de inúmeros profissionais e instituições que acreditam na importância da integração entre a Terapia Ocupacional e a terapêutica farmacológica. A todos que contribuíram direta ou indiretamente, nosso sincero agradecimento.

RFB Editora

CNPJ: 39.242.488/0001-07

91985661194

www.rfbeditora.com

adm@rfbeditora.com

Tv. Quintino Bocaiúva, 2301, Sala 713, Batista Campos,
Belém - PA, CEP: 66045-315

