

EXPERIÊNCIA DA INTERCONSULTA COM MÉDICO-FARMACÊUTICO NA AVALIAÇÃO DE IDOSA POLIMEDICADA COM RISCO DE HIPONATREMIA: ANÁLISE DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM FOCO NA PREVENÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES

NOLETO, C.S.A¹ - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL – CASSI - MA; DOS SANTOS, M.S.B.² - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL – CASSI - MA; CARNEIRO, E.M.D.² CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL – CASSI - MA

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Até 2030, 1 em cada 6 pessoas no mundo terá 60 anos ou mais. Até 2050, a população mundial de pessoas com 60 anos ou mais dobrará (2,1 bilhões). Espera-se que o número de pessoas com 80 anos ou mais triplique entre 2020 e 2050, chegando a 426 milhões (WHO, 2024). A transição demográfica no Brasil corrobora com o que ocorre nos demais países desenvolvidos e em desenvolvimento no mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil, em 2016, tinha a quinta maior população idosa do mundo, e, em 2030, o número de idosos ultrapassará o total de crianças entre zero e 14 anos.

Atrelado ao envelhecimento populacional, há mudança no cenário de saúde onde as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passam a ser incidentes e prevalentes, destacando-se como um importante desafio de saúde pública, pela morbidade e mortalidade que causam. O estudo conduzido por Duncan e cols. (2012) mostra que, no Brasil, 72,4% das mortes em idosos foram ocasionadas pelas DCNTs, confirmando que as políticas em saúde voltadas a esse grupo de doenças não reduzem os agravos em saúde na população idosa (DUNCAN, CHOR, AQUINO, BENSENOR, MILL, & SCHMIDT, 2012).

Atuar na prevenção e controle de DCNT está entre os principais desafios dos sistemas de saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) um papel relevante na identificação, manejo e acompanhamento de tais condições, evitando complicações que podem ser irreversíveis, principalmente em se tratando de população idosa. Uma equipe de APS composta por diferentes profissionais agrega saberes e práticas na estruturação de um cuidado consistente e com desfechos sanitários relevantes (BARRETO, et al., 2015).

A hiponatremia é um distúrbio eletrolítico caracterizado por sódio sérico inferior a cento e trinta e cinco miliequivalentes por litro. A idade é fator de risco e indivíduos mais velhos fazem parte do grupo com maior probabilidade para sua ocorrência. Náuseas, vômitos, cefaleia, estupor, coma e convulsões estão associados à hiponatremia aguda, e comprometimento cognitivo e alteração da marcha estão relacionados à forma crônica. O uso de determinados medicamentos também contribui para esse processo (anti-inflamatórios não esteroidais, inibidores da recaptação de serotonina, diuréticos tiazídicos, barbitúricos, carbamazepina, clorpropamida, opioides). Ademais, esse distúrbio também prolonga o tempo de internação e eleva os custos hospitalares (BASER, et al., 2022).

A literatura mostra que há maior risco de mortalidade em indivíduos com hiponatremia, aumento no tempo de internação e reinternação associada a elevação de custos hospitalares. Nos idosos, a mortalidade é maior quando

comparados a indivíduos normotrêmicos (MANNESSE et al, 2012). Auriemma et al., (2018) mostraram em seus estudos que indivíduos idosos apresentaram alta frequência de hiponatremia associada a polifarmácia e aumento no tempo de permanência hospitalar.

As tecnologias do cuidado em saúde dizem respeito a tudo o que é utilizado como instrumento para levar cuidado a outras pessoas e, dessa forma, o próprio profissional pode ser considerado tecnologia em suas interações. O conjunto de conhecimentos que o profissional detém, a maneira como ele interage com o usuário, bem como as estratégias utilizadas na operacionalização do cuidado constituem-se tecnologias do cuidado em saúde (KOERICH et al,2006). Diante disso, a interconsulta apresenta-se como uma ferramenta que garante o atendimento multidisciplinar compartilhado.

2. OBJETIVO

- Demonstrar a importância da interconsulta entre médico e farmacêutico, na avaliação de paciente idosa, polimedicada, com risco de hiponatremia, através da análise de interações medicamentosas, com foco na prevenção de internações hospitalares;
- Estimar o custo evitado no manejo de hiponatremia leve em paciente idosa, polimedicada, com risco de hiponatremia, atendida em uma clínica de Atenção Primária à Saúde (APS) de uma operadora de saúde, quando comparado aos custos de uma internação hospitalar por hiponatremia, em um hospital da rede credenciada;

3. MÉTODOS

Estudo descritivo do tipo relato de experiência referente à condução de caso clínico ocorreu em abril de 2025, numa clínica de APS, de uma operadora de saúde, em São Luís/MA. A organização do trabalho compreendeu na realização de interconsultas de acolhimento (1ª consulta) e retorno, por médico da família e farmacêutico. Utilizou-se como métodos de análise: anamnese de consulta farmacêutica (avaliada: histórica social e clínica, grau de adesão a terapia e farmacoterapia atual), discussão interdisciplinar, prontuário eletrônico, base de dados Up to Date, 2025, elaboração do plano de cuidado e dados sobre custos hospitalares via sistema institucional.

4. RESULTADOS

As interconsultas foram realizadas em uma paciente de 82 anos, sexo feminino, polimedicada (quadro 1), com média de adesão à farmacoterapia (SCORE 2 - Morisky-Green), com queixa de insônia, hiponatremia de repetição (130 miliequivalentes por litro – mEq/L), constipação, tontura, fraqueza e pós-operatório tardio de cirurgia de quadril na primeira consulta.

Após análise da farmacoterapia da paciente pelo farmacêutico, foram identificadas as interações medicamentosas conforme exposto no quadro 2.

Quadro 1: Farmacoterapia atual da paciente na primeira consulta.

Fármaco	Posologia	Indicação	Hiponatremia?
Rivaroxabana 5 mg	01 comprimido a tarde	Prevenção de tromboembolismo venoso	NÃO
Duloxetina 30 mg	01 comprimido pela manhã	Antidepressivo	SIM
Duloxetina 60 mg	01 comprimido pela manhã	Antidepressivo	SIM
Mirtazapina 15 mg	01 comprimido a noite	Insônia	SIM
Quetiapina 25 mg	01 comprimido a noite	Insônia	SIM
Macrogol 3350	01 sache após almoço	Constipação	NÃO
Macrogol 3350	01 sache após café	Constipação	NÃO

Fonte: Up to date, 2025.

Quadro 2: Interações medicamentosas detectadas via base de dados Up to Date.

Medicamento 1	Medicamento 2	Classificação Da Interação	Efeito Clínico
Rivaroxabana	Duloxetina	Risco C (monitorar terapia)	Risco aumentado de sangramento.
Mirtazapina	Duloxetina	Risco C (monitorar terapia)	Risco de síndrome serotoninérgica.
Quetiapina	Duloxetina	Risco C (monitorar terapia)	Risco de síndrome serotoninérgica.
Mirtazapina	Quetiapina	Risco C (monitorar terapia)	Risco de prolongamento QT.

Fonte: Up to Date, 2025.

Foram identificados os seguintes Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs):

- **Segurança (RAM):** quetiapina e mirtazapina - causam constipação crônica, hipotensão ortostática e alto risco de queda, devido ao alto efeito anticolinérgico desses fármacos.
- **Segurança (RAM):** mirtazapina, quetiapina, duloxetina - causam hiponatremia especialmente na população idosa.
- **Indicação: Duplicidade terapêutica:** duloxetina e duloxetina – suspender um dos itens.

- **Indicação: Duplicidade terapêutica:** muvinlax e peglax – suspender um dos itens. Fonte: up to date, 2025.

Após anamnese e análise da terapia farmacológica foi realizada discussão interdisciplinar com médico de família e proposto o seguinte plano terapêutico: Sugerida suspensão de duloxetina e macrogol por duplicidade terapêutica, sugerida otimização de dose de laxativos e cessar uso assim que o medicamento for efetivo (para manejo de constipação), sugerido monitoramento de sódio (por hiponatremia), hemograma (pelo risco de sangramento), função renal, estimulado o consumo de água e fibras na dieta, orientado sobre a importância de cumprir os horários dos medicamentos para garantir efetividade terapêutica e melhorar a adesão, excluídos quetiapina e mirtazapina e introduzidos melatonina e trazodona 50 mg/dia, para manejo de insônia. Foram solicitados exames para monitoramento de sódio, função tireoideana (T4, TSH), hemograma e função renal. Agendada consulta de retorno.

Durante consulta de retorno, paciente informa resultado dos exames com sódio normalizado (135 mEq/L) e sem queixas relacionadas a insônia e constipação.

Quadro 3: Queixas relatadas em interconsulta e desfecho clínico do caso.

1ª Consulta (18/04/25)	Retorno (23/04/25)	Desfecho
Hiponatremia de repetição (130 mEq/L)	Ajuste medicamentoso 135 mEq/L	Sódio normalizado
Constipação	Ajuste medicamentoso e educação em saúde	Sem queixas
Insônia	Ajuste medicamentoso	Sem queixas
Dor crônica	Ajuste medicamentoso	Queixa persiste

Fonte: Próprio autor, 2025.

Foram elencados e mensurados os custos de materiais, medicamentos e estrutura necessários ao manejo de hiponatremia em uma clínica de APS, de uma operadora de saúde em São Luís – MA, e comparados aos custos desse manejo em uma internação hospitalar de uma rede credenciada em São Luís – MA de um paciente hiponatrêmico. As informações foram coletadas mediante sistema institucional e fornecedores nacionais, conforme descrito no quadro 4. Após análise de dados, foi verificado um custo evitado de 3.860,65 reais para a operadora de saúde, por meio do manejo clínico na APS, mediante cuidado multiprofissional que resultou em melhora no desfecho clínico, evitando uma possível internação hospitalar e exposição de um paciente idoso frágil aos riscos de um ambiente hospitalar, como infecção, broncoaspiração e queda.

Quadro 4: Custo evitado do manejo de hiponatremia em uma clínica de APS, de uma operadora de saúde, quando comparado a um hospital da rede credenciada.

Item	Quantidade (Unidade)	Serviços Próprios (R\$)	Hospital Rede Credenciada (R\$)
Equipo de infusão	01	27,31	1443,80
Cateter intravenoso	01	1,22	18,04
Soro fisiológico 0,9% (cloreto de sódio)	01	11,50	15,90

Bombas de infusão	01	-	1023,00
Álcool 70%	01	0,89	15,90
Luvras descartáveis	01	1,75	4,13
Gaze estéril	01	0,70	0,29
Fita micropore	01	6,00	85,17
Cloreto de sódio 3% (hipertônico)	01	-	0,67
Diária de UTI	01	-	1303,12
TOTAL (R\$)		49,37	3.910,02
CUSTO EVITADO (R\$):		3.860,65	

Fonte: O próprio autor.

5. CONCLUSÃO

O processo de envelhecimento traz consigo o surgimento de doenças crônicas que são relacionadas a essa fase da vida, associada ao uso contínuo de múltiplos fármacos, caracterizando a polifarmácia. Essa se faz necessária em muitos casos, mas o uso irracional de medicamentos na população idosa traz riscos à saúde, e o farmacêutico clínico como parte da equipe multiprofissional se torna essencial nesse processo, uma vez que atua no gerenciamento da farmacoterapia, tornando-a mais segura possível ao paciente, através da análise técnica da terapia farmacológica, detecção de interações medicamentosas, incompatibilidades, reações e eventos adversos relacionados a medicamentos e seu manejo, doses, dentre outros.

Uma APS estruturada, consistente, com equipes multiprofissionais qualificadas, cumprem um papel relevante na identificação, manejo e acompanhamento de condições crônicas, evitando complicações que geram custos evitáveis ao sistema de saúde.

Diante disso, estudo a importância do manejo clínico multiprofissional de uma equipe de APS, neste caso, Médico de Família e Farmacêutico, em uma paciente idosa que buscou espontaneamente o serviço próprio de uma operadora de saúde. A intervenção compartilhada na avaliação desta paciente, com DCNTs, associada ao uso crônico de múltiplos fármacos, permitiu uma atuação multiprofissional que resultou na melhora de sua condição clínica, prevenindo internações hospitalares por fatores decorrentes de interações medicamentosas.

A condução do caso demonstrou a importância da interconsulta como tecnologia de cuidado compartilhado, potencializando a resolutividade e evitando desfechos favoráveis de quadros clínicos complexos.

Marcelo Camparo Bonates


