

tágios deste e como aconselhar crianças e adolescentes com necessidades especiais originadas da cultura, sexo, incapacidade, dificuldades de aprendizagem, comportamento ou estado de saúde.

Todo farmacêutico tem a responsabilidade de adquirir as habilidades necessárias para servir às populações locais, incluindo subgrupos. Deste modo, a educação profissional de farmacêuticos deve equipá-los e motivá-los a educar crianças e adolescentes e seus pais sobre medicamentos, devendo incluir educação sobre:

- As habilidades necessárias para comunicar, de forma efetiva, informação sobre medicamentos a crianças e adolescentes;
- Como ajudar os pais a garantir que seus próprios comportamentos forneçam um bom modelo de uso responsável de medicamentos para seus filhos;
- Como ajudar os pais a transferir gradualmente a responsabilidade do uso dos medicamentos a seus filhos, enquanto eles crescem; e
- Como ajudar crianças, adolescentes e pais a adquirirem e avaliarem a informação sobre medicamentos.

Os farmacêuticos, reconhecidos como especialistas em medicamentos, devem desempenhar um papel de liderança na defesa e coordenação deste processo junto a outros profissionais da saúde, associações profissionais, governos locais e nacional, autoridades em saúde pública, organizações de pais, grupos de apoio a consumidores e pacientes, educadores e a mídia.

Diante destes antecedentes, a FIP recomenda:

1. Os farmacêuticos, com a cooperação dos pais ou tutores e normalmente na sua presença, deveriam se comunicar diretamente com as crianças em idade escolar sobre seus medicamentos, tanto os prescritos como os não-prescritos. Quando apropriado, os farmacêuticos deveriam, adicionalmente a qualquer informação impressa exigida pela legislação ou padrões técnicos, fornecer material escrito que, em seu julgamento profissional, seja apropriado para crianças e

adolescentes do grupo etário específico, para suplementar a informação fornecida, verbalmente.

2. Os farmacêuticos deveriam estimular as crianças e adolescentes a perguntar sobre seus medicamentos, no momento da dispensação e posteriormente.
3. As associações profissionais deveriam desenvolver materiais auxiliares para os farmacêuticos ajudarem os pais na educação de seus filhos sobre como usar os medicamentos apropriadamente e onde encontrar e avaliar informação sobre eles.
4. Quando possível, os farmacêuticos deveriam promover, proativamente, o conceito de educação infantil sobre medicamentos, falando com professores, pais e grupos comunitários.
5. As associações profissionais de farmácia, em cooperação com outras associações de profissionais da saúde, autoridades educacionais em escolas de saúde e a mídia, deveriam coordenar a educação sobre medicamentos para crianças e adolescentes, promovendo o conceito de que esta deva ser incluída no currículo educacional das escolas de saúde, desde os primeiros anos dos cursos.
6. Pesquisas deveriam ser empreendidas para identificar e superar barreiras ao aconselhamento farmacêutico sobre medicamentos a crianças, adolescentes e pais.
7. A comunicação com as crianças, adolescentes e seus pais deveria ser uma parte integrante da formação e de programas de educação continuada para farmacêuticos. Somado a isso, quando possível, dever-se-ia incorporar experiências em comunicação com crianças e adolescentes sobre seus medicamentos a programas de residência e pós-graduação.

(Traduzido de International Pharmaceutical Federation. FIP Statement of principle the pharmacist's responsibility and role in teaching children and adolescents about medicines in healthcare. Documento aprovado, durante o Congresso Mundial de Farmácia e Ciências Farmacêuticas de 2001, 61º Congresso Internacional da FIP, Singapura, 1 a 6 de Setembro de 2001).

FARMACOVIGILÂNCIA

Organização Mundial da Saúde - QSM/MC/IEA.102
09 Agosto de 2001 - Alerta No. 102

Retirada voluntária da cerivastatina
Notificações de rabdomiólise

EUA. A Divisão Farmacêutica da Bayer anunciou sua

decisão de retirar o produto Baycol® (cerivastatina) do mercado dos Estados Unidos, após notificações de rabdomiólise, uma reação adversa severa que atinge os músculos, podendo, algumas vezes, ter conseqüências fatais. A FDA concordou e apoiou esta decisão.

O Baycol® (cerivastatina) foi aprovado, nos Estados Unidos, em 1997. A cerivastatina pertence a um grupo de fár-

macos redutores do colesterol chamados de “statinas”. Embora todas as “statinas” possam potencialmente causar esta perigosa reação muscular, a rabdomiólise aparece mais frequente com a cerivastatina, especialmente quando usada em doses elevadas, em idosos, ou quando tomada juntamente com a genfibrozila, outro fármaco redutor do colesterol.

Neste contexto, pode-se notar que a Bayer retirou todas as formas de Bayacol / Lipobay com efeito imediato, através do mundo (exceto no Japão onde a genfibrozila não está disponível). A companhia também está recolhendo do mercado os estoques do produto. (Nota do tradutor: No Brasil, a cerivastatina era comercializada sob os nomes Lipobay® (Bayer) e Cerivast® (Asta)).

A lovastatina, pravastatina, sinvastatina, fluvastatina e a atorvastatina e cinco outras “statinas” podem ser usadas como alternativas à cerivastatina. (Nota do tradutor: Estes fármacos alternativos, do grupo das “statinas”, estão disponíveis, no Brasil, sob diversas apresentações e fabricantes).

Referências: FDA Talk Paper T01-34 dated 8 August 2001; Australian Adverse Drugs Reaction Bulletin 20:2, Feb 2001.

PRVS. Produtos e Resoluções em Vigilância Sanitária: Módulo Gold. Versão 1.3.3. Base de dados eletrônica. São Paulo: Optionline Database & Training. 2001.

Medicamentos em observação

As comunidades científicas nacional e internacional têm dado atenção especial à ocorrência de reações adversas, interações medicamentosas ou algum outro tipo de problema, como o uso indiscriminado e desvios de uso de certos medicamentos. Somam-se a isso os casos que chegam ao Cebrim. Se você tem alguma experiência sobre as situações relacionadas abaixo, ou outra qualquer, agradeceríamos receber sua notificação.

Exemplos:

MEDICAMENTOS	PROBLEMAS
Antibióticos	Uso indiscriminado
Diclofenaco intramuscular	Necrose tecidual (Síndrome de Nicolau)
Anorexígenos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas cardiovasculares, no Sistema Nervoso Central e dependência. ▪ Combinações com outros fármacos (ex: ansiolítico, antidepressivo, hormônio tireoideano, diurético, laxativo, etc.)
Tiratricol (Triac), liotironina (T3), levotiroxina (T4)	Uso para emagrecimento e tratamento de obesidade na ausência de hipotireoidismo
Gangliosídeos cerebrais	Ineficácia e reações adversas
“STATINAS” (ex: sinvastatina, pravastatina, lovastatina, etc)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interação com fibratos (ex: genfibrozila, fenofibrato, benzafibrato, etc) podendo provocar rabdomiólise (ver Alerta OMS n° 102, acima).

DIA-A-DIA

Questão 1 – SI n° 725/01

A Pediatria deste hospital esta mudando o protocolo terapêutico com a penicilina cristalina no tratamento das pneumonias. Ao invés de usá-la, rotineiramente, de 6/6h, será administrada de 4/4h. Os pediatras alegam que com este protocolo estarão evitando que se selecione cepas resistentes do Pneumococo.

RESPOSTA

Evidências recentes indicam que os pacientes hospitalizados por pneumonia pneumocócica causada por cepas correntemente definidas como intermediariamente sensíveis à penicilina (MIC=0,12-1,0 mcg/mL) respondem bem ao tratamento com doses intravenosas adequadas de beta-lactâmicos (e.g. 100.000 a 300.000 U / kg / dia, de penicilina G, para crianças acima de 1 mês, dividida em 4 a 6 doses - 6/

6 ou 4/4 horas).¹ Nos Estados Unidos, o “Drug-Resistant Therapeutic Working Group, Centers for Disease Control and Prevention” (Grupo de Trabalho para o Tratamento de Streptococcus pneumoniae Resistente a Antibióticos, do Centro de Controle e Prevenção de Doenças) publicou, em 2000, um relatório com os seguintes dados sobre o uso de penicilina G no tratamento de pneumonia:¹

- Boa evidência de eficácia clínica - cobre no mínimo 90% de pneumococos sensíveis (MIC de até 0,06 mcg / mL) ou pneumococos com sensibilidade intermediária (MIC de 0,12 a 1 mcg / mL);
- Eficácia clínica provável - cobre no mínimo 75% de pneumococos resistentes (MIC de 2 mcg / mL);
- Baixa evidência de eficácia clínica - cobre no mínimo 40% de pneumococos resistentes (MIC de 4 mcg / mL);
- Sem evidência de eficácia clínica - cobre menos de 40%