

# ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

*Série Boletins*

## ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL NA INSUFICIÊNCIA ADRENAL

Juliana D. S. Caetano, Selma Rodrigues de Castilho, Vania Santos



Outubro, 2017.

## **Apresentação**

As glândulas adrenais estão localizadas em cima de cada rim e secretam três classes de hormônios: glicocorticoides, mineralocorticoides e andrógenos. A Insuficiência Adrenal (IA) ocorre quando as glândulas suprarrenais produzem uma quantidade insuficiente de uma ou mais dessas classes de hormônios (NIEMAN, 2017).

A IA é uma doença potencialmente fatal e se divide em três tipos: a Insuficiência Adrenal Primária (IAP) ou doença de Addison, a Insuficiência Adrenal Secundária (IAS) e Insuficiência Adrenal Terciária (IAT). A detecção precoce da IA pode ser difícil, já que os sintomas costumam ser inespecíficos, dificultando o diagnóstico. Com um tratamento adequado e precauções adicionais, os pacientes acometidos por esta doença podem ter expectativa de vida ativa e normal (NIEMAN, 2017; EKMAN et al., 2014).

A IAP, descrita pela primeira vez, em 1855, por Thomas Addison, pode ter causa genética ou adquirida, e é definida pela incapacidade do córtex adrenal de produzir quantidades suficientes de glicocorticoides e / ou mineralocorticoides sendo caracterizada por baixa produção de cortisol e alta quantidade de ACTH, pois a deficiência de cortisol resulta por feedback em uma estimulação da produção de ACTH, elevando seus níveis plasmáticos (CASTRO&ELIAS, 2003; BORNSTEIN et al., 2016).

A IAP é uma condição grave e potencialmente fatal devido ao papel central desses hormônios na manutenção da energia do organismo, controles de sal e da homeostase fluida, sendo caracterizada por sinais e sintomas, incluindo fraqueza, fadiga, anorexia, escurecimento da pele, perda de peso, náuseas e vômitos. O desejo por sal é o único sintoma específico desta síndrome e o atraso frequente no diagnóstico pode resultar numa crise aguda com risco de vida (BORNSTEIN et al., 2016; HUSEBYE et al., 2014).

IAS decorre de uma falência hipofisária em secretar o principal hormônio estimulador do córtex adrenal, o ACTH. A baixa produção de ACTH pode ser causada por deficiência hipofisária ou hipotalâmica; neste último caso, ocorre redução da secreção do hormônio liberador de ACTH pelo hipotálamo (CRH), caracterizando IAT. Os sintomas da IAS e IAT são semelhantes as da IAP, com poucas diferenças como exemplo a menor frequência de aparecimento de sinais como o escurecimento da pele, desidratação e sintomas gastrointestinais. Os sintomas de hipoglicemia são mais comuns, incluindo transpiração, ansiedade, agitação, náuseas entre outros (NIEMAN, 2017).

A causa mais comum de IAS é a interrupção abrupta da terapia com glicocorticoides exógenos, já que durante a corticoterapia a secreção de ACTH fica suprimida, com subsequente atrofia adrenal. No momento da retirada ou redução do aporte de corticoide exógeno, principalmente após tratamento prolongado, o paciente pode apresentar sintomas de IA (QUINKLER et al., 2013).

Sidoroff e Kolho (2014), afirmam que fatores genéticos relacionados à sensibilidade aos glicocorticoides e a absorção intestinal, podem ser condições adicionais neste processo. Os mesmos autores, em um estudo com pacientes pediátricos recomendam que crianças que tenham recebido tratamento com corticoide sistêmico por mais de duas semanas devem ser avaliadas quanto à possibilidade de IA.

A crise adrenal refere-se à fase aguda da doença, a situação mais grave, temida e com risco de vida. Os sinais mais comuns são o choque, desidratação e desequilíbrio de níveis de sódio e potássio no corpo. O choque pode ser precedido por febre, náuseas, vômitos e dor abdominal; fraqueza ou fadiga; e confusão. A crise adrenal geralmente ocorre após uma infecção, trauma ou outro componente que representa estresse para o organismo, situação em que há maior necessidade de produção dos hormônios. Esta condição exige tratamento médico de emergência, com

aporte de corticoide extra e correção do desequilíbrio salino. Após o procedimento emergencial inicial é importante tratar o fator de estresse causador da crise adrenal (NIEMAN, 2017).

A IAP é considerada uma doença rara, com prevalência entre 0,45-11,7 casos por 100.000 habitantes. Um estudo de São Paulo mostrou que a etiologia autoimune é a mais prevalente (39%), seguida de paracoccidiodomicose (28%), de tuberculose (11%) e de adrenoleucodistrofia (7,3%). Infecções virais, histoplasmose, neoplasias malignas metastáticas e hemorragia adrenal são também causas da doença primária (BRASIL, 2015).

Um estudo de 2017 do Reino Unido apontou uma ocorrência de crise adrenal em IAP de 5,2-8,3 crises / 100 pacientes por ano (SHEPHERD et al., 2017).

A IAS tem prevalência estimada de 150-280 casos/milhão e também afeta mais mulheres que homens, com pico de incidência ao redor dos 60 anos. Entretanto essa prevalência é falseada devido às manifestações da doença ser inespecíficas, não sendo possível estimar o número de pacientes que morrem com a doença sem ter o diagnóstico de IA corretamente estabelecido. Muitos pacientes passam por vários médicos até um diagnóstico correto ser estabelecido e em média 55% das mulheres e 52% dos homens relataram uma ou mais crises adrenais desde o diagnóstico (SHEPHERD et al., 2017; ARLT & ALLOLIO, 2003).

O tratamento da IA consiste na reposição dos hormônios deficientes. O objetivo do tratamento é para aliviar os sintomas da deficiência hormonal sem desenvolver sinais de excesso de hormônio. O tratamento a substituição hormonal geralmente é feito por toda vida, sendo assim o uso correto desses medicamentos é fundamental para reduzir efeitos adversos e prevenir a crise adrenal (NIEMAN, 2017).

A IAP é uma condição crônica que requer adesão à terapia medicamentosa e ajuste adequado de doses e medicamentos para se prevenir a crise adrenal e admissões hospitalares. A adesão terapêutica, por sua vez, está ligada a educação e a compreensão dos pacientes, assim comprovado em outras condições crônicas como diabetes, em que o adequado conhecimento e entendimento demonstraram aumentar a adesão à terapia (SHEPHERD et al., 2017).

A assistência a doentes crônicos exige uma estratégia de integração entre conhecimento médico e o apoio de outros serviços para ser eficiente e fornecer suporte e educação aos pacientes (CALERO & PADILLA, 2014).

Farmacêuticos e suas equipes estão na linha de frente dos cuidados de saúde. Os serviços farmacêuticos são desenvolvidos nos pontos de atenção a saúde, primários, secundários e terciários de forma integrada com a equipe de saúde. A atuação ativa do farmacêutico na equipe multiprofissional é vista como necessária para melhoria do sistema de saúde, principalmente na atenção primária, contribuindo para o incremento do manejo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2014).

O cuidado farmacêutico é constituído por uma ação integrada do profissional farmacêutico com a equipe de saúde. Suas atividades são centradas no usuário e possuem como objetivos a promoção do uso racional de medicamentos, terapias alternativas e complementares, visando promoção, proteção, recuperação de saúde e prevenção de agravos. A atividade assistencial é desempenhada por meios de serviços de clínica farmacêutica bem como atividades técnico-pedagógicas e é direcionada ao indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde (BRASIL, 2014).

O profissional Farmacêutico através de seus conhecimentos e serviços pode contribuir para o incremento da segurança e qualidade de

vida dos pacientes com IA, promovendo o uso adequado dos medicamentos, utilizando práticas como: acolhimento, anamnese e implantação de plano de cuidado; identificando possíveis interações medicamentosas no plano de terapia, fazendo acompanhamento farmacoterapêutico, promovendo educação em saúde com o objetivo de desenvolver autonomia e responsabilidades destes pacientes (CFF, 2016).

Os pacientes com IA crônica precisam ser orientados para desenvolver conhecimentos, habilidades e comportamentos que lhes permitam tomar decisões corretas diante de uma possível descompensação. Uma percepção de risco baixa ou zero pode expor o paciente ao perigo de vida. Não se deve objetivar a educação para tratamento, mas sim a educação como tratamento (CALERO & PADILLA, 2014).

O paciente deve ser orientado a usar um documento, pulseira ou colar, que o identifique como uma pessoa com uma condição crônica, em que constem dados pessoais, tratamento atual, principais elementos clínicos que sugerem estar na presença de um evento agudo e o que fazer para esta situação, bem como número de contato para emergências médicas (BRASIL, 2015; CALERO & PADILLA, 2014).

Estudos em Cuba, Holanda e Estados Unidos recomendam que pacientes portem injeções de hidrocortisona e que eles, seus familiares e amigos devam ser educados quanto ao uso correto do medicamento de emergência (NIEMAN, 2017; PUAR et al., 2016; CALERO & PADILLA, 2014).

Em situações de doenças, procedimentos médicos e cirurgias, o risco de crise adrenal pode ser minimizado fazendo-se ajuste de dose dos medicamentos. Durante a gravidez, as mulheres devem ser monitoradas para um adequado uso dos medicamentos, com dose e horários corretos e o feto deve ter seu crescimento cuidadosamente acompanhado (NIEMAN, 2017).

Desta forma, em um contexto multiprofissional, a adequada gestão da doença vai fornecer ferramentas e conhecimentos necessários ao empoderamento do paciente para a prática do autocuidado (CFF, 2016).

### **Referências bibliográficas**

ARLT, W.; ALLOLIO, B. Adrenal insufficiency. *Lancet*, v.361, p.1881-1893, 2003.

BORNSTEIN, S. R. et al. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, Fevereiro, v.101, n.2, p. 364 -389, 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Insuficiência Adrenal Primária (Doença de Addison), Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. 108p, Brasília, 2014.

CALERO G., Teresa Margarita; PADILLA G., Katrine. La educación terapéutica en pacientes con insuficiencia adrenal crónica. *Rev Cubana Endocrinol*, Ciudad de la Habana , v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

CASTRO M.; ELIAS L. L. K. Insuficiência adrenal crônica e aguda. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 36, p. 375-379, Abr./Dez. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília, 2016.

EKMAN et al.: European Adrenal Insufficiency Registry (EU-AIR): a comparative observational study of glucocorticoid replacement therapy. *BMC Endocrine Disorders*, v.14, p.40, 2014.

HUSEBYE, E. S. et al. Consensus statement on the diagnosis, treatment and follow-up of patients with primary adrenal insufficiency. *J Intern Med*, v.275, p.104–115, 2014.

NIEMAN, L. K. Patient education: Adrenal insufficiency (Addison's disease) (Beyond the Basics). UpToDate. 2017.

PUAR H. K., Troy et al. Adrenal Crisis: Still a Deadly Event in the 21st Century. *The American Journal of Medicine*, v.129, n.3, p.339-e9, 2016.

QUINKLER M. et al. Adrenal cortical insufficiency-a life threatening illness with multiple etiologies. *Dtsch Arztebl Int*, v.110, n.51-52, p.882-8, 2013.

SHEPHERD et al. Exploration of knowledge and understanding in patients with primary adrenal insufficiency: a mixed methods study. *BMC Endocrine Disorders*, v.17, p.47, 2017.

SIDOROFF, M.; KOLHO, K. Screening for adrenal suppression in children with inflammatory bowel disease discontinuing glucocorticoid therapy. *BMC gastroenterology*, v14, n.1, p. 51, 2014.