



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA E FARMACOLOGIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**

**SELEÇÃO E ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO A UMA  
PORTADORA DE TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS**

**TERESINA**

**2012**

## SELEÇÃO E ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO A UMA PORTADORA DE TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Farmácia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

**Orientador:** Prof. Dr. Rivellison Mendes de Freitas

TERESINA  
2012

LÍVIA QUEIROZ DE SOUSA

**SELEÇÃO E ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO A UMA  
PORTADORA DE TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Farmácia da Universidade Federal do Piauí,  
como requisito para a obtenção do título de  
Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de  
Freitas

Aprovado em: \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr.: RIVELILSON MENDES DE FREITAS

Instituição: Universidade Federal do Piauí. Assinatura:\_\_\_\_\_

Profa. MSc.: JÉSSICA PEREIRA COSTA

Instituição: Universidade Estadual do Piauí. Assinatura:\_\_\_\_\_

Profa. MSc.: CARLA SOLANGE DE MELO ESCÓRCIO

Instituição: Universidade Federal do Piauí. Assinatura:\_\_\_\_\_

Profa. MSc.: LORENA CITÓ LOPES RESENDE SANTANA

Instituição: Universidade Federal do Piauí. Assinatura:\_\_\_\_\_

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ****REITOR**

Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes

**VICE-REITOR**

Profa. Dra. Nadir do Nascimento Nogueira

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE GRADUAÇÃO**

Profa. Dra. Regina Ferraz Mendes

**DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Prof. MSc. Antonio dos Santos Rocha Filho

**VICE-DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Prof. Dr. José Guilherme Ferre Pompeu

**COORDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA**

Profa. Dra. Maria das Graças Freire de Medeiros

**VICE-COORDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA**

Profa. Dra. Eilika Andréa Feitosa Vasconcelos

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Francisco e Graça**, pelo amor incondicional, apoio e confiança demonstrada, sobretudo, em momentos de maiores dificuldades.

Aos meus irmãos, **Igor e Jamile**, pela amizade e conselhos.

Aos meus avós, os quais contribuíram significativamente em minha educação, por meio dos valores e ensinamentos transmitidos, baseados no caráter e respeito.

Enfim, a todos que contribuíram direto e indiretamente para a realização deste trabalho e tornaram este caminho mais fácil de ser percorrido.

## AGRADECIMENTOS

Ao **Deus**, pai misericordioso de infinita bondade e grandeza, pelo dom da vida e as graças alcançadas.

Aos **meus pais, Francisco e Graça**, e **meus irmãos, Igor e Jamile**, pelo eterno orgulho de nossa caminhada, exemplo maior de amor, respeito e compreensão, e em especial, por todo carinho ao longo deste percurso.

Ao **Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas**, pelo exemplo de pessoa e de profissional, que são verdadeiros ensinamentos. Pela disponibilidade em orientar e proporcionar a realização desta importante etapa, bem como pela confiança depositada, compreensão, amizade e os conhecimentos adquiridos.

Aos amigos e colegas de turma, pelo incentivo constante, pelo auxílio nas dificuldades e por contribuírem nesta caminhada tornando-a mais fácil e agradável.

À todos os funcionários, colaboradores e usuários do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II – LESTE), pelo acolhimento e auxílio no conhecimento e desenvolvimento do trabalho.

## EPIGRAFE

*“Tornar o simples em complicado é fácil, tornar o complicado em simples é criatividade.”*

*Charles Mingus*

## RESUMO

SOUSA, L.Q. **Acompanhamento Farmacoterapêutico a uma Portadora de Transtornos Psicossociais**, 2012. 93p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Farmácia) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

O crescente aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos acarreta em uma maior utilização de psicofármacos e conseqüentemente o aparecimento de diversos problemas, como polifarmácia, eventos adversos, interações medicamentosas e baixa adesão ao tratamento. O profissional farmacêutico pode desenvolver ações que auxiliem os usuários a obterem resultados positivos em sua farmacoterapia e contribuir significativamente para a Saúde Mental. Dessa forma, a Atenção Farmacêutica está diretamente associada à prevenção, identificação e resolução dos problemas relacionados ao uso de medicamentos, contribuindo para uma farmacoterapia efetiva, segura e conveniente para cada paciente. O presente trabalho objetivou realizar o acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) a uma usuária portadora de transtorno psicossocial. O estudo foi realizado no período de janeiro a setembro de 2012 e desenvolvido por meio da análise dos prontuários e aplicação de formulários de AFT. Foi selecionada uma usuária adulta diagnosticada com Transtorno Psicótico Agudo. A avaliação da farmacoterapia da usuária possibilitou a identificação dos possíveis Problemas e Resultados negativos associados com medicamentos (PRMs/RNMs), sendo esses a ausência de adesão ao tratamento, insegurança quantitativa, não quantitativa e inefetividade quantitativa relacionada à possibilidade de interações medicamentosas. O estudo das interações permitiu esclarecer à usuária as conseqüências ocasionadas com a administração concomitante dos medicamentos pertencentes a sua farmacoterapia, contribuindo efetivamente para realização das intervenções farmacêuticas. Nesse sentido, a implantação da Atenção Farmacêutica evidencia a importância do profissional farmacêutico junto à equipe multiprofissional na promoção do uso racional de medicamentos por meio de ações educativas e integração das ações da assistência farmacêutica.

**Palavras-chave:** Atenção Farmacêutica, Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental.



## ABSTRACT

SOUSA, L.Q. **Pharmacotherapeutic Follow a Carrier of Psychosocial Disorders**, 2012. 93p. End of Course Work (Bachelor of Pharmacy) - Federal University of Piauí, Teresina, 2012.

The increasing frequency of psychiatric disorders leads to greater use of psychotropic drugs and consequently the appearance of several problems, such as polypharmacy, adverse events, drug interactions, and poor adherence to treatment. Pharmacists can develop actions that help users to achieve positive outcomes in their pharmacotherapy and contribute significantly to Mental Health. Thus, the Pharmaceutical Care is directly related to the prevention, identification and resolution of problems related to drug use, contributing to a pharmacotherapy effective, safe and convenient for each patient. The present study aimed to make the pharmacotherapeutic follow a user carries psychosocial disorder, as well as identifying and reporting the main difficulties encountered in the practice of pharmaceutical care in CAPS users. We selected a user adult diagnosed with Acute Psychotic Disorder. The study was conducted from January to September 2012 and developed through analysis of medical records and application forms AFT. A review of pharmacotherapy of user enabled the identification of potential drugs related problems and drugs related negative results, these being the lack of adherence to treatment, quantitative insecurity, not quantitative and quantitative ineffectiveness related to the possibility of drug interactions. The study of interactions allowed the user to clarify the consequences arising with concomitant administration of drugs within their pharmacotherapy, effectively contributing to achievement of pharmaceutical interventions. In this sense, the implementation of pharmaceutical care highlights the importance of pharmacist with the multidisciplinary team in promoting rational use of medicines by means of educational and integration activities of pharmaceutical care.

**Keywords:** Mental Health, Pharmaceutical Care, Psychosocial Disorders.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Lista dos principais problemas relacionados com medicamentos (PRMs). 22
- Tabela 2:** Classificação dos resultados negativos associados ao medicamento (RAMs). 23
- Tabela 3:** Classificação dos Transtornos Psicóticos, segundo CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). 26
- Tabela 4:** Perfil auto referido dos usuários entrevistados durante a atividade de Atenção Farmacêutica no serviço do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) da zona leste do município de Teresina, Piauí. 37
- Tabela 5:** Principais fatores que influenciam a adesão deficiente e motivos auto-referidos pelos usuários ao acompanhamento farmacoterapêutico. 38
- Tabela 6:** Levantamento e classificação dos fármacos mais utilizados pelos usuários entrevistados, segundo o *Anatomical Therapeutic Chemical classification System – ATC*, níveis 1, 2 e 3. 40
- Tabela 7:** Principais fatores de risco dos diagnósticos identificados no prontuário da usuária do CAPS- LESTE II, durante a prática de Atenção Farmacêutica. 65
- Tabela 8:** Classificação dos fármacos utilizados pela usuária M. S. F. A., segundo o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System – ATC*, níveis 1, 2 e 3. 67
- Tabela 9:** Descrição farmacológica dos medicamentos e avaliação da indicação (AI) pela usuária M. S. F. A. do CAPS-LESTE II no município de Teresina, PI. 68
- Tabela 10:** Estudo da farmacoterapia da usuária durante o acompanhamento farmacoterapêutico realizado no Centro de Atenção Psicossocial II durante o período de Maio a Setembro de 2012. 69
- Tabela 11:** Valores da Pressão Arterial (P.A) da usuária do CAPS II-LESTE durante o acompanhamento farmacoterapêutico. 71

**Tabela 12:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre os 71 problemas de saúde identificados na usuária do CAPS-LESTE II no município de Teresina-PI.

**Tabela 13:** Perfil das interações medicamentosas entre os fármacos utilizados 73 pela usuária M. S. F. A. do CAPS-LESTE II no município de Teresina, PI.

**Tabela 14:** Perfil das interações medicamentosas fármaco-alimento baseado no 74 estudo da farmacoterapia da usuária M. S. F. A. do CAPS-LESTE II no município de Teresina, PI.

**Tabela 15:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre as 76 RAMs identificadas na usuária M. S. F. A. do CAPS-LESTE II.

**Tabela 16:** Principais Problemas Relacionados com Medicamentos 77 identificados, adesão às intervenções realizadas e efetividade.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Ilustração I:** Boletim informativo I elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). 43
- Ilustração II:** Boletim informativo II elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). 45
- Ilustração III:** Boletim informativo III elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). 47
- Ilustração IV:** Boletim informativo IV elaborado para o médico responsável pela prescrição médica da usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). 48
- Ilustração V:** Boletim informativo V elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). 52
- Ilustração VI:** Cartão de monitoramento direcionado a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II-LESTE). 54
- Ilustração VII:** Ficha elaborada para a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II-LESTE). 56
- Ilustração VIII:** Atividades desenvolvidas para avaliar o conhecimento da usuária sobre o tratamento farmacológico durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). 59

## LISTA DE ABREVIATURAS

- AFT** – Acompanhamento Farmacoterapêutico.
- AI**- Avaliação da indicação.
- AINEs** - Anti-inflamatórios não esteroides.
- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- ATC** - Anatomical Therapeutic and Chemical Classification.
- ATENFAR** - Atenção Farmacêutica.
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial.
- CID** - Classificação Internacional de Doenças.
- DSM** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais.
- FMS** - Fundação Municipal de Saúde.
- IFs** – Intervenções Farmacêuticas.
- IMC** - Índice de Massa Corpórea.
- ISRS** - Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
- OMS** - Organização Mundial da Saúde.
- OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde.
- PA** - Pressão Arterial.
- PRMs** - Problemas Relacionados com Medicamentos.
- QI** – Coeficiente de Inteligência.
- RAMs** - Reações Adversas aos Medicamentos.
- RNM** - Resultado Negativo Associado ao Medicamento.
- SNC** - Sistema Nervoso Central.
- SUS** - Sistema Único de Saúde.
- TAB** - Transtorno Afetivo Bipolar.
- TC** - Traumatismo Craniano.

## Sumário

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>   | <b>16</b> |
| 1.1      | Objetivos   | 18        |
| 1.1.1    | Geral   | 18        |
| 1.1.2    | Específicos   | 18        |
| 1.2      | Justificativa   | 19        |
| <b>2</b> | <b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>  | <b>20</b> |
| 2.1      | Atenção Farmacêutica (ATENFAR)  | 20        |
| 2.2      | Método Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico   | 21        |
| 2.3      | Problemas Relacionados ao Medicamento (PRMs) e Resultados Negativos Associados ao Medicamento (RNMs)  | 21        |
| 2.4      | Dificuldades na prática da Atenção Farmacêutica (AF)  | 24        |
| 2.5      | Transtorno Psicossocial   | 25        |
| 2.6      | Portador de Transtorno Psicótico  | 26        |
| <b>3</b> | <b>MATERIAL E MÉTODOS</b>   | <b>28</b> |
| 3.1      | Tipo de estudo  | 28        |
| 3.2      | Local do estudo   | 29        |
| 3.3      | Coleta de dados   | 29        |
| 3.3.1    | Instrumentos  | 30        |
| 3.4      | Sujeitos  | 30        |
| 3.5      | Limitação do trabalho   | 31        |
| 3.6      | Análise dos dados   | 31        |
| 3.7      | Questões de ética   | 31        |
| <b>4</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>   | <b>32</b> |
| 4.1      | Relatos de casos dos usuários não aderentes ao acompanhamento farmacoterapêutico em unidade do CAPES. | 32        |
| 4.1.1    | Relato de caso M. B. M. M.  | 32        |
| 4.1.2    | Relato de caso S. M. S. L.  | 33        |
| 4.1.3    | Relato de caso M. J. R.   | 33        |
| 4.1.4    | Relato de caso F. C. A. B.  | 34        |
| 4.1.5    | Relato de caso J. S. R.   | 35        |
| 4.1.6    | Relato de caso E. C. T.   | 36        |
| 4.2      | Perfil e motivos autorreferidos dos usuários não aderentes ao AFT em unidade do CAPES.                | 37        |
| 4.3      | Classificação ATC ( <i>Anatomical Therapeutic and Chemical Classification</i> ).                      | 40        |
| 4.4      | Relato do caso M. S. F. A.  | 42        |
| 4.4.1    | Primeira entrevista   | 42        |
| 4.4.2    | Segunda Entrevista  | 43        |
| 4.4.3    | Terceira entrevista   | 45        |
| 4.4.4    | Quarta entrevista   | 47        |
| 4.4.5    | Quinta entrevista   | 53        |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| 4.4.6      | Sexta entrevista.....  | 55        |
| 4.4.7      | Sétima entrevista.....   | 57        |
| 4.4.8      | Oitava entrevista.....   | 59        |
| 4.4.9      | Nona entrevista.....   | 59        |
| 4.4.10     | Décima entrevista.....   | 60        |
| <b>4.5</b> | <b>Descrição do caso.....</b>  | <b>65</b> |
| <b>4.6</b> | <b>Acompanhamento farmacoterapêutico da usuária realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAP-LESTE) no município de Teresina, Piauí.....</b> | <b>66</b> |
| <b>4.7</b> | <b>Patologias e medicamentos utilizados pela usuária no CAPS II-LESTE no município de Teresina-PI. ....</b>                                      | <b>66</b> |
| 4.7.1      | Patologias psiquiátricas.....  | 66        |
| 4.7.2      | Medicamentos utilizados.....   | 68        |
| 4.7.3      | Identificação de problemas de saúde.....   | 72        |
| 4.7.4      | Interações medicamentosas.....   | 73        |
| 4.7.5      | Identificação das Reações Adversas a Medicamentos (RAMs).....  | 77        |
| <b>5</b>   | <b>CONCLUSÃO.....</b>  | <b>81</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>82</b> |
|            | ANEXOS   |           |
|            | APÊNDICES  |           |

## 1 INTRODUÇÃO

No início dos anos 80, com o processo de redemocratização brasileira, foi fortalecido o movimento pela reforma sanitária, apresentando como vertentes: a melhoria das condições de saúde da população, o reconhecimento da saúde como direito universal, a reorganização da atenção a partir dos princípios da integralidade e a responsabilidade da garantia do direito à saúde como sendo dever do Estado (BRASIL, 2006).

Em 1978, no contexto da redemocratização, surgiu no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que possibilitou a construção de um pensamento crítico no campo da saúde mental e permitiu visualizar um conceito de desinstitucionalização. Este conceito significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida, e por consequência não lhe administrar apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades (AMARANTE, 1995).

Estudos como o de Silveira e colaboradores (2003), consideram que a extensão de cuidados de saúde mental às populações é uma tendência verificada nas políticas de saúde de diversos países que refletem os esforços implementados para a promoção de tratamentos humanizados, comprometidos com direitos humanos e com as necessidades das comunidades em seus diferentes contextos.

Nesse sentido, na busca pela melhoria da assistência aos portadores de transtornos mentais no Brasil surgiram os Centros de Atenção Psicossocial. O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. Atualmente, esses serviços são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

O CAPS é um serviço de saúde municipal, aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A função desse serviço é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando, assim, internação em hospitais psiquiátricos e promovendo a inserção social das pessoas com transtorno mental com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de forma gradual e planejada (SILVEIRA, 2009; ANTONACCI, 2011).



Segundo estimativas do Ministério da Saúde, 3% da população, equivalente a 5 milhões de pessoas, necessitam de cuidados contínuos relacionados a transtornos mentais graves e persistentes, e mais 9% precisam de atendimento eventual devido a transtornos menos graves, totalizando 12% da população geral do país, aproximadamente 20 milhões de pessoas (BRASIL, 2004).

O crescente aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos acarreta em uma maior utilização de psicofármacos e conseqüentemente o aparecimento de diversos problemas, como: a polifarmácia, os eventos adversos, as interações medicamentosas e a baixa adesão ao tratamento. O tratamento dos usuários portadores de transtorno psicossocial pode ser caracterizado pela utilização de psicotrópicos em grande quantidade e por um longo período, que somado ao agravamento relativo da desorganização mental, dificulta aspectos relacionados ao cuidado com a medicação (TEIXEIRA, 2010).

Assim, no contexto de um CAPS, o papel dos profissionais e sua ação diária preveem mudança de postura e adaptação contínua às diferentes demandas e situações. A prática da Atenção Farmacêutica (ATENFAR) foi definida no Brasil como “ações compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidade na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde” (OPAS, 2002).

A Organização Mundial de Saúde conceituou Atenção Farmacêutica como a prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico (OMS, 1993). O Código de Ética Farmacêutica Brasileiro rege que o profissional deve atuar buscando a saúde do paciente, orientando-o em todos os sentidos por meio de combinações de atitudes, comportamentos e habilidades na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos eficientes e seguros, privilegiando a saúde e a qualidade de vida do mesmo (ROMERO, 1996; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2001).

Dessa forma, a prática da Atenção Farmacêutica envolve a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico e acompanhamento farmacoterapêutico, bem como o registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (IVAMA, 2002).

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Geral**

Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, durante a prática da atenção farmacêutica a uma usuária portadora de transtorno psicossocial no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II-LESTE) do município de Teresina, Piauí.

### **1.1.2 Específicos**

- Realizar um levantamento dos medicamentos prescritos e dos utilizados por meio da prática da automedicação e a partir disso, desenvolver um plano de monitoramento terapêutico.
- Esclarecer dúvidas relacionadas à doença e ao tratamento farmacoterapêutico.
- Detectar, registrar e solucionar as principais reações adversas a medicamentos (RAMs) e os problemas relacionados com medicamentos (PRMs).
- Mensurar as principais interações medicamentosas (medicamento-medicamento e medicamento-alimento);
- Estabelecer a relação entre farmacêutico e usuário, bem como identificar os problemas de saúde e os hábitos de vida da usuária, relatados na anamnese.
- Identificar e relatar as principais dificuldades encontradas na adesão de usuários à prática da Atenção Farmacêutica.
- Orientar sobre o uso correto dos medicamentos e o tratamento não farmacológico.

## 1.2 Justificativa

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o CAPS deve possuir uma equipe multidisciplinar, composta por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos voltados a prestar atendimento em regime de atenção diária, assim como promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura, lazer e estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.

A ausência de adesão terapêutica é um importante problema para o tratamento das doenças psicossociais. Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde, 2003, 50% dos pacientes com doença crônica dos países desenvolvidos não fazem uso de suas medicações conforme as recomendações médicas. Esse problema contribui para o abismo entre a eficácia e efetividade do tratamento dos usuários (HORNE, 2006; CASTRO-COSTA; SILVA, 2011).

Diante da prevalência de problemas relacionados com medicamentos (PRMs), dificuldades relacionadas à adesão deficiente dos usuários ao tratamento e acompanhamento farmacoterapêutico por fatores diversos, como falta de conhecimento sobre a prática da Atenção Farmacêutica, desmotivação a comparecer ao CAPS, descontinuidade do tratamento psicológico, sobretudo, a inexistência de um profissional farmacêutico nas unidades dos Centros, é justificada a relevância desse estudo voltado para o acompanhamento farmacoterapêutico a uma usuária do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-LESTE) do município de Teresina, diagnosticada com transtorno psicótico, durante a prática da atenção farmacêutica, para identificar, registrar e solucionar os principais PRMs, orientando-a sobre o uso correto dos medicamentos e mostrá-la a importância dessa prática na recuperação do seu bem-estar.

Dessa forma, o presente trabalho pode evidenciar a importância do profissional farmacêutico junto à equipe multiprofissional na promoção do uso racional de medicamentos por meio de ações educativas e integração das ações da assistência farmacêutica.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Atenção Farmacêutica (ATENFAR)

Na década de 1960, surgiu o modelo de prática farmacêutica, denominado Farmácia Clínica, como resultado do princípio de que os farmacêuticos deveriam ser responsáveis pelo controle do uso de medicamentos (BRODIE; BENSON, 1976; ARGONESI; SEVALHO, 2010). Embora houvesse o reconhecimento da importância da Farmácia Clínica para profissionalização farmacêutica, alguns autores como Hepler e Strand consideraram que algumas das definições situavam o medicamento em primeiro plano em detrimento do paciente.

Em 1990, foi defendida a adoção de um enfoque centrado no paciente, além do desenvolvimento de uma relação terapêutica entre paciente e o profissional, visando resolver os problemas relacionados aos medicamentos. Dessa forma, propuseram uma definição para a Atenção Farmacêutica como idéia fundamental da profissão de farmácia: provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente (ARGONESI; SEVALHO, 2010).

No Brasil, o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica pode contribuir para a melhoria da atuação do profissional farmacêutico na atenção à saúde, valorizando o seu papel social. Baseado nos conceitos e práticas desenvolvidos internacionalmente, muitas contribuições voltadas para realidade e necessidade brasileira tem sido feitas a fim de buscar o melhor entendimento e aplicação prática (ARGONESI; SEVALHO, 2010).

Desse modo, a Atenção Farmacêutica engloba todas as atividades assistenciais do farmacêutico orientadas ao usuário de medicamento, entre elas, o acompanhamento farmacoterapêutico. Na equipe multiprofissional de saúde, o farmacêutico é o profissional mais habilitado para realizar o Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT), devido à sua formação específica em medicamentos e motivação para que seu trabalho assistencial seja reconhecido (DÁDER et al., 2007; SOUZA et al., 2009).

Portanto, o serviço envolve a identificação de PRMs, originados ou não a partir de erros de medicação, e que oferecem ao farmacêutico a oportunidade de intervir de forma ativa e interdisciplinar no cuidado ao paciente individualizado,

objetivando alcançar resultados que melhorem a qualidade de vida do usuário, mediante controle responsável do tratamento farmacológico (MARTÍ, 2005; GASPAR et al., 2009).

## **2.2 Método Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico**

Desenvolvido pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada em 1999, o Método Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) se baseia na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente. Isso é, o problema de saúde que ele apresenta, os medicamentos que utiliza e o seu estado de saúde em uma data determinada, a fim de identificar e resolver os possíveis Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRMs) apresentados pelo paciente. Após esta identificação, são realizadas as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRMs e posteriormente se avaliarão os resultados obtidos (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Nessa perspectiva, a partir da elaboração do estado de situação do paciente derivam-se as intervenções farmacêuticas correspondentes, nas quais cada profissional clínico conjuntamente com o paciente e seu médico decidem o que fazer em função dos conhecimentos e condições particulares que afetam cada caso. O procedimento de AFT consta das seguintes fases: oferta do serviço, primeira entrevista, estado de situação, fase de estudo, fase de avaliação, fase de intervenção, resultado da intervenção, novo estado de situação e entrevistas sucessivas (MACHUCA; FERNÁNDEZ-LLIMÓS; FAUS, 2003). Apesar de o Método Dáder estabelecer normas básicas para a realização do AFT, esse modelo pode ser caracterizado como adaptável, uma vez que pode ser ajustado às particularidades do local assistencial já que pode ser realizado conforme as necessidades do usuário/paciente (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

## **2.3 Problemas Relacionados ao Medicamento (PRMs) e Resultados Negativos Associados ao Medicamento (RNMs)**

Em 1990, Hepler e Strand publicaram o primeiro artigo que abordou conceitualmente o termo “drug-related problems”, traduzido como Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM). No entanto, o termo PRM foi definido

pela primeira vez em 1998, no Primeiro Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. Conceito este revisto no Segundo Consenso de Granada, em 2002, sendo definido como “problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, devidos à farmacoterapia que, provocados por diversas causas, conduzem ao não alcance do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos não desejados”. Porém, no Terceiro Consenso de Granada foi adotada uma nova terminologia para designar os PRM, com base na necessidade de se utilizar termos de maior especificidade, como os Resultados Negativos Associados à Medicação (RNM).

Dessa forma, os RNM são definidos como problemas de saúde ou alterações não desejadas no estado de saúde do paciente, atribuíveis ao uso ou desuso dos medicamentos. Para serem determinados, pode ser utilizada uma variável clínica (sintoma, sinal, evento clínico, medição metabólica ou fisiológica, morte), que não atinge os objetivos terapêuticos estabelecidos para o paciente (BADÍA; BIGORRA, 2000; HERNANDEZ, 2007). Enquanto os PRM são situações que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso dos medicamentos, sendo um novo conceito proposto desde o Fórum de Atenção Farmacêutica (**Tabela 1**). Neste sentido, os PRM deixam de ser equivalentes aos RNM, estando claramente diferenciados (FÓRUM de AF, 2006).

**Tabela 1:** Lista dos Principais Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM).

| <b>Lista dos Principais Problemas Relacionados com Medicamentos</b> |
|---|
| <b>Administração errônea do medicamento</b>                         |
| <b>Conservação inadequada</b>                                       |
| <b>Contra indicação</b>   |
| <b>Dose, esquema terapêutico e/ou duração inadequada</b>            |
| <b>Erros na dispensação</b>   |
| <b>Erros na prescrição</b>  |
| <b>Não adesão à terapêutica</b>                                     |
| <b>Interações medicamentosas</b>                                    |
| <b>Outros problemas de saúde que afetam o tratamento</b>            |
| <b>Probabilidade de efeitos adversos</b>                            |
| <b>Problema de saúde insuficientemente tratado; outros.</b>         |

**Fonte:** FÓRUM de AF, 2006.

Segundo Hernandez e colaboradores (2007) a classificação dos RNM, semelhante à estabelecida para os PRM no Segundo Consenso de Granada, abrange as três premissas que a farmacoterapia utilizada pelos pacientes deve cumprir: **necessária** (deve existir um problema de saúde que justifique o seu uso), **efetiva** (deve atingir os objetivos terapêuticos planejados) e **segura** (não deve produzir nem agravar outros problemas de saúde) (**Tabela 2**).

**Tabela 2:** Classificação dos Resultados Negativos Associados aos Medicamentos (RNMs).

| <b>Classificação de Resultados Negativos associados à Medicação (RNM)</b> |  |
|---|--|
| <b>Necessidade</b>  | <p><b>Problema de Saúde não tratado</b></p> <p>O doente sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita.</p>             |
|   | <p><b>Efeito de medicamento não necessário</b></p> <p>O doente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.</p>   |
| <b>Efetividade</b>  | <p><b>Inefetividade não quantitativa</b></p> <p>O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação.</p>  |
|   | <p><b>Inefetividade quantitativa</b></p> <p>O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.</p>          |
| <b>Segurança</b>  | <p><b>Insegurança não quantitativa</b></p> <p>O doente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento.</p> |
|   | <p><b>Insegurança quantitativa</b></p> <p>O doente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento.</p>         |

**Fonte:** Hernández; Castro; Dáder, 2007.

## 2.4 Dificuldades na prática da Atenção Farmacêutica (AF)

Alguns estudos como o de Pitta e Magajewski (2000) enfocam a necessidade de articulação do campo da Comunicação, Educação e Informação em Saúde, sobretudo a comunicação com o paciente sobre o uso racional dos medicamentos e do tratamento. Essa articulação é extremamente relevante, uma vez que facilita a identificação de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs), e por consequência, promove a adesão de usuários ao tratamento (BARRIS; FAUS, 2003).

Dessa forma, é enfatizada a importância do profissional farmacêutico possuir habilidades e estratégias pedagógicas para estabelecer a comunicação e consolidar a relação entre o paciente e o profissional, e consequentemente prover ao mesmo, todas as informações necessárias sobre o uso do medicamento, por meio do processo de acompanhamento farmacoterapêutico. No entanto, há fatores que interferem para a concretização dessa comunicação, como exemplo, o conhecimento do usuário adquirido ao longo de uma vivência clínica que proporciona uma percepção dos seus problemas relacionados aos medicamentos e que podem lhe causar danos à saúde e as metas terapêuticas, bem como pode influenciar na ausência de adesão à farmacoterapia e ao programa de Atenção Farmacêutica (POSSAMAÍ; DACOREGGIO, 2008).

É importante ressaltar que o usuário e/ou seus familiares entendam a natureza da enfermidade e que saibam o que devem esperar dos medicamentos; muitos enfermos que tomam antidepressivos manifestam a atitude de suspender o tratamento porque não têm conhecimento dos efeitos adversos que podem aparecer ou não são informados de que podem transcorrer algumas semanas antes que apareça alguma melhora (NIETO; MANRIQUE, 2005).

Nesse sentido, a Atenção Farmacêutica para ser assistencial deve ser integrada a equipe básica de saúde. Sendo, assim, a interdisciplinaridade é outro fator a ser considerado como uma necessidade inquestionável, inclusive na psiquiatria, devido à existência de tantos fatores inespecíficos que podem conspirar contra o tratamento (FRIDMAN; FILINGER, 2002). Com isso, o farmacêutico, junto a outros profissionais sanitários, objetiva obter o cumprimento terapêutico de forma voluntária por parte do paciente.



De acordo com Fridman (2001), as principais causas relacionadas ao não cumprimento do tratamento são a situação socioeconômica baixa, o regime posológico complexo, a atitude do enfermo diante das patologias diagnosticadas, entre outros fatores. Em usuários portadores de transtornos psicóticos, um problema frequente no tratamento é a ausência de consciência da enfermidade e desconhecimento dos seus delírios e alucinações como produtos patológicos (NIETO; MANRIQUE, 2005). Nesses casos, convencer o paciente de seu erro se torna uma atividade complexa, que necessita de intervenções específicas a fim de conscientizá-lo da importância de um tratamento psicofarmacológico adequado.

## **2.5 Transtorno Psicossocial**

Os transtornos psicossociais podem causar considerável impacto na vida de uma pessoa em termos de morbidade, prejuízos funcionais e baixa qualidade de vida. Estimativas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam o aumento da prevalência de transtornos mentais na população. Em 2000, as perturbações mentais e neurológicas foram responsáveis por 12% do total de anos de vida perdidos ajustados por incapacitação. A expectativa é que, até 2020, o peso dessas doenças cresça para 15% (OMS, 2002).

Por meio do estudo *Global Burden of Disease* realizado em 54 países na década de 1990, a OMS estimou o impacto das condições médicas mais prevalentes no mundo em termos de morbidade e mortalidade. Os resultados indicaram que quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo são decorrentes de transtornos mentais e comportamentais (OMS, 2002; SILVEIRA et al., 2011).

Nesse contexto, a prevalência, o início e a evolução desses transtornos são determinados por diversos fatores, dentre os quais podem ser sociais, econômicos, demográficos, sexo, faixa etária, ameaças graves, conflitos, desastres, a presença de doença física grave, o ambiente familiar, a pobreza e as condições associadas ao desemprego, baixo nível de instrução, privação e ausência de domicílio ilustram o impacto na saúde mental (MELLO, 2007).

O diagnóstico pode se fundamentar em mecanismos psicológicos, ambientais ou biológicos. Os parâmetros de classificação nosológica usualmente utilizados são

a Classificação Internacional de Doenças CID-10, elaborada pela OMS (1993), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM-IV, 2002).

## 2.6 Portador de Transtorno Psicótico

Conforme CID-10 (1993) os transtornos psicóticos se agrupam entre esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e os transtornos delirantes, classificados com a nomenclatura F20-F29 (Tabela 3). Esse agrupamento reúne a esquizofrenia como categoria mais importante, os transtornos delirantes persistentes, como um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios. Os transtornos esquizoafetivos também estão presentes ainda que sejam de natureza controversa (SILVEIRA et al., 2011).

**Tabela 3:** Classificação dos Transtornos Psicóticos, segundo CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde).

| <b>Classificação dos Transtornos Psicóticos</b> |   |
|---|---|
| <b>CID-10</b>                                   | F20      Esquizofrenia                                |
|   | F21      Transtornos Esquizotípicos                   |
|   | F22      Transtornos Delirantes Persistentes          |
|   | F23      Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios |
|   | F24      Transtornos Delirantes Induzidos             |
|   | F25      Transtornos Esquizoafetivos                  |
|   | F28      Transtornos Psicóticos Não Orgânicos         |
|   | F29      Psicose Não Orgânica Não Especificada        |

**Fonte:** CID-10, 1993.

Para o estabelecimento do diagnóstico de esquizofrenia é necessário, antes, excluir os outros transtornos mentais com sintomatologia semelhante. Sendo a esquizofrenia definida como uma perturbação com duração mínima de seis meses e inclui, no mínimo, um mês de sintomas da fase ativa com delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico e sintomas negativos como o embotamento afetivo. De início abrupto ou insidioso, suas primeiras manifestações clínicas são chamadas normalmente de sinais e sintomas prodrômicos (DSM-IV, 2002).

Quanto ao tratamento dos transtornos psicóticos é necessária a utilização de uma abordagem em vários aspectos, baseada na prescrição da farmacoterapia de medicamentos antipsicóticos atípicos, como: risperidona, olanzapina, quetiapina; os antipsicóticos considerados de segunda linha: haloperidol, tiotixeno, clorpromazina, trifluoperazina e molidona, e os chamados terceira linha como a clozapina, potenciação com lítio ou outro estabilizador do humor, bem como tratamento psicossocial e a psicoeducação dos familiares (STUBBE, 2008).

Diante dessas considerações, são objetivos do tratamento: 1) evitar ou retardar o progresso da enfermidade; 2) diminuir o número de surto, sua duração e gravidade; 3) garantir que o rendimento cognitivo se mantenha tão alto quanto seja possível; 4) diminuir os sintomas do humor que acompanham a enfermidade; 5) permitir a reintegração do paciente na sociedade; 6) garantir adequada compreensão para as famílias dos pacientes e 7) reduzir ao mínimo o abandono do tratamento (ROVNER, 2004; FERNANDES, 2006).

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Tipo de estudo**

O estudo realizado foi do tipo exploratório prospectivo descritivo de abordagem quantitativa, a qual requer uma análise de dados objetivos e os pesquisadores incorporam comparações em seus projetos, a fim de formar um contexto para interpretação dos resultados (POLIT; BECK, 2011).

No período de janeiro a abril de 2012, foram realizadas entrevistas durante a oferta do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico a usuários atendidos no serviço de saúde do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II- LESTE) do município de Teresina, Piauí, tendo como critério de inserção os que apresentavam frequência semi-intensiva ou intensiva entre janeiro e abril de 2012. Inicialmente, foi preenchido um questionário com o objetivo de registrar as seguintes informações: dados pessoais; histórico familiar de hipertensão ou outra doença crônica; hábitos alimentares; medicamentos utilizados e exames laboratoriais. Os critérios de exclusão foram voltados aos usuários que não se enquadravam ao perfil e objetivo do trabalho.

Os sujeitos foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, a colaboração voluntária e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de maneira que pudesse tomar a decisão de forma justa referente à participação, baseado nas informações mais relevantes do protocolo de pesquisa. Sendo assim, a técnica de observação direta por meio da análise prospectiva do prontuário e entrevistas diretas foi utilizada com uma usuária adulta, diagnosticada e cadastrada com Transtorno Psicótico Agudo no serviço de saúde do Centro de Atenção Psicossocial II do município de Teresina – Piauí, no período de Maio a Setembro de 2012.

Durante a entrevista foi preenchido um formulário de acompanhamento farmacoterapêutico com o objetivo de registrar as seguintes informações: faixa etária, situação conjugal, escolaridade, histórico familiar de hipertensão ou outra doença crônica, hábitos alimentares, medicamentos utilizados e exames laboratoriais.

### **3.2 Local do estudo**

O trabalho foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II-LESTE) na Rua Visconde da Parnaíba, nº 2435, Bairro Horto Florestal no município de Teresina-Piauí.

O Centro oferece um serviço de atendimento de saúde mental à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários por meio de três níveis de atendimento, conforme a gravidade com a qual o paciente é diagnosticado. O primeiro é o intensivo, em que o usuário permanece por tempo integral até a normalização da sua situação. O segundo é considerado semi-intensivo, em que o acompanhamento é realizado, em média, três vezes por semana. O terceiro nível é o não-intensivo, em que o acompanhamento ao usuário ocorre três vezes por mês.

O CAPS II deve obedecer à exigência da diversidade profissional. A equipe mínima é composta um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), seis profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). Os profissionais devem oferecer vários recursos terapêuticos, como: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento para a família, atividades comunitárias, assembleias e/ ou reuniões de organização do serviço (BRASIL, 2004). No entanto, pode ser destacada a ausência do profissional farmacêutico nessa equipe multidisciplinar.

### **3.3 Coleta de dados**

A coleta foi realizada por uma acadêmica do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Piauí, treinada e sob supervisão, durante o período de Maio a Setembro de 2012, tendo por base o formulário preenchido durante as entrevistas e por meio de consultas ao prontuário da usuária. Os dados foram categorizados em variáveis sociodemográficas e clínicas. As primeiras correspondem a sexo, faixa etária, situação conjugal, ocupação profissional, município de residência e tempo de permanência no CAPS. As variáveis clínicas foram relacionadas ao tabagismo, etilismo, prática de atividade física, diagnóstico clínico, internação psiquiátrica e

falha farmacoterapêutica prévia, medicamentos e posologia prescritos, dentre outros.

### **3.3.1 Instrumentos**

**3.3.1.1 Termo de Livre Consentimento e Esclarecido** foi minuciosamente lido e explicado a usuária com transtorno psicossocial e somente após o total esclarecimento em linguagem acessível e com termo assinado foi realizada a coleta de dados, com intuito de subsidiar o acompanhamento farmacoterapêutico e a implantação do Serviço de Atenção Farmacêutica.

**3.3.1.2 Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico** para registro das informações obtidas nas entrevistas. Foi estruturada nos seguintes componentes: história clínica da usuária; hábitos de vida; perfil farmacoterapêutico; exames laboratoriais; queixas em relação à farmacoterapia; problemas relacionados aos medicamentos (PRMs); Reações negativas aos medicamentos (RNMs) Intervenções Farmacêuticas (IFs) e parâmetros biológicos (APÊNDICE I).

### **3.3.2 Fontes de dados**

**3.3.2.1 - Entrevistas diretas** durante 15 a 20 minutos com a usuária.

**3.3.2.2 - Prontuários Médicos** com registros da equipe multidisciplinar.

**3.3.2.3 - Prescrições Médicas:** 1ª via (prontuário médico) e 2ª via das prescrições médicas (Núcleo de Farmácia).

**3.3.2.4 - Resultados de exames laboratoriais/complementares** presentes no prontuário médico.

## **3.4 Sujeitos**

Para o estudo foi selecionada uma usuária adulta, diagnosticada com Transtorno Psicótico Agudo, cadastrada no CAPS com prontuário já descrito pela equipe multiprofissional local. O estudo foi iniciado por meio de coleta dos dados

da usuária com intuito de subsidiar o acompanhamento farmacoterapêutico e a implementação da ATENFAR.

### **3.5 Limitação do trabalho**

O desenvolvimento da coleta dos dados para implementação do acompanhamento farmacoterapêutico enfrentou como dificuldades o fato da usuária do CAPS-LESTE apresentar-se bastante sonolenta e desmotivada. Além disso, a mesma não mostrou conhecimento dos medicamentos utilizados, nem as respectivas finalidades. As dificuldades em aderir satisfatoriamente o tratamento farmacoterapêutico são reflexos de uma insegurança característica do seu quadro clínico que em alguns momentos acarreta em ações impulsivas, além de não aderir ao tratamento devido às reações adversas aos medicamentos, inviabilizando de certa forma a aplicação do acompanhamento farmacoterapêutico nessa usuária.

### **3.6 Análise dos dados**

Foram utilizadas publicações regulares de periódicos nacionais e internacionais, livros citados na bibliografia como fonte de informação técnica e em relação à verificação de interações medicamentosas, foi utilizado a base de dados Micromedex®. Os dados coletados foram processados por meio do programa Excel.

### **3.7 Questões de ética**

Foi solicitada autorização formal à Coordenadoria Regional de Saúde Leste/Sudeste- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II-LESTE). Após o aceite para realização do estudo na Instituição, o projeto foi aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (CAAE: 0093.0.045.000-93). Foi utilizado um Termo de Livre Consentimento e Esclarecido, em que foram respeitados todos os direitos da usuária à autonomia. O preenchimento do formulário de acompanhamento farmacoterapêutico foi utilizado para acompanhar a usuária durante o estudo. A presente investigação incorpora os referenciais da Bioética preconizados pela Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que configura os aspectos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, tudo isso em benefício e proteção ao usuário, à sociedade e ao Estado.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Relatos de casos dos usuários não aderentes ao acompanhamento farmacoterapêutico em unidade do CAPES.

#### 4.1.1 Relato de caso M. B. M. M.

Foi selecionado, inicialmente, um usuário do CAPS-LESTE II, do sexo feminino, 50 anos, divorciada, dona de casa, apresenta como grau de instrução ensino médio completo, oriunda de Teresina, Piauí. A primeira visita à usuária aconteceu no dia dezessete de janeiro de 2012, às 9:00 horas, quando foi realizado um questionamento sobre o seu estado de saúde, com intuito de identificar possíveis problemas relacionados ao tratamento farmacoterapêutico.

Nessa entrevista a usuária relatou não possuir hipertensão, diabetes ou outro comprometimento patológico, não ser tabagista, não consumir bebidas alcoólicas, alimentar-se adequadamente, preocupando-se em consumir frutas e verduras, além de realizar atividades físicas diárias, como caminhadas. Apresentou Pressão Arterial (PA) 100 por 60mmHg, peso 62 kg e glicemia capilar 136 mg/dL, esta sendo justificada pelo fato de não estar em jejum. Para obtenção de informações complementares, foi necessário o acompanhamento e acesso aos registros do prontuário da usuária.

Ao ser integrada ao CAPS, se queixava de preocupações, insônia e depressão. Atualmente, ela faz uso das seguintes medicações com as respectivas posologias: carbonato de lítio (300 mg, duas vezes ao dia); alprazolam (0,5 mg, uma vez a noite); risperidona (2 mg, uma vez ao dia) e biperideno (2 mg, uma vez a noite). No entanto, a adesão do usuário ao acompanhamento farmacoterapêutico não foi satisfatória, o que impossibilitou a continuidade do trabalho, assim como as sucessivas entrevistas.

**Fatores relacionados à ausência de adesão:** Disponibilidade de tempo e desinteresse no acompanhamento farmacoterapêutico.



Posteriormente, foram realizadas entrevistas com outros portadores de transtornos psicossociais atendidos pelo CAPS II-LESTE, buscando um usuário que pudesse colaborar de forma totalmente voluntária com o trabalho.

#### **4.1.2 Relato de caso S. M. S. L.**

O segundo entrevistado é do sexo feminino, 27 anos, solteira, peso 38,9 kg, oriundo de Teresina, Piauí, apresenta como grau de instrução ensino médio completo e foi diagnosticado com transtorno bipolar. Quando direcionado as perguntas do questionário, ela relatou apresentar uma alimentação equilibrada, não ser tabagista, não consumir bebidas alcoólicas, não realizar atividades físicas e não apresentar hipertensão, diabetes, bem como desconhecer o histórico familiar em relação a essas doenças. A usuária afirmou apresentar anemia, palidez, fraqueza, cefaleia persistente, sonolência e sensação de “crescimento dental”.

Ao verificar o prontuário, foi observada incompatibilidade de informações em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, no qual também afirma que o usuário faz uso incorreto da medicação, perdeu peso considerável em quatro meses, sente constantemente ansiedade e confusão mental, sofre com as alucinações e medo, além de não sentir-se a vontade em frequentar o Centro. Em 05 de dezembro de 2011, foi relatado que a usuária deixou de utilizar haloperidol por sentir-se debilitada e apresentou como histórico de dificuldades: problemas familiares e afetivos por causa do namorado; terminou ensino médio e não teve condições de continuar os estudos e foi internada quatro vezes antes de ser integrada ao CAPS-LESTE.

Atualmente, faz uso dos seguintes medicamentos: carbamazepina (200 mg), haloperidol, biperideno (2 mg), diazepam e sulfato ferroso. Foi verificado que não há registro da realização de exames laboratoriais em seu prontuário.

**Fatores relacionados à ausência de adesão:** Desmotivação em comparecer ao CAPS e não adesão ao tratamento psicofarmacológico.

#### **4.1.3 Relato de caso M. J. R.**

O terceiro entrevistado é do sexo feminino, 58 anos, casada, peso 93 kg, altura 1,51 m, verdureira, analfabeta, oriundo de Teresina, Piauí e mora com o esposo e seu filho. A usuária estava calma e relatou como motivo da procura clínica:

insônia, pensamentos indesejáveis, esquecimento, choro e tendência em desencadear crises nervosas. Ela revelou apresentar problemas familiares e dificuldade em relacionar-se socialmente.

Nessa entrevista, a paciente relatou apresentar pressão arterial alta e problemas cardíacos, assim como histórico familiar de hipertensão e diabetes. Não tem o hábito de praticar atividades físicas, não fuma e não ingere bebidas alcoólicas, além de apresentar uma alimentação inadequada. Foi diagnosticada com episódio depressivo maior e fez tratamento no Hospital Areolino de Abreu antes de integrar-se ao CAPS-LESTE, sendo desnecessário o internamento. Foi encaminhada ao Centro a três anos, queixando-se de confusão, fadiga e aperto peitoral. Em julho de 2009, foi diagnosticada com obesidade severa grau II. A usuária afirmou utilizar como medicamentos prescritos: propranolol, hidroclorotiazida, mirtazapina, clonazepam e ácido acetilsalicílico.

Na entrevista, a usuária mostrou muito interesse em colaborar com o acompanhamento farmacoterapêutico, no entanto pelo fato de frequentar o Centro somente durante as consultas ao médico, foi inviável o desenvolvimento do trabalho. M. J. R. alegou não participar e frequentar o CAPS somente por causa das entrevistas.

**Fatores relacionados à ausência de adesão:** Disponibilidade de tempo e comparecimento ao CAPS somente para consultas médicas.

#### **4.1.4 Relato de caso F. C. A. B.**

Foi selecionado um quarto usuário do sexo masculino, 38 anos, solteiro, oriundo de Teresina, Piauí. Possui como grau de instrução: ensino médio completo. A entrevista aconteceu no dia três de abril de 2012. No primeiro momento, foi possível identificar agitação por parte do paciente. Então, foi realizada a oferta do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, e posteriormente, direcionados a ele alguns questionamentos a fim de obter informações básicas sobre sua história clínica e hábitos de vida.

A princípio, ele se sentiu confortável para relatar sobre seu cotidiano, bem como o histórico familiar e clínico. Afirmou ser inquieto e nervoso em alguns momentos. Citou que durante a gestação, a mãe passou por momentos difíceis, e que os sintomas surgiram na infância. Na adolescência, o mesmo sofreu um

acidente que comprometeu a visão. Ao decorrer da entrevista, foi notada uma dificuldade do paciente em responder o questionário, além dos comportamentos inadequados relacionados à falta de interesse no acompanhamento farmacoterapêutico. Esses fatores foram considerados limitações importantes no diálogo direto, uma vez que é fundamental a colaboração voluntária do usuário para o desenvolvimento do estudo.

De acordo com a análise do prontuário, ele entrou no CAPS em junho de 2011, sendo diagnosticado com retardo mental leve e esquizofrenia. Possui como cuidador o pai, que conforme comentário do usuário é dedicado e compreensivo. Os medicamentos utilizados por ele são: risperidona 2 mg, três vezes ao dia; carbamazepina 200 mg, três vezes ao dia; prometazina 0,5 mg, três vezes ao dia e diazepam 5 mg, dois comprimidos a noite.

**Fatores relacionados à ausência de adesão:** Dificuldade em responder o questionário e desinteresse no acompanhamento.

#### **4.1.5 Relato de caso J. S. R.**

No dia dez de abril de 2012, foi entrevistado o quinto usuário, sexo masculino, 35 anos, solteiro, peso 90 kg, altura 1,62 m, oriundo de União, Piauí. Inicialmente, foi realizado o questionamento para obter as informações básicas sobre dados pessoais e hábitos de vida. J. S. R. relatou não apresentar histórico de hipertensão e diabetes e não realizar atividades físicas. Ele comentou desconhecer o papel do farmacêutico. Então, foi realizada a oferta do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, com intuito de esclarecê-lo quanto aos benefícios da Atenção Farmacêutica. Ainda assim, ele alegou não querer ser acompanhado.

Conforme prontuário, o usuário entrou no CAPS em 2010 e foi internado quatro vezes no Areolino de Abreu. Faz uso dos seguintes medicamentos: diazepam (três vezes ao dia); clonazepam (três vezes ao dia); haloperidol (duas vezes ao dia); prometazina (três vezes ao dia); risperidona (uma vez ao dia). Utilizava levomepromazina, mas suspendeu por conta própria, relatando que sentia fraqueza.

**Fatores relacionados à ausência de adesão:** Desconhecimento sobre a prática da Atenção Farmacêutica e desinteresse no acompanhamento.

#### 4.1.6 Relato de caso E. C. T

O usuário do sexo masculino, 44 anos, casado, peso 51 kg, cujo grau de instrução é ensino fundamental incompleto, foi selecionado devido o histórico clínico e os problemas de saúde identificados por meio da análise do prontuário. Os principais problemas verificados estão relacionados à hipertensão, etilismo e tabagismo.

A entrevista aconteceu no dia vinte e quatro de abril de 2012, às 10:15 horas. Inicialmente, o usuário demonstrou curiosidade em conhecer a prática da Atenção Farmacêutica (AF). Entretanto, quando questionado sobre algumas informações relacionadas a dados pessoais, histórico clínico e hábitos de vida, o mesmo demonstrou inquietação e insatisfação em responder as perguntas.

E.C.T. afirmou estar a muito tempo no CAPS, no entanto não soube especificar a informação. Não gosta de frequentar o Centro e relatou que as pessoas não gostam dele. Apesar da falta de colaboração em responder os questionamentos foi possível identificar que o paciente possui uma alimentação inadequada e insuficiente para as necessidades básicas diárias, quando questionado sobre seus os hábitos alimentares. Foi verificada divergência de informações em relação às obtidas no prontuário, em que na entrevista o mesmo afirmou não consumir bebidas alcoólicas e não ser tabagista. O usuário demonstrou descuido com a aparência e a saúde.

**Fatores relacionados à ausência de adesão:** Desmotivação em comparecer ao CAPS, desinteresse no acompanhamento e falta de colaboração em responder questionário.

#### **4.2 Perfil e motivos autorreferidos dos usuários não aderentes ao AFT em unidade do CAPES.**

O conhecimento da frequência de um transtorno mental pode ampliar a compreensão das causas da doença e direcionar as formas de tratamento. Dessa forma, por meio da epidemiologia psiquiátrica é possível investigar a distribuição dos transtornos mentais na população e os fatores que influenciam a prevalência. As características epidemiológicas de uma doença, que incluem descrição da distribuição de fatores como idade, sexo, gênero e classe social, fazem parte do relatório das patologias e são usadas para estabelecer critérios de diagnóstico e prognóstico (SILVEIRA et al., 2011).

Buscando delinear o perfil dos usuários portadores de transtornos psicossociais que não aceitaram aderir ao programa de Atenção Farmacêutica, foram consideradas as variáveis relacionadas a dados pessoais autorreferidos, como: faixa etária, situação conjugal e escolaridade. Foram selecionados vários prontuários, mas apenas seis atendiam aos critérios de inclusão. Desses seis entrevistados, três eram do sexo feminino e três do sexo masculino. A faixa etária verificada foi entre 27 e 58 anos. Em relação à escolaridade, quatro dos seis pacientes apresentaram como grau de instrução, ensino médio completo, sendo este o maior nível de formação verificado (Tabela 4).

A continuidade da análise possibilitou verificar que cada usuário não aceitou de forma voluntária participar do programa de Atenção Farmacêutica. Os principais fatores que influenciaram a adesão deficiente ao acompanhamento farmacoterapêutico estão descritos na Tabela 5, bem como os motivos autorreferidos pelos entrevistados. O desinteresse, desconhecimento em relação ao serviço de AFT e disponibilidade de tempo foram considerados preponderantes para a prevalência de pacientes não aderentes ao AFT. A inexistência de profissionais farmacêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial do município pode ser um fator implantação da prática, especificamente, farmacêutica.

A ausência de adesão é considerado um comportamento relacionado as experiências e decisões específicas do paciente que devem ser levadas em questão. A satisfação do usuário com o tratamento pode ser um importante preditor de melhora da adesão (COPELAND; ZEBER; SALLOUM, 2008). Dessa forma, os sujeitos participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, a

colaboração voluntária e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido caso houvesse aceitação por parte dos mesmos.

**Tabela 4:** Perfil autorreferido de usuários portadores de transtornos psicossociais, durante a atividade de Atenção Farmacêutica no serviço do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) da zona leste do município de Teresina, Piauí.

| <b>Usuários</b> | <b>Faixa etária (Anos)</b> | <b>Situação conjugal</b> | <b>Escolaridade</b>           | <b>Resposta ao convite para AFT</b> |
|-----------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| M. B. M. M.     | 50                         | divorciada               | Ensino médio completo         | Não                                 |
| S. M. S. L.     | 27                         | solteira                 | Ensino médio completo         | Não                                 |
| M. J. R.        | 58                         | casada                   | Analfabeta                    | Não                                 |
| F. C. A. B.     | 38                         | solteiro                 | Ensino médio completo         | Não                                 |
| J. S. R.        | 35                         | solteiro                 | Ensino médio completo         | Não                                 |
| E. C. T         | 44                         | casado                   | Ensino fundamental incompleto | Não                                 |

**Fonte:** Pesquisa direta.

**Tabela 5:** Principais fatores que influenciam a adesão deficiente e motivos autorreferidos pelos usuários ao acompanhamento farmacoterapêutico.

| <b>Usuários</b> | <b>Fatores</b>   | <b>Motivo Autorreferido</b>  |
|-----------------|--|--|
| M. B. M. M.     | Disponibilidade de tempo<br>Desinteresse no acompanhamento   | Segue as recomendações e participa das atividades; falta de tempo para as entrevistas. |
| S. M. S. L.     | Desmotivação em comparecer ao CAPS<br>Não adesão ao tratamento psicofarmacológico                                      | Não gosta de frequentar o CAPS e de conversar com a psicóloga.                         |
| M. J. R.        | Disponibilidade de tempo<br>Comparecer ao CAPS somente para consultas médicas  | Frequenta o CAPS somente pelas consultas médicas                                       |
| F. C. A. B.     | Dificuldade em responder o questionário<br>Desinteresse no acompanhamento  | -  |
| J. S. R.        | Desconhecimento sobre a prática da Atenção Farmacêutica<br>Desinteresse no acompanhamento                              | Relatou desconhecer o papel do farmacêutico e não querer ser acompanhado.              |
| E. C. T         | Desmotivação em comparecer ao CAPS<br>Desinteresse no acompanhamento<br>Falta de colaboração em responder questionário | Relatou não querer ir ao CAPS, pois as pessoas não gostam do usuário.                  |

**Fonte:** Pesquisa direta.

### **4.3 Classificação ATC (*Anatomical Therapeutic and Chemical Classification*).**

A Classificação ATC (*Anatomical Therapeutic and Chemical Classification*) é um sistema de classificação de medicamentos criado pelo Conselho Nórdico de Medicamentos, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e empregado pelo Centro Colaborativo para o Monitoramento Internacional de Medicamentos, sendo continuamente revisado pelo Conselho Nórdico de Medicamentos sob a coordenação do Centro Colaborativo para Metodologia sobre Estatística de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde (LIMA et al., 2008).

A finalidade do sistema é servir como uma ferramenta de pesquisa para a utilização de medicamentos, a fim de melhorar a qualidade do uso de drogas. Um componente deste é a apresentação e comparação das estatísticas de consumo de drogas em níveis internacionais e outras (*World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*, 2003).

A utilização dessa Classificação, para caracterizar os fármacos levantados nas primeiras entrevistas aos usuários, mostrou que a maioria se tratava de medicamentos utilizados para patologias do sistema nervoso; sangue e formas orgânicas do sangue, bem como sistema respiratório, sistema cardiovascular, metabolismo e trato alimentar (Tabela 6). A influência dos medicamentos de uso contínuo pelos pacientes apresenta a probabilidade de ocorrência de erros (NUNES et al., 2008).



**Tabela 6:** Levantamento e classificação dos fármacos mais utilizados pelos usuários entrevistados, segundo o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* – ATC, níveis 1, 2 e 3.

| <b>Grupo de medicamentos<br/>ATC1</b> | <b>Grupo de medicamentos<br/>ATC2</b>    | <b>Grupo de medicamentos<br/>ATC3</b> | <b>Código ATC</b>               | <b>Nº</b> |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|-----------|
| <b>Sistema Nervoso – N</b>            | Analgésicos                              | Outros analgésicos e antipiréticos    | N02B                            | 1*        |
|                                       | Antiepilépticos                          | Antiepilépticos                       | N03A                            | 4         |
|                                       | Antiparkinsonianos                       | Agentes Anticolinérgicos              | N04A                            | 2         |
|                                       | Psicolépticos                            | Antipsicóticos                        | N05A                            | 7         |
|                                       |  | Ansiolíticos                          | N05B                            | 4         |
|                                       | Psicoanalépticos                         | Antidepressivos                       | N06A                            | 1         |
| <b>Sangue e formas orgânicas – B</b>  | Preparações Antianêmicas                 | Preparações de Ferro                  | B03A                            | 1         |
|                                       | Agentes Antitrombóticos                  | Agentes Antitrombóticos               | B01A                            | 1*        |
|                                       | <b>Sistema Respiratório-R</b>            | Anti-histamínicos para uso sistêmico  | Anti-histamínicos uso sistêmico | R06A      |
| <b>Sistema Cardiovascular – C</b>     | Diuréticos                               | Tiazídicos                            | C03A                            | 1         |
|                                       | Agentes Betabloqueadores                 | Agentes Betabloqueadores              | C07A                            | 1         |
|                                       | <b>Trato alimentar e metabolismo – A</b> | Preparações Estomatológicas           | Preparações Estomatológicas     | A01A      |
| <b>TOTAL</b>                          | -  | -                                     | -                               | <b>24</b> |

**Legenda:** \*Ácido acetilsalicílico possui três classificações.

#### **4.4 Relato do caso M. S. F. A.**

##### **4.4.1 Primeira entrevista**

A primeira visita à usuária aconteceu no dia dois de maio de 2012, às 9:00 horas, quando foi realizado um questionamento sobre o seu estado de saúde, com intuito de identificar possíveis problemas relacionados ao tratamento farmacoterapêutico. Nessa entrevista foram obtidos dados sociodemográficos e clínicos. A usuária tinha 37 anos, apresenta como grau de instrução ensino médio completo, oriunda de Teresina, Piauí, residia com os pais e quatro irmãos e possuía uma das irmãs como cuidadora, com o mesmo grau de instrução.

Ao longo da entrevista, ela relatou não possuir comprometimento patológico, mas comentou apresentar histórico familiar de hipertensão e diabetes, assim como colesterol alto, problemas cardiovasculares e sofrimentos devido ao estresse; referiu não ser tabagista, não ingerir bebidas alcoólicas e possuía uma dieta alimentar inadequada, sem se preocupar com consumo de frutas e verduras. Além disso, não realizava atividades físicas regularmente, se exercitando somente quando havia atividades físicas no CAPS, entre uma a duas vezes por semana. Queixou-se do seu peso, o qual constou 58 kg, e mostrou-se muito preocupada, por que engordou quando começou o tratamento no CAPS. Nessa entrevista, a usuária apresentou pressão arterial no valor de 90 por 70 mmHg.

Os principais problemas identificados nessa fase da entrevista estão relacionados aos hábitos de vida da usuária, sobretudo os alimentares, uma vez que a mesma relatou se alimentar bastante de frituras, tomar entre três a cinco copos de café e refrigerantes, diariamente. No horário da refeição noturna, ela preferia tomar os medicamentos e dormir. Para obtenção de informações complementares, foi necessário o acompanhamento e acesso aos registros do prontuário da usuária.

Quando foi integrada ao CAPS, se queixava de insônia, crises depressivas, medo e tremores. Teve a primeira crise no ano de 2002 quando começou a chorar devido a alucinações visuais e auditivas. Posteriormente ao acontecimento, ela se recuperou e voltou a exercer as atividades profissionais. Por meio da análise do prontuário, foi possível verificar o parecer diagnóstico da usuária, inicialmente Transtorno psicótico agudo com sintomas esquizofrênicos. Fazia uso das seguintes medicações com as respectivas posologias: carbonato de lítio (300 mg, duas vezes

ao dia); fluoxetina (20 mg, duas vezes ao dia); quetiapina (200 mg, uma vez a noite) e clonazepam (2 mg, uma vez a noite).

#### 4.4.2 Segunda Entrevista

Na segunda entrevista realizada no dia nove de maio às 9:00 horas, a usuária se mostrou muito interessada em colaborar com o acompanhamento farmacoterapêutico e em seguir as orientações farmacêuticas, embora estivesse com uma aparência abatida e bastante sonolenta. Foi entregue, então, o primeiro boletim informativo (Ilustração I), referente aos medicamentos prescritos pelo psiquiatra responsável e a forma correta de utilizá-los.

Ao decorrer da entrevista, a usuária se sentiu confortável para relatar hábitos do seu cotidiano. Quando questionada sobre a prática de atividades físicas, ela comentou não gostar de fazer caminhadas devido ao sentimento de pânico quando se depara com pessoas desconhecidas. E ainda relatou problemas relacionados à alimentação, por não conseguir se adequar a uma dieta balanceada, devido ao consumo exacerbado de doces e café. Outro problema identificado, referente a uma adesão deficiente da usuária ao tratamento estava relacionado à utilização incorreta da medicação, quando ela confessou tomar os quatro medicamentos prescritos pelo médico com leite. Relatou um fato ocorrido há um ano, quando usou risperidona e diazepam em quantidade excessiva, pois se queixava de pensamentos ruins, desde então o cuidador guarda os seus medicamentos. Relatou, ainda, que a sonolência a prejudica na realização de atividades domésticas.

Foram obtidos os valores de pressão arterial, glicemia capilar, peso, altura e calculado o Índice de Massa Corpórea (IMC). Dessa forma, a usuária apresentou pressão arterial 90 por 70 mmHg, glicemia capilar 94 mg/dL, peso 58,7 kg, altura 1,49 m e IMC  $26,4 \text{ kg/m}^2$ , classificando-a como uma usuária em sobrepeso conforme os parâmetros analisados. A importância do uso racional dos medicamentos na dose e horários prescritos foi enfatizada por meio de comunicação e boletim informativo entregue tanto a paciente, quanto ao cuidador. Foi solicitada a usuária um levantamento dos exames laboratoriais já realizados.

**RNMs/PRMs identificadas:** Necessidade, relacionada a não adesão a farmacoterapia indicada. Insegurança quantitativa, devido possíveis efeitos de medicamentos, como risperidona e diazepam em quantidade excessiva. Insegurança não quantitativa, relacionada à RAM observada (sonolência).



**Universidade Federal do Piauí**  
**Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia**  
**"Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes"**  
**- CAPS II Leste -**



Responsável: Lívia Queiroz de Sousa/ Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

---



**→ O QUE SÃO OS MEDICAMENTOS DO SEU TRATAMENTO?**

São medicamentos de controle especial que afetam o humor e comportamento e são chamados de psicofármacos.



**QUETIAPINA**  
(200 mg)

É um antipsicótico indicado para melhorar os sintomas de alguns transtornos, como: esquizofrenia, alterações do humor e de depressão associados ao transtorno afetivo bipolar.

**FLUOXETINA**  
(20 mg)

É um antidepressivo indicado no tratamento da depressão, associada ou não com ansiedade.

**CARBONATO DE LÍTIO**  
(300 mg)

Indicado no tratamento dos estados afetivos alterados do transtorno bipolar, prevenção da fase depressiva e tratamento de hiperatividade psicomotora .

**CLONAZEPAM**  
(2 mg)

É um benzodiazepínico utilizado no tratamento de transtorno de ansiedade, transtorno do humor, entre outras indicações.

---



**→ COMO VOCÊ DEVE TOMAR OS MEDICAMENTOS?**



**DEVE SER ENGOLIDO, SEM MASTIGAR, COM UM COPO CHEIO DE ÁGUA!**



**1 HORA ANTES OU 2 HORAS DEPOIS DAS REFEIÇÕES!**



**DIETA BALANCEADA E SEM EXCESSO DE GORDURAS!**

**LEMBRE-SE:** Evite tomá-los com chás, bebidas alcóolicas, leite!



**ATIVIDADE FÍSICA**  
(EX. CAMINHADA DIÁRIA: 20 A 30 MIN).

**ATENÇÃO!**

**SIGA A ORIENTAÇÃO DE SEU MÉDICO, RESPEITANDO SEMPRE OS HORÁRIOS, AS DOSES E A DURAÇÃO DO TRATAMENTO. NÃO INTERROMPA O TRATAMENTO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO!!! TUDO ISSO IRÁ AJUDAR NA RECUPERAÇÃO DO SEU BEM – ESTAR!!!**



**DADOS DO PACIENTE:**  
 NOME: M. S. F. A.    SEXO: Feminino    NÚMERO DO CADASTRO: 1834  
 IDADE: 37 anos

**Ilustração I:** Boletim informativo I elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE).

#### 4.4.3 Terceira entrevista

Na terceira entrevista realizada no dia vinte e um de maio às 9:00 horas, a usuária referiu estar triste por não poder ajudar a mãe nas tarefas domésticas. Após a segunda entrevista, ela relatou não ingerir mais doces, mas ainda persistia em tomar café a noite depois da medicação. As alucinações auditivas apareciam constantemente e a faziam pensar que a polícia queria prendê-la, por isso tinha medo das pessoas e sentia-se segura quando a irmã (cuidador) estava próxima. Além disso, ela buscava segurança em orações. A paciente comentou também que caso as vozes persistissem, ela tinha um plano de tomar todos os medicamentos antes que a pegasse. Durante a entrevista foi comentado que a usuária tomava dipirona quando estava com muita dor de cabeça, normalmente entre duas ou três vezes por semana. A pressão arterial foi aferida apresentando um valor de 100 por 70 mmHg. Devido os exames laboratoriais de M. S. F. A. estarem sob análise médica no CAPS, não foi possível verificar os parâmetros biológicos, durante o acompanhamento.

Foi entregue, então, o segundo boletim informativo (Ilustração II) com orientações relacionadas a uma dieta alimentar balanceada e adequada, levando em consideração seu quadro clínico e os medicamentos utilizados. Conforme foram emitidas as explicações e utilizado o método de repetição, a usuária demonstrou assimilar satisfatoriamente todas as orientações.

Com base em informações obtidas nessa entrevista, foi identificada a ocorrência de cefaleia persistente e evidenciada a gravidade do seu quadro clínico, devido aos constantes pensamentos ruins, sobretudo as ideações suicidas. A partir disso, foi solicitada junto a assistente social uma reavaliação do protocolo, em relação ao acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Assim como, foi verificada a possibilidade de interações medicamentosas entre os medicamentos usados pela usuária e as possíveis RAMs detectadas: sonolência, cefaleia persistente e ideação suicida, as quais foram notificadas a ANVISA.

**RNMs/PRMs identificadas:** Insegurança não quantitativa, relacionada às RAMs observadas (cefaléia e ideação suicida).


**Universidade Federal do Piauí**  
**Centro de Ciências da Saúde/ Curso de Farmácia**  
**"Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes"**  
**- CAPS II Leste -**  
 Responsável: Lívia Queiroz de Sousa / Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



---

**ORIENTAÇÃO QUANTO A DIETA ALIMENTAR**

**Alimentar-se bem nem sempre significa comer muito ou comer pouco.**

**Deve ser equilibrada e conter alimentos variados**

  
**Tome bastante água**

  
**Dê preferência aos alimentos naturais e carnes magras**

  
**Frutas e hortaliças cruas**

  
**Temperos e ervas aromáticas**

  
**Fontes de vitamina C**  
 Ex. laranja, limão, acerola

  
**Ingestão de fibras**  
 Ex. farelo de trigo, cereais integrais, bagaço de laranja, verduras de folha

**EVITE!**

  
**Frituras e carnes gordurosas**

  
**Consumo de sal e açúcar**

  
**Refeições volumosas**

**Observação: Alimentos muito salgados podem diminuir as concentrações de lítio no sangue**

**LEMBRE-SE: Siga as orientações do seu nutricionista. A dieta deve ser individual, respeitando as suas necessidades!**



**DADOS DO PACIENTE:**  
 NOME: M. S. F. A.      SEXO: Feminino  
 IDADE: 37 anos      NÚMERO DO CADASTRO: 1834

**Em caso de dúvidas consulte seu farmacêutico!!!**

**Ilustração II:** Boletim informativo II elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE).

#### 4.4.4 Quarta entrevista

Na quarta entrevista realizada no dia trinta de Maio às 9:00 horas, a usuária diz se sentir mais segura com o acompanhamento e com os boletins explicativos referente aos medicamentos prescritos (Ilustração I) e as orientações quanto a adesão a dieta alimentar balanceada (Ilustração II). Referiu estar nervosa desde que começou a fazer caminhadas, por acreditar que as pessoas estão sempre rindo dela. Isso pode ter refletido na utilização irracional de medicamentos, conforme relatado por ela. Durante a entrevista, comentou que após as caminhadas, tomava um comprimido de quetiapina no horário incorreto, porque a deixava bastante feliz e despertava o interesse pela leitura; e quando não tomava a medicação, sentia-se bastante fraca.

Ao longo da entrevista, puderam ser verificadas as dificuldades dela em aderir satisfatoriamente ao tratamento farmacoterapêutico, visto que a insegurança característica do seu quadro clínico a faz agir, em alguns momentos, por impulso. A pressão arterial foi aferida apresentando valor 90 por 60 mmHg.

Quando observado os registros do prontuário, M. S. F. A. estava sonolenta, sob sentimento de incapacidade, angústia e tristeza, além da ocorrência de alucinações auditivas. Dias anteriores a data da entrevista, a usuária ficou agressiva, relatando medo de enfrentar o mundo e as pessoas, bem como sentimento de pânico em relação à morte.

Então, foram elaborados dois Boletins informativos. O terceiro boletim informativo (Ilustração III) foi direcionado a paciente, contendo informações sobre a posologia medicamentosa, RAMs identificadas até o momento e as possíveis interações medicamentosas entre os medicamentos prescritos e os utilizados por meio da prática da automedicação. O quarto boletim informativo elaborado (Ilustração IV) descreve o relato de caso e explica sobre a ocorrência de reações adversas com a administração de quetiapina, carbonato de lítio, fluoxetina e clonazepam, referentes à farmacoterapia da usuária, e foi encaminhado ao médico psiquiatra responsável.

**RNMs/PRMs identificadas:** Necessidade, devido a não adesão ao tratamento farmacológico indicado. Inefetividade quantitativa, relacionada à possibilidade de interações medicamentosas.



Universidade Federal do Piauí

Centro de Ciências da Saúde/ Curso de Farmácia

“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de usuários”

-CAPS II Leste –



Responsável: Livia Queiroz de Sousa/ Orientador: Prof. Dr. Rivellison Mendes de Freitas

---

## BOLETIM INFORMATIVO

---



**POSOLOGIA**

CARBONATO DE LÍTIO (300 mg) .....2X dia

QUETIAPINA (200 mg) ..... 1X dia

FLUOXETINA (20 mg) ..... 2X dia

CLONAZEPAM (2 mg) ..... 1X dia






SONOLÊNCIA



DORES DE CABEÇA



PENSAMENTOS RUINS



CLONAZEPAM

CARBONATO DE LÍTIO

QUETIAPINA

FLUOXETINA




### POSSÍVEIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

**Carbonato de lítio X Fluoxetina**

PODEM OCORRER ALTERAÇÕES NOS NÍVEIS SANGUÍNEOS DE LÍTIO, E EM ALGUNS CASOS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE TOXICIDADE.

**Carbonato de lítio X Drogas antiinflamatórias**

POSSÍVEL AUMENTO DOS EFEITOS FARMACOLÓGICOS TÓXICOS DO LÍTIO.

**Fluoxetina X Drogas antiinflamatórias**

PODE OCORRER AUMENTO DE SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL DURANTE O USO CONCOMITANTE DESSES MEDICAMENTOS.



NOME: M. S. F. A. SEXO: Feminino

IDADE: 37 anos NÚMERO DO CADASTRO: 1834

**Em caso de dúvidas consulte seu farmacêutico!!!**

**Ilustração III:** Boletim informativo III elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE).





Vol. 3, n. 2/2012  
ISSN 2237-7387

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE FARMÁCIA

**Boletim Informativo**



Grupo de Estudos sobre Uso de Medicamentos

*Reações Adversas a Psicotr3picos*

**CONSULTE O SEU M3DICO OU FARMAC3UTICO**

Teresina, Mar/Abr de 2012

**Ilustração IV:** Boletim informativo IV elaborado para o m3dico respons3vel pela prescriç3o m3dica da usu3ria durante a pr3tica da ATENFAR no Centro de Atenç3o Psicossocial (CAPS-LESTE).

## Reações Adversas a Medicamentos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define reação adversa a medicamento (RAM) como sendo “qualquer resposta prejudicial ou indesejável e não intencional que ocorre com medicamentos em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico, tratamento de doença ou para modificação de funções fisiológicas”.



### Ocorrência de eventos adversos com o uso:

#### Quetiapina

A quetiapina é um antipsicótico atípico útil no tratamento do transtorno afetivo bipolar. Seus efeitos adversos mais comuns são sonolência e tonteados. Pode provocar hipotensão ortostática em aproximadamente 7% dos pacientes, e ganho de peso associado ao uso do medicamento. Nesse caso, o monitoramento e o controle da ingestão de alimento são necessários para o controle do peso ao uso dessa droga.



- ⇒ Dor de cabeça
- ⇒ Sonolência
- ⇒ Agitação
- ⇒ Aumento do peso
- ⇒ Aumento do colesterol
- ⇒ Alucinações
- ⇒ Discinesia tardia

#### Clonazepam

É um benzodiazepínico utilizado para tratar o transtorno de ansiedade, transtorno do humor, entre outras indicações, como: insônia, epilepsia mioclônica, tensão muscular e abstinência de álcool. O clonazepam mostra-se útil em pacientes com depressão maior e transtorno do pânico tratados com ISRS, como fluoxetina e sertralina.

**Ilustração IV:** Boletim informativo IV elaborado para o médico responsável pela prescrição médica da usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE).

## Clonazepam



- ⇒ Amnésia
- ⇒ Ataxia
- ⇒ Vertigem
- ⇒ Depressão
- ⇒ Sonolência
- ⇒ Fraqueza

## Carbonato de Lítio

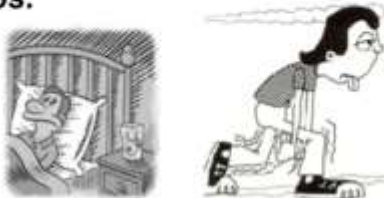
O Lítio é um estabilizador de humor amplamente usado na psiquiatria, geralmente como o sal carbonato e ocasionalmente como o sal citrato. É indicado no tratamento dos estados afetivos alterados do transtorno bipolar, prevenção da fase depressiva e tratamento de hiperatividade psicomotora. Podem provocar efeitos adversos do Sistema Nervoso Central, gastrointestinais, endócrinos, renais, cardiovasculares e dermatológicos.



- ⇒ Tremores
- ⇒ Hipotensão
- ⇒ Aumento do peso
- ⇒ Sonolência
- ⇒ Arritmias cardíacas
- ⇒ Zumbido
- ⇒ Visão turva
- ⇒ Convulsão

## Fluoxetina

Antidepressivo inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), indicado para tratar depressão associada ou não a ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, síndromes do pânico e transtorno de estresse pós-traumático. Os ISRS são mais bem tolerados do que os antidepressivos tricíclicos e apresentam menos efeitos adversos, devido a maior seletividade à receptores serotoninérgicos.



- ⇒ Insônia
- ⇒ Ansiedade
- ⇒ Alucinações
- ⇒ Fadiga
- ⇒ Disfunção da libido
- ⇒ Distúrbios gastrointestinais

**Ilustração IV:** Boletim informativo IV elaborado para o médico responsável pela prescrição médica da usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE).

## Relato de Caso

M. S. F. A. de 37 anos, sexo feminino, usuária do CAPS II – Leste, oriunda de Teresina – PI, apresenta como grau de instrução ensino médio completo. Relata apresentar colesterol alto e problemas cardiovasculares, além de histórico familiar de hipertensão e diabetes. Não realiza atividades físicas com frequência.

No dia 09/05/2012, a usuária apresentou uma diminuição da pressão arterial para valores de 90 por 70 mmHg. Queixou-se de sonolência e afirma que para solucionar o problema toma muito café, sobretudo à noite, após a medicação. No dia 22/05/2012, a usuária relatou utilizar 2 comprimidos de carbonato de lítio, ao invés de clonazepam, em situações de inquietação e/ou agitação. Queixa-se de alucinações e pensamentos suicidas, constantemente. Relatou ainda utilizar dipirona por conta própria em caso de cefaleia persistente.

Atualmente, a usuária faz uso dos seguintes medicamentos: carbonato de lítio (300 mg – 1 comprimido pela manhã e 1 a noite); fluoxetina (20 mg – 1 comp. pela manhã e 1 a noite); quetiapina (200 mg – 1 x noite) e clonazepam (2 mg – 1 x noite).

### Referências

- GOLAN, D. E.; ARMSTRONG, A. W.; ARMSTRONG, E. J.; TASHJIAN, A. H. *Princípios de Farmacologia - a base fisiopatológica da farmacoterapia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- SHATVBERG, A. S.; COLE, J. O.; DEBATTISTA, C. *Manual de psicofarmacologia clínica*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

O Boletim Informativo Geum é uma publicação trimestral dos professores e alunos do curso de farmácia da UFPI, para informações, colaborações, dúvidas e sugestões entre em contato pelo e-mail e telefone abaixo:

E-mail: [geum.ufpi@gmail.com](mailto:geum.ufpi@gmail.com); Tel.: (86) 3237-1336

**COORDENADOR:** Prof. Dr. Lívio César Cunha Nunes

**SUB-COORDENADOR:** Prof. Dr. Rivellison Mendes de Freitas

**AUTORES:** Lívia Queiroz de Sousa<sup>1</sup>; Rivellison Mendes de Freitas<sup>2</sup>; Lívio César da Cunha Nunes<sup>2</sup>

1 - Discente do Curso de Farmácia da UFPI.

2 - Docentes do Curso de Farmácia da UFPI.

**Apoio:**



**Ilustração IV:** Boletim informativo IV elaborado para o médico responsável pela prescrição médica da usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE).

#### 4.4.5 Quinta entrevista

Na quinta entrevista realizada no dia seis de Junho às 9:00 horas, a usuária referiu não se sentir bem desde quando a psicóloga que a acompanhava saiu do Centro de Atenção. Ela comentou confiar muito na profissional e acreditava que não se adaptaria aos métodos utilizados pela psicóloga substituta. Ela relatou estar realizando com frequência atividades físicas, como caminhadas, ainda que se houvesse sentimento de insegurança na presença de pessoas desconhecidas. Estava se esforçando para diminuir a sonolência, o que contribuiu para realização de atividades domésticas, assim como reduziu a ingestão de café e regulou a compulsão por comida.

No decorrer da entrevista, foram identificados novamente problemas da usuária em se adequar ao tratamento farmacoterapêutico, seguindo a posologia prescrita. Em dias que estava muito nervosa, fazia uso de um comprimido de quetiapina antes das caminhadas, e voltava a utilizar a medicação no horário prescrito. Ela relatou que as dores de cabeça e os pensamentos ruins diminuíram, mas quando não utilizava os medicamentos, tinha sensação de que o mundo fosse acabar e que todos tinham o direito de julgá-la. Apresentou valor de pressão arterial de 110 por 70 mmHg.

Dessa maneira, ao final da entrevista foi entregue o quinto boletim informativo (Ilustração V) sobre automedicação com intuito de esclarecer e conscientizar a mesma quanto aos riscos causados por essa prática, sobretudo em relação à utilização de analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios de forma demasiada.

**RNMs/PRMs identificadas:** Necessidade, devido a não adesão ao tratamento farmacológico indicado. Insegurança quantitativa, relacionada à dose de quetiapina ao dia estar elevada.



Universidade Federal do Piauí  
Centro de Ciências da Saúde/ Curso de Farmácia  
"Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes" **ATENFAR**



-CAPS II Leste –  
Responsável: Livia Queiroz de Sousa/ Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

---

## BOLETIM INFORMATIVO

---

### O que é AUTOMEDICAÇÃO?



**CUIDADO**  
AUTOMEDICAÇÃO  
NÃO!

A automedicação é a utilização de medicamentos por conta própria ou por indicação de pessoas não habilitadas.

---

### Quais os riscos causados pela automedicação?

Uma das preocupações frente à automedicação e ao uso indiscriminado de medicamentos:  
**RISCO DE INTOXICAÇÃO**





ATENÇÃO!

Os analgésicos , os antitérmicos e os antiinflamatórios representam as classes de medicamentos que mais intoxicam.

---

### LEMBRE-SE

- EM CASOS DE DÚVIDAS, CONSULTE SEU FARMACÊUTICO
- NINGUÉM PODE SUBSTITUIR SEU MÉDICO OU FARMACÊUTICO NA HORA DE ORIENTAR SOBRE UM MEDICAMENTO
- ISSO IRÁ AJUDAR NA RECUPERAÇÃO DO SEU BEM – ESTAR!!!



DADOS DO PACIENTE:

NOME: M. S. F. A.      SEXO: Feminino  
IDADE: 37 anos      NÚMERO DO CADASTRO: 1834

**Ilustração V:** Boletim informativo V elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE).

#### 4.4.6 Sexta entrevista

Nesta entrevista, realizada no dia vinte de Junho às 9:00 horas, a usuária relatou aumento da sensação de “pavor” e tristeza, além da vontade de tomar os medicamentos em uma única vez. Fez tratamento dentário e lhe foi prescrito dipirona e diclofenaco. A mesma suspendeu a medicação dois dias depois e passou a fazer uso de “remédios naturais”, como a casca da ameixa. Nesses dias de tratamento, suspendeu as caminhadas por recomendação odontológica. A paciente comentou ainda que há aproximadamente um mês não se consultava com o psiquiatra e não conseguia se adaptar a abordagem da nova psicóloga. Ficava muito feliz com as ligações telefônicas, para marcar com antecedência a entrevista. Apresentou valor de pressão arterial de 100 por 70 mmHg.

Ao final da entrevista, foi entregue o cartão de monitoramento do peso, circunferência da cintura, pressão arterial e glicemia capilar (Ilustração VI); e explicada a importância da prática de acompanhamento desses parâmetros para a melhoria na qualidade de vida. Devido à preocupação com a falta de adaptação da M. S. F. A. a nova abordagem psicológica, o problema foi informado a assistente social e solicitado o aumento da frequência das consultas psiquiátricas.

**RNMs/PRMs identificadas:** Inefetividade quantitativa, relacionada à possibilidade de interações medicamentosas.

**"A maior riqueza é a saúde"**

Mantenha hábitos de vida saudáveis.  
Tenha uma alimentação balanceada e pratique exercícios.

Com esse cartão em mãos você poderá acompanhar sua saúde.

Leve sempre que tiver consulta com seu **FARMACÊUTICO.**

Apresente-o sempre ao médico durante a consulta.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
"ATENÇÃO FARMACÊUTICA A GRUPOS ESPECÍFICOS DE USUÁRIOS"  
RESPONSÁVEIS:

Kássia Karoline Leal Barros Gomes<sup>1</sup>, Alexandre Xavier de Lira da Silva<sup>1</sup>, Lívia Queiroz de Souza<sup>2</sup>, Maria Densa de Sousa Neta<sup>1</sup>, Tamyres de Andrade Macedo<sup>1</sup> e Rivellson Mendes de Freitas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discentes do Curso de Graduação em Farmácia da UFPI.  
<sup>2</sup>Docente do Curso de Graduação em Farmácia da UFPI.





UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE FARMÁCIA



**Controlando sua saúde**



USUÁRIO: \_\_\_\_\_

**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO**  
Cartão de Monitoramento

| DATA | Pressão Arterial | Glicemia | Peso | IMC |
|------|------------------|----------|------|-----|
|      |                  |          |      |     |
|      |                  |          |      |     |
|      |                  |          |      |     |
|      |                  |          |      |     |
|      |                  |          |      |     |
|      |                  |          |      |     |
|      |                  |          |      |     |
|      |                  |          |      |     |
|      |                  |          |      |     |

PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_



| CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA | MEDICAÇÃO |
|---------------------------|-----------|
|                           |           |
|                           |           |
|                           |           |
|                           |           |
|                           |           |
|                           |           |
|                           |           |
|                           |           |
|                           |           |
|                           |           |

**Ilustração VI:** Cartão de monitoramento direcionado a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II-LESTE).



#### 4.4.7 Sétima entrevista

Nesta entrevista realizada no dia onze de Julho às 9:00 horas, a usuária referiu estar bem e que sua qualidade de vida melhorou muito após o acompanhamento farmacoterapêutico. Relatou que se sentia motivada com as visitas e os boletins informativos direcionados a ela. De acordo com o prontuário, apresentou sonolência excessiva há aproximadamente um mês. Foi verificado que o psiquiatra responsável alterou a prescrição médica, diminuindo as doses de carbonato de lítio (300 mg, uma vez a noite) e fluoxetina (20 mg, uma vez pela manhã).

A usuária comentou o fato de voltar a trabalhar em setembro, mas não se sente segura com isso, e ainda relatou sentimento de pânico, delírios e alucinações auditivas relacionadas à sua morte. Relatou ao psiquiatra queixas relacionadas à gastrite, o qual explicou que pode ser devido ao uso dos medicamentos. A mesma apresentou pressão arterial de 110 por 70 mmHg.

Baseado na quantidade de medicamentos administrados diariamente por M. S. F. A., foi elaborada e entregue uma ficha de acompanhamento posológico (Ilustração VII) para a promoção do uso racional dos medicamentos pela paciente, considerando os horários e a forma de administração adequada.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ CURSO DE FARMÁCIA  
"Atenção farmacêutica a grupos específicos de pacientes-saúde mental"  
-CAPS II Leste -



Responsável: Livia Queiroz de Sousa/ Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

Usuário (a): \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

| PERÍODO  | HORÁRIO | MEDICAMENTOS | QUANTIDADE | TOMAR COM   |   |   |
|--|---------|--------------|------------|---|---|---|
|  |         |              |            | ÁGUA  | SUCO  | LEITE   |
| <b>MANHÃ</b><br><br>    |         |              |            |  |  |  |
|  |         |              |            |   |   |   |
|  |         |              |            |   |   |   |
| <b>TARDE</b><br><br> |         |              |            |   |   |   |
|  |         |              |            |   |   |   |
|  |         |              |            |   |   |   |
| <b>NOITE</b><br><br> |         |              |            |   |   |   |
|  |         |              |            |   |   |   |
|  |         |              |            |   |   |   |

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Se você se sentir mal ao tomar esses medicamentos, avise ao MÉDICO ou FARMACÊUTICO!**

Ilustrações: Diarlle Carvalho acadêmico do 9º período do Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Federal do Piauí.

**Ilustração VII:** Ficha elaborada para a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II-LESTE).

#### **4.4.8 Oitava entrevista**

Na oitava entrevista realizada no dia dezesseis de Julho às 9:00 horas, a usuária referiu não se sentir bem, apesar de todo acompanhamento da equipe multidisciplinar do CAPS e apoio familiar. Tem medo de que não consiga se recuperar. Reclama da sonolência excessiva que a impede de realizar o trabalho doméstico, e que por consequência, os seus familiares se irritam.

A paciente relatou que as dores de cabeça (cefaléia) diminuíram, porque estava sem tomar o medicamento fluoxetina há quatro dias, e pelo fato do mesmo contribuir nas reações indesejáveis, quer que o médico retire-a da prescrição. Isso porque a usuária também associa as dores de cabeça (cefaléia), tonturas (vertigem) e “ondulações na cabeça” ao uso da fluoxetina. Quando se esquece de tomar outro medicamento, como quetiapina ou clonazepam apresenta sensação de frio (álgido), fraqueza (astenia) e tremores. Em relação à alimentação, não consegue continuar com a dieta balanceada recomendada pela nutricionista do CAPS, devido à ansiedade. A mesma apresentou pressão arterial de 90 por 60 mmHg.

#### **4.4.9 Nona entrevista**

A nona entrevista foi marcada para o dia trinta de Julho de 2012, no entanto a usuária não compareceu. Então, a visita ocorreu no dia quinze de agosto, às 9:00 horas. M. S. F. A. apresentou insegurança nas informações fornecidas, bem como desconhecimento quanto ao seu tratamento farmacoterapêutico. Ela informou não se alimentar adequadamente e não aderir à dieta alimentar passada pela nutricionista do Centro devido aos medicamentos. Nessa entrevista, mencionou sonolência, nervosismo e suor excessivo ao tomar a medicação, impossibilitando-a de prosseguir com as atividades que realizava diariamente, assim como ter interrompido a prática das atividades físicas (caminhadas).

Durante a visita a usuária demonstrou insatisfação com a continuidade do tratamento, por causa do medicamento fluoxetina, o qual lhe proporcionava sensações de “pavor”. Foi notado, ainda, que a mesma tinha um comprimido de carbonato de lítio em seu bolso. Quando questionada sobre o fato, afirmou utilizar o medicamento em casos extremos, já que lhe proporcionava mais segurança.

Com isso, foi comprovado mais uma vez a dificuldade de adesão ao tratamento conforme as prescrições médicas e orientações farmacêuticas. Nesse sentindo, surgiu a necessidade de dialogar com a usuária sobre a importância da adesão a farmacoterapia e a influência disso na recuperação do seu bem-estar. Ao observar os registros do prontuário, foram constatadas as seguintes mudanças posológicas: Carbonato de lítio 300 mg, uma vez a noite; Fluoxetina 20 mg, uma vez ao dia pela manhã e o Clonazepam 2 mg, meio comprimido a noite. A pressão arterial foi aferida apresentando valor 90 por 70 mmHg.

#### **4.4.10 Décima entrevista**

Nessa entrevista, realizada no dia dez de Setembro de 2012, às 9:00 horas, a usuária relatou evolução e confiança no tratamento farmacológico, embora apresentasse os comportamentos psicóticos caracterizados pela dissociação entre pensamento e realidade. A usuária referiu que as crises diminuíram, e por consequência estava se sentindo motivada e alegre. Afirmou que se sente muito bem no CAPS. Em conformidade, as informações obtidas no prontuário citavam delírios persecutórios ao longo de todas as entrevistas, e nesse momento do acompanhamento farmacoterapêutico pôde ser verificado esse fenômeno em menor intensidade.

Para facilitar a assimilação e avaliar o conhecimento da usuária sobre o tratamento farmacológico, foram desenvolvidas atividades pedagógicas no intuito de dinamizar o processo de aprendizagem, buscando maior interação entre a teoria e a prática (Ilustração VIII a X). M. S. F. A. demonstrou satisfação em relação ao acompanhamento farmacoterapêutico conforme pode ser verificado pelos registros fotográficos realizados durante o AFT (Ilustração XI a XIII).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ CURSO DE FARMÁCIA  
“Atenção farmacêutica a grupos específicos de pacientes-saúde mental”  
--CAPS II Leste -  
Responsável: Livia Queiroz de Sousa  
Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas




**OLÁ! Você toma corretamente a sua medicação?**  
No caça-palavras abaixo estão os nomes dos medicamentos do seu tratamento.  
Mostre que você é capaz de identificá-los e passe para a próxima etapa!!!



B R O M A Z E P A M L C A T P Q E G J U D M G W U A  
Y A J V F S J E B N O Z R I S P F R I D O N A P A W  
I G H R O Y W C T G N D Q O W Z L Q F W A M O E A H  
T T Q U E T I A P I N A O X F A U V U T K M X I K Z  
S C D X Q Z Q R U Z P O W S Z B O B J Z Q K D T B  
Z P H N B Y O B J L P Y D N T K X N Z O M N T T H E  
Q P K J X E Q O G Y D B F I H J E W M L L A D Q Y R  
G U E K I B A L M D X Q P L O C T K X A W A D S J U  
Z T W V Y P A I T Z X H U J G E I T V N B C V V R Q  
H U C K V O I T O V O Y C F V D N B T Z S E E T R C  
T G R C T B D I Q M Y H F C L M A X J A M E U C C W  
C J A R T K I U O F E B Y H J H E N U P G V P R O N  
B A W S F P F M S N K R H S M Q T G A I Q R S L K M  
Q C L O N A Z E P A M G A E C A H Y S N F G R C F F  
K E R V M O A S C V O G I Q X E D N L A K Q X W C M  
R V G A T I O S H U D Z O L P I D E M D T C M X E I

**DADOS DO PACIENTE:**  
NOME: M. S. F. A.    SEXO: Feminino  
IDADE: 37 anos    NÚMERO DO CADASTRO: 1834

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ CURSO DE FARMÁCIA  
“Atenção farmacêutica a grupos específicos de pacientes-saúde mental”  
--CAPS II Leste -  
Responsável: Livia Queiroz de Sousa  
Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas




**O R I E N T A Ç Õ E S**

**F A R M A C E Ú T I C A S**



**Você sabia?**

- ❖ O seu tratamento é uma combinação de medicamentos classificados como antipsicóticos e antidepressivos, que agem no Sistema Nervoso Central, melhorando os sintomas em pacientes com transtornos psicóticos, transtorno de ansiedade, alterações do humor e de afetividade.
- ❖ A recuperação do seu bem-estar exige de você: cuidados, responsabilidade, dedicação, e acima de tudo, disciplina!



**ADVERTÊNCIA!!!**

**TOMAR MEDICAMENTOS EXIGE CUIDADOS, O PRIMEIRO SERIA A PRESCRIÇÃO MÉDICA!!!**

**DADOS DO PACIENTE:**  
NOME: M. S. F. A.    SEXO: Feminino  
IDADE: 37 anos    NÚMERO DO CADASTRO: 1834

**Ilustração VIII:** Atividades desenvolvidas para avaliar o conhecimento da usuária sobre o tratamento farmacológico durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ CURSO DE FARMÁCIA  
"Atenção farmacêutica a grupos específicos de pacientes-saúde mental"  
-CAPS II Leste -  
Responsável: Livia Queiroz de Sousa  
Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

Muito bem, S.! Agora, vamos rever a sua prescrição médica?

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

..... XRO 200 mg \_\_\_\_ 1x noite

Carbolitium 300 mg \_\_\_\_\_

Fluoxetina 20 mg \_\_\_\_\_ 1x .....

Olanzapina 10 mg \_\_\_\_\_ 1x noite

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

Clonazepam 2 mg \_\_\_\_\_ 1 x noite

**ADVERTÊNCIA!!!**

NÃO USE MEDICAMENTO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO E FARMACÊUTICO, PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE.

DADOS DO PACIENTE: NOME: M. S. F. A. IDADE: 37 anos SEXO: Feminino NÚMERO DO CADASTRO: 1834

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ CURSO DE FARMÁCIA  
"Atenção farmacêutica a grupos específicos de pacientes-saúde mental"  
-CAPS II Leste -  
Responsável: Livia Queiroz de Sousa  
Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas








Você sabia que a maneira como toma os medicamentos pode influenciar no resultado do seu tratamento?

**ADVERTÊNCIA!!!**

EVITE CORTAR COMPRIMIDOS E NUNCA SE DEVE ABRIR CAPSÚLAS!!!

Mostre que você é atenciosa e marque o quadro mais adequado!



**Ilustração IX:** Atividades desenvolvidas para avaliar o conhecimento da usuária sobre o tratamento farmacológico durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE).



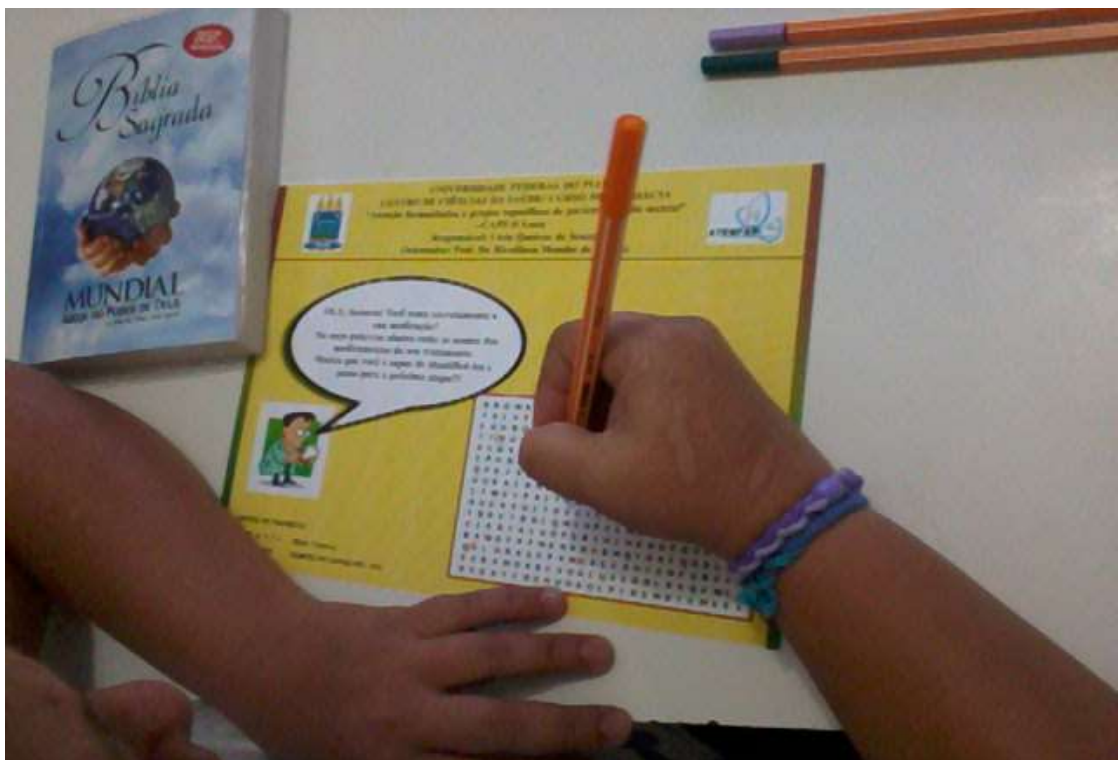
**Ilustração X:** Atividade desenvolvida sobre o tratamento psicoterapêutico durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE).



**Ilustração XI:** Entrevista com a usuária M. S. F. A. durante o AFT.



**Ilustração XII:** Usuária M. S. F. A. realizando uma das atividades elaboradas durante o AFT.



**Ilustração XIII:** Desenvolvimento da atividade destinada à usuária durante o AFT.



#### **4.5 Descrição do caso**

M. S. F. A. de 37 anos, sexo feminino, usuária do CAPS II – Leste, oriunda de Teresina – PI, possui como grau de instrução ensino médio completo. Relatava apresentar colesterol alto e problemas cardiovasculares, além de histórico familiar de hipertensão e diabetes. Não realizava atividades físicas com frequência. No dia nove de maio de 2012, a usuária apresentou uma diminuição da pressão arterial, 90 por 70 mmHg. Apresentou sonolência e afirmava que para solucionar o problema tomava muito café, sobretudo à noite, após a medicação. No dia vinte e dois de maio de 2012, a usuária relatou utilizar dois comprimidos de carbonato de lítio, ao invés de clonazepam, em situações de inquietação e/ou agitação. Ela se queixava de alucinações e pensamentos suicidas, constantemente. Relatava ainda utilizar dipirona por conta própria em caso de cefaleia persistente.

#### **4.6 Acompanhamento farmacoterapêutico da usuária realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAP-LESTE) no município de Teresina, Piauí.**

No dia dois de Abril de 2012, foi realizada a primeira visita à M. S. F. A. do CAPS II-LESTE e a partir desta data foram realizadas sucessivas entrevistas, com o objetivo de buscar informações em relação ao estado de saúde e aos PRMs apresentados pela usuária. As hipóteses diagnósticas, os principais problemas de saúde, a prática da polifarmácia e da automedicação foram fatores determinantes para a realização do acompanhamento farmacoterapêutico.

#### **4.7 Patologias e medicamentos utilizados pela usuária no CAPS II-LESTE no município de Teresina-PI.**

##### **4.7.1 Patologias psiquiátricas**

Durante o acompanhamento, foram identificadas por meio da análise do prontuário as hipóteses diagnósticas da usuária, que estão descritos na Tabela 7, bem como os fatores de risco.

Diversos fatores determinam a prevalência, o início e a evolução dos transtornos mentais e comportamentais. Fatores sociais, econômicos, demográficos, sexo e idade, ameaças graves como conflitos e desastres, a presença de doença física grave, o ambiente familiar, a pobreza e as condições associadas ao desemprego, baixo nível de instrução, privação e ausência de domicílio ilustram o impacto na saúde mental (MELLO, 2007). A história familiar (1º grau) de psicose; personalidade vulnerável (esquizotípica e esquizoide); funcionamento pré-morbido alterado; antecedentes de Traumatismo Craniano (TC) e Coeficiente de Inteligência (QI) baixo podem ser determinantes nesse processo (EDWARDS; MC GORRY, 2002; SILVEIRA et al., 2011).

O início habitual dos transtornos psicóticos acontece no fim da adolescência até os 30 anos, sendo as mulheres afetadas em torno dos 25-35 anos. Nesse sentido, os hormônios femininos teriam efeitos parecidos com os neurolépticos, por isso os sintomas seriam de início mais tardio, quando as taxas hormonais nas mulheres começam a diminuir (STUBBE, 2008).

Dessa forma, os resultados obtidos na prática corroboram em parte com as informações presentes na literatura, uma vez que a usuária M. S. F. A. (37 anos) relatou apresentar o histórico familiar de transtornos psicóticos, citando como

exemplo o pai, o qual utiliza alguns medicamentos psicotrópicos, como risperidona e biperideno.

**Tabela 7:** Principais fatores de risco dos diagnósticos identificados no prontuário da usuária do CAPS- LESTE II, durante a prática de Atenção Farmacêutica.

| Patologias Identificadas   | Fatores de risco   |
|--|--|
| 1. Transtorno Psicótico Agudo, com sintomas esquizofrênicos<br>CID F23.1 | Faixa Etária<br>Sexo<br>Etnia  |
| 2. Esquizofrenia Paranóide<br>CID F20.0                                  | Histórico familiar (1º grau) de psicose  |
| 3. Transtorno Afetivo Bipolar não especificado<br>CID F31.9              | Personalidade vulnerável<br>Funcionamento pré-morbido alterado   |
| 4. Transtorno Esquizoafetivo não especificado<br>CID F25.9               | Antecedentes de traumatismo craniano (TC)<br>Coeficiente de inteligência baixo (QI)<br>Fatores Genéticos<br>Disfunção Familiar<br>Perda Parental |

A usuária participa dos atendimentos do CAPS desde março de 2011, quando foi diagnosticada com Transtorno psicótico (CID F23.1 - Transtorno Psicótico Agudo, com sintomas esquizofrênicos), caracterizado pelo desenvolvimento crescente de manifestação patológica em duas semanas no máximo, bem como presença do quadro clínico polimorfo e instável, mas comportando sintomas tipicamente esquizofrênicos. No entanto, quando os sintomas esquizofrênicos persistem, o diagnóstico deve ser modificado para esquizofrenia.

Em alguns momentos do seu tratamento foi questionada a progressão das manifestações clínicas que influenciaram no parecer diagnóstico de outras patologias psiquiátricas: Transtorno Afetivo Bipolar (CID F31.9) e Transtorno

esquizoafetivo (CID F25.9), como verificado na Tabela 7.

O termo transtorno é usado para definir um conjunto de sintomas que geralmente envolvem o sofrimento e a interferência nas funções pessoais ao exercer as atividades da vida. É necessário esclarecer que a psicose e a esquizofrenia não são intercambiáveis. A psicose é o termo geral referente à perturbação do processamento do pensamento e a uma percepção comprometida da realidade. Desse modo, a psicose ou os sintomas podem ocorrer como parte de várias síndromes psiquiátricas além da esquizofrenia, incluindo o transtorno afetivo como a depressão, mania e outros (STUBBE, 2008).

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença grave, caracterizada pela recorrência de episódios de depressão e mania, o que acarreta enorme impacto na qualidade de vida dos acometidos (GOMES; LAFER, 2007). Enquanto, o transtorno esquizoafetivo caracteriza uma condição de fronteira entre as categorias nosológicas da esquizofrenia e dos transtornos de humor. Durante os estágios iniciais do transtorno esquizoafetivo seu diagnóstico diferencial com outras psicoses pode ser complexo. Porém, alguns estudos têm sugerido que os portadores de transtorno esquizoafetivo têm mais em comum com aqueles esquizofrênicos do que com portadores de transtorno bipolar (QUARANTINI; SENA; OLIVEIRA, 2005).

#### **4.7.2 Medicamentos utilizados**

Por meio da análise do prontuário e a utilização da classificação ATC (*Anatomic Therapeutic Chemical*), foram identificadas as classes medicamentosas características da farmacoterapia da usuária. Os medicamentos pertenciam ao grupo dos antipsicóticos, antiepilépticos e antidepressivos. Segundo a classificação, dos cinco fármacos utilizados pela paciente, três pertenciam ao grupo dos antipsicóticos (Tabela 8). Posteriormente, foi verificado que as indicações terapêuticas estavam corretas em relação às hipóteses diagnósticas da usuária, conforme a literatura consultada (Tabela 9).

O tratamento farmacológico dos transtornos em estudo é baseado na utilização de drogas antipsicóticas, estabilizadores de humor e antidepressivos. Os antipsicóticos atípicos, como a quetiapina e a olanzapina oferecem várias vantagens em relação aos medicamentos tradicionais, incluindo maior eficácia no tratamento

dos sintomas negativos e afetivos, além de menor risco de sintomas extrapiramidais (QUARANTINI et al., 2005).

**Tabela 8:** Classificação dos fármacos utilizados pela usuária M. S. F. A., segundo o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* – ATC, níveis 1, 2 e 3.

| <b>Grupo de medicamentos<br/>ATC1</b> | <b>Grupo de medicamentos<br/>ATC2</b> | <b>Grupo de medicamentos<br/>ATC3</b> | <b>Código ATC</b> | <b>Nº</b> |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|-----------|
| <b>Sistema Nervoso – N</b>            | Psicolépticos                         | Antipsicóticos                        | N05A              | 3         |
|                                       | Antiepilépticos                       | Antiepilépticos                       | N03A              | 1         |
|                                       | Psicoanalépticos                      | Antidepressivos                       | N06A              | 1         |
| <b>TOTAL</b>                          | -                                     | -                                     | -                 | 5         |

Dessa forma, a usuária M. S. F. A. utilizava quetiapina, e posteriormente olanzapina por se tratarem de medicamentos de primeira escolha em pacientes que previamente apresentaram intolerância aos efeitos colaterais com os antipsicóticos convencionais, bem como devido à necessidade de minimizar o risco de sintomas extrapiramidais agudos ou de sintomas negativos (PÁDUA et al., 2005).

Durante o tratamento dos transtornos psicóticos devem ser considerados aspectos como o risco de suicídio, sintomas catatônicos, riscos de agitação ou violência, não adesão ao tratamento, sintomas depressivos, abuso de substâncias e efeitos colaterais dos antipsicóticos. Nesses casos, medidas específicas devem ser tomadas, como a introdução de medicamentos apropriados (não antipsicóticos) para o combate aos sintomas destas manifestações (KAYO, 2010).

Sendo, assim, foi justificada a utilização do medicamento clonazepam, por ser um sedativo da classe dos benzodiazepínicos que pode diminuir a incidência de efeitos colaterais causados por altas doses de antipsicóticos, bem como podem ser eficazes quando utilizados por curtos períodos durante o início do tratamento em pacientes agitados que necessitam de sedação (PÁDUA et al., 2005; BRUNTON et al., 2006). A associação de antipsicóticos com um antidepressivo pode ser útil em

casos de pacientes psicóticos deprimidos ou depressão maior com agitação e manifestações psicóticas.

**Tabela 9:** Descrição farmacológica dos medicamentos e avaliação da indicação (AI) pela usuária M. S. F. A. do CAPS-LESTE II no município de Teresina, PI.

| <b>Medicamentos</b> | <b>Classes Farmacológicas</b>                        | <b>Indicação Terapêutica</b>   | <b>Avaliação da Indicação Terapêutica</b> |
|---------------------|--|--|---|
| Carbonato de Lítio  | Estabilizador do humor; Antipsicótico                | Tratamento do transtorno bipolar; tratamento da mania e profilaxia do transtorno bipolar.  | Correto                                   |
| Clonazepam          | Benzodiazepínico (Depressor do SNC)                  | Tratamento de crises mioclônicas; Crises de ausência do tipo epilépticas refratárias a succinimidas ou ácido valproico; Crises convulsivas tônico-clônicas; Tratamento do pânico.        | Correto                                   |
| Fluoxetina          | Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS) | Tratamento da depressão, associada ou não a ansiedade; Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Bulimia nervosa; Transtorno Disfórico Pré-menstrual  | Correto                                   |
| Olanzapina          | Antipsicótico atípico                                | Esquizofrenia; fases de mania do Transtorno Afetivo Bipolar. Monoterapia ou em combinação com lítio ou valproato: Tratamento de episódios de mania aguda ou mistos do Transtorno Bipolar | Correto                                   |
| Quetiapina          | Antipsicótico atípico                                | Tratamento da esquizofrenia; Monoterapia ou adjuvante no tratamento de episódios de mania; Tratamento de episódios de depressão associados ao Transtorno Afetivo Bipolar                 | Correto                                   |

Além disso, foi realizada a avaliação das prescrições dos medicamentos administrados pela usuária durante o acompanhamento farmacoterapêutico. A dose/posologia dos fármacos administrados antes das intervenções farmacêuticas, assim como as indicações terapêuticas, estava de acordo com as informações obtidas na literatura consultada (Tabela 10).

No entanto, durante o período de acompanhamento foi verificada mudanças posológicas nas prescrições da usuária, por influência da intervenção sobre interações medicamentosas. Foi observada uma redução da dose de 600 mg do carbonato de lítio para 300 mg ao dia, a qual estava incorreta, uma vez que a dose mínima é 600 mg ao dia. Na psicose aguda, o lítio apresenta algumas restrições, como o início lento de sua ação, o monitoramento em precisão de suas concentrações no sangue e as dificuldades associadas à obediência ao esquema terapêutico. Dessa forma, é preferivelmente introduzido quando existe estabilização e cooperação por parte dos pacientes (BRUNTON et al., 2006).

**Tabela 10:** Estudo da farmacoterapia da usuária durante o acompanhamento farmacoterapêutico realizado no Centro de Atenção Psicossocial II durante o período de Maio a Setembro de 2012.

| Medicamentos       | Dose Terapêutica (Doses orais diárias para adultos)  | Dose e Posologia Prescritas | Avaliação da Farmacoterapia (Correto) | Mudanças posológicas      |
|--------------------|--|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| Carbonato de Lítio | Aguda: 600 mg ao dia. Manutenção: 600 a 1200 mg/dia  | 300 mg 2 x dia, via oral.   | Sim                                   | 300 mg 1 x dia, via oral. |
| Clonazepam         | 0,25 mg a 4,0 mg ao dia (dividida em 3 x ao dia)     | 2 mg 1 x dia, via oral.     | Sim                                   | 2 mg ½ x dia, via oral.   |
| Fluoxetina         | Dose usual: 20 - 40 mg. Dose extrema: 5 – 80 mg.     | 20 mg 2 x dia, via oral.    | Sim                                   | 20 mg 1 x dia, via oral.  |
| Quetiapina         | Habitual: 300 - 500 mg diária. Radical: 50 – 750 mg. | 200 mg 1 x dia, via oral.   | Sim                                   | -                         |

As outras mudanças observadas foram: a redução das doses diárias de clonazepam e fluoxetina, para um mg e 20 mg, respectivamente. Ao final das entrevistas, a olanzapina (10 mg ao dia) foi prescrita pelo médico responsável em substituição a quetiapina, um vez que essa não estava apresentando os resultados esperados para o tratamento.

#### 4.7.3 Identificação de problemas de saúde

Os pacientes com transtornos psicóticos podem ter suas condições agravadas em virtude de causas, como: doenças respiratórias e doenças cardiovasculares (NEWMAN; BLAND, 1991). O aumento dos relatos por parte da literatura psiquiátrica sobre alterações metabólicas relacionadas a tais condições tem coincidido com o crescente uso das medicações antipsicóticas em portadores de transtornos mentais graves. Esses usuários apresentam um maior risco de obesidade se comparados a outros indivíduos devido a fatores como estilo de vida sedentário, escolhas dietéticas inadequadas e efeitos colaterais das medicações psicoativas (LEITAO-AZEVEDO et al., 2007).

Durante o acompanhamento, foram verificados parâmetros, como: Pressão Arterial, Glicemia Capilar, peso, altura e o Índice de Massa Corpórea (IMC). A Tabela 11 mostra a constância dos valores da Pressão Arterial da usuária, aferida durante as entrevistas. Em conformidade com as informações observadas no prontuário, os valores obtidos de IMC a classificaram como uma usuária em sobrepeso (IMC = 26,4 Kg/m<sup>2</sup>).

**Tabela 11:** Valores da Pressão Arterial (P.A) da usuária do CAPS II-LESTE durante o acompanhamento farmacoterapêutico.

| <b>Datas</b> | <b>Pressão Arterial (mmHg)</b> |
|--------------|--------------------------------|
| 02/05/2012   | 90 por 70                      |
| 09/05/2012   | 90 por 70                      |
| 21/05/2012   | 100 por 70                     |
| 30/05/2012   | 90 por 60                      |
| 06/06/2012   | 110 por 70                     |
| 20/06/2012   | 100 por 70                     |
| 11/07/2012   | 110 por 70                     |
| 16/07/2012   | 90 por 60                      |
| 30/07/2012   | 90 por 70                      |
| 10/09/2012   | 90 por 60                      |



Baseado na identificação do problema de saúde foi realizado uma intervenção farmacêutica no sentido de orientar a usuária sobre a importância das recomendações e a dieta alimentar elaborada pela nutricionista responsável, bem como a prática regular de exercícios físicos e o cumprimento do programa de caminhada direcionado exclusivamente a paciente, desenvolvido pela educadora física. Embora M. S. F. A. tivesse dificuldades em seguir rigorosamente as recomendações dos profissionais do CAPS, ela aderiu satisfatoriamente às orientações repassadas por meio dos boletins informativos (Ilustrações I e II) sobre como adequar o tratamento farmacológico, atividades físicas e dieta alimentar em benefício do seu bem estar (Tabela 12).

**Tabela 12:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre os problemas de saúde identificados na usuária do CAPS-LESTE II no município de Teresina-PI.

| <b>Problemas de Saúde Identificados</b>                      | <b>Intervenção Farmacêutica</b>  | <b>Adesão</b> | <b>Efetividade</b> |
|--|--|---------------|--------------------|
| <b>Sobrepeso (IMC <math>\geq</math> 25 Kg/m<sup>2</sup>)</b> | Elaboração de boletim e orientação à usuária quanto à dieta alimentar e à prática de exercícios físicos. | Sim           | 100 %              |

#### 4.7.4 Interações medicamentosas

Por meio do acompanhamento farmacoterapêutico, foi observado que a usuária utilizava uma grande quantidade de medicamentos ao longo do dia. A polifarmacoterapia é um dos principais fatores de risco para ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas ao medicamento (RAMs) (SECOLI, 2010). As interações medicamentosas ocorrem quando os efeitos e/ou a toxicidade de um fármaco são alterados pela presença de outro, podendo aumentar ou diminuir a eficácia, bem como a toxicidade (HAMMES et al., 2008). Dessa forma, foram realizados estudos em relação às interações medicamento-medicamento (Tabela 13) e medicamento-alimento (Tabela 14), utilizados por M. S. F. A.

O estudo do perfil das interações medicamentosas esclareceu os mecanismos envolvidos e as consequências ocasionadas com a administração

concomitante dos medicamentos pertencentes à farmacoterapia da usuária. Esse conhecimento contribuiu efetivamente para realização das intervenções farmacêuticas, por meio da elaboração de boletins informativos direcionados a usuária e ao médico responsável. Os principais medicamentos responsáveis pelas interações identificadas foram: fluoxetina, carbonato de lítio, quetiapina, olanzapina e os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) (Tabela 13).

Segundo *Drugdex Evaluation (MicromedexR Healthcare Series)*, a fluoxetina, um Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS), pode causar o aumento da concentração sanguínea de lítio. Os ISRS podem ser substratos ou inibidores das enzimas do CYP450. Por consequência, os níveis excessivos de lítio podem causar graves efeitos colaterais ou potencialmente fatais (CARLINI et al., 2009). Embora M. S. F. A. não tenha apresentado sinais ou sintomas da intoxicação devido à utilização do carbonato de lítio, a usuária foi orientada em relação à importância da monitoração das concentrações séricas do fármaco e o aumento do risco de toxicidade do Sistema Nervoso Central (SNC) proveniente da associação do lítio com antipsicóticos, sedativos, antidepressivos (BRUNTON et al., 2006).

Considerando a frequência da prática de automedicação pela paciente, principalmente a utilização inadequada de AINEs, houve uma preocupação em analisar a interação desses medicamentos com os compostos: carbonato de lítio, fluoxetina, quetiapina, olanzapina e clonazepam. Dessa forma, os resultados mostraram que os anti-inflamatórios podem facilitar a reabsorção do lítio nos túbulos renais proximais e assim aumentam suas concentrações plasmáticas até níveis tóxicos; bem como aumento do risco de hemorragia gastrointestinal em combinação com a fluoxetina (Tabela 13).

Em relação ao uso concomitante, a fluoxetina com a quetiapina (antipsicótico) pode resultar em um aumento do risco de cardiotoxicidade decorrente dos efeitos aditivos no prolongamento do intervalo QT. E no caso do carbonato de lítio com olanzapina, que foi prescrita em substituição da quetiapina, pode ocorrer aumento dos sintomas extrapiramidais, por mecanismo desconhecido, conforme a base de dados utilizada.

**Tabela 13:** Perfil das interações medicamentosas entre os fármacos utilizados pela usuária M. S. F. A. do CAPS-LESTE II no município de Teresina, PI.

| <b>Fármaco 1</b>          | <b>Fármaco 2</b>          | <b>Mecanismo de Interação</b>               | <b>Consequência</b>  |
|---------------------------|---------------------------|---|--|
| <b>Fluoxetina</b>         | <b>AINEs</b>              | Uso concomitante: ISRS e AINES              | Risco de hemorragia gastrointestinal                         |
| <b>Fluoxetina</b>         | <b>Quetiapina</b>         | Risco de prolongamento do intervalo QT      | Aumento do risco de cardiotoxicidade                         |
| <b>Carbonato de Lítio</b> | <b>Olanzapina</b>         | -   | Fraqueza, discinesias, aumento dos sintomas extrapiramidais. |
| <b>AINEs</b>              | <b>Carbonato de Lítio</b> | Diminuição da depuração plasmática do Lítio | Aumento dos efeitos tóxicos do Lítio                         |
| <b>Fluoxetina</b>         | <b>Carbonato de Lítio</b> | -   | Concentrações de Lítio aumentadas; síndrome serotoninérgica. |

**Legenda:** - Não há informações na fonte utilizada.

Em relação às interações medicamento-alimento, foi observado, que altas ingestões de sódio podem levar a uma redução das concentrações de lítio, enquanto dietas restritas podem aumentar o lítio sérico. O lítio interage com o sódio, devido à substituição parcial no transporte de cargas. Dessa forma, existe uma alteração da excitabilidade da membrana, que se relaciona com a ação antimaniáca (FELDMAN et al., 1997)

Outra interação medicamento-alimento identificada foi: clonazepam com alimentos que contenham cafeína. Nesses casos, a usuária foi orientada em relação à quantidade de sal na alimentação ao longo do tratamento, de modo a buscar uma estabilização do lítio no organismo e diminuir gradativamente a quantidade de café e outros alimentos a base de cafeína, ingeridos diariamente.

**Tabela 14:** Perfil das interações medicamentosas fármaco-alimento baseado no estudo da farmacoterapia da usuária M. S. F. A. do CAPS-LESTE II no município de Teresina, PI.

| <b>Fármaco</b>            | <b>Alimento</b>             | <b>Consequência</b>  | <b>Recomendação</b>   |
|---------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>Carbonato de lítio</b> | Alimentos salgados          | Diminuir as concentrações de lítio no sangue                       | Lítio deve ser administrado após as refeições                             |
| <b>Clonazepam</b>         | Alimentos a base de cafeína | Efeito antagonista:<br>Redução de efeitos sedativos e ansiolíticos | Monitorar a resposta do benzodiazepínico;<br>Reduzir ou eliminar cafeína. |

#### 4.7.5 Identificação das Reações Adversas a Medicamentos (RAMs)

A RAM é definida como qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se manifeste após a administração do medicamento, em doses normalmente utilizadas para a profilaxia, diagnósticos ou tratamento de uma enfermidade (OMS, 2001).

As possíveis RAMs detectadas e notificadas a ANVISA foram sonolência, cefaleia persistente e ideação suicida. Conforme o relato da usuária, o medicamento fluoxetina, o qual a mesma não utilizava durante um período de quatro dias, era a causa das reações indesejáveis. No entanto, a retirada desse fármaco, bem como dos outros inibidores da recaptção de serotonina, deve ser gradual, a cada cinco/sete dias para evitar "síndrome de retirada abrupta", caracterizada por cefaléia, tontura, náusea, vômito, mialgia, calafrios, parestesias, irritabilidade, ansiedade intensa e/ou problemas de sonolência. O tempo de aparecimento da síndrome depende do perfil farmacocinético do ISRS, variando de um a dez dias, podendo chegar a semanas com a fluoxetina (BRASIL; BELISÁRIO, 2000).

Os antipsicóticos atípicos, destacados na farmacoterapia da M. S. F. A. pela quetiapina e posteriormente pela olanzapina, provocam menos sintomas extrapiramidais e menos prejuízos cognitivos secundários devido à baixa afinidade por receptores dopaminérgicos D2 e maior ação serotoninérgica (BRASIL; BELISÁRIO, 2000). No entanto, esses psicotrópicos podem ocasionar efeitos indesejáveis relacionados ao aumento de peso, como verificado no caso da usuária que relatou o efeito após o início tratamento farmacológico no CAPS II-LESTE.

A partir das RAMs identificadas, foram direcionadas orientações sobre a possibilidade de associação desses efeitos com o uso dos medicamentos antipsicótico e antidepressivo, bem como a importância da ininterruptão do acompanhamento farmacoterapêutico (Tabela 15).

Dessa forma, a usuária aderiu satisfatoriamente às orientações repassadas por meio dos boletins informativos (Ilustrações III e IV). O quarto boletim informativo encaminhado ao médico psiquiatra responsável (Ilustração IV) explicou sobre a ocorrência de reações adversas com a administração dos medicamentos referentes à farmacoterapia da usuária.

A efetividade da intervenção farmacêutica foi favorável, uma vez que houve mudanças posológicas, considerando o risco de interações medicamentosas de gravidade moderada (carbonato de lítio e fluoxetina) e as possíveis RAMs de

frequente manifestação. Mudanças essas referentes à redução das doses de carbonato de lítio, clonazepam e fluoxetina. Ao final, a olanzapina (10 mg ao dia) foi prescrita em substituição a quetiapina, um vez que essa não estava apresentando os resultados esperados para o tratamento. Quando responsivo, o usuário deverá permanecer tomando o antipsicótico como tratamento de manutenção. Caso não responda ao tratamento, devesse tentar um segundo tratamento antipsicótico por mais quatro a seis semanas (KAYO, 2010).

**Tabela 15:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre as RAMs identificadas na usuária M. S. F. A. do CAPS-LESTE II. Teresina, PI.

| <b>Reações Adversas a Medicamentos (RAMs) Identificadas</b> | <b>Intervenção Farmacêutica</b>   | <b>Adesão</b> | <b>Efetividade</b> |
|---|---|---------------|--------------------|
| <b>Sonolência</b>   | Orientação à usuária quanto às reações adversas e interações entre os medicamentos.   | Sim           |                    |
| <b>Cefaleia persistente</b>                                 | Orientação quanto à relevância da adesão ao acompanhamento farmacoterapêutico.  | Sim           | 100%               |
| <b>Ideação suicida</b>                                      | Elaboração de Boletim informativo direcionado ao médico responsável, esclarecendo sobre a ocorrência de reações adversas a psicotrópicos utilizados pela usuária. | Sim           |                    |

Em relação aos PRMs, foi destacada a ausência de adesão ao tratamento farmacoterapêutico, bem como, as possíveis interações medicamentosas e RAMs. Nesse sentido, as intervenções farmacêuticas se basearam na orientação quanto a importância da adesão a farmacoterapia e a consequente influência na recuperação da saúde, aos intervalos entre as administrações dos medicamentos, na elaboração de material educativo sobre as reações adversas e o uso racional dos medicamentos, assim como na orientação sobre a indicação dos medicamentos prescritos, sobretudo a fluoxetina. Com base nos relatos da usuária, foi observado o

seu interesse no cumprimento das recomendações realizadas por meio das intervenções, exceto em relação à adesão ao tratamento com a fluoxetina (Tabela 16). Assim, a efetividade considerada foi 75%.

**Tabela 16:** Principais Problemas Relacionados com Medicamentos identificados, adesão às intervenções realizadas e efetividade.

| PRMs identificados                                     | Intervenção farmacêutica   | Adesão | Efetividade |
|--|--|--------|-------------|
| Não adesão ao tratamento farmacoterapêutico            | Orientação à usuária quanto à importância da adesão a farmacoterapia e a consequente influência na recuperação da saúde. | Sim    | <b>75%</b>  |
| Interação entre os medicamentos                        | Aumentar os intervalos entre as administrações dos medicamentos.   | Sim    |             |
| Possíveis reações adversas aos medicamentos prescritos | Elaboração de material educativo sobre os medicamentos, suas reações adversas e o relato do caso acompanhado.            | Sim    |             |
| Usuária do CAPS prefere não tomar a Fluoxetina         | Orientação sobre a indicação da Fluoxetina   | Não    |             |

Evidentemente, a complexidade dos problemas de saúde mental exige a articulação entre as múltiplas formas assistenciais às quais o usuário recorre como subsídio para suas demandas e necessidades de vida (BASTOS et al., 2012). O usuário portador de transtornos psicossociais tem dificuldades de tratamento, adesão e acompanhamento (BOAZ; FAIT, 2011).

O profissional farmacêutico pode se apropriar das informações disponíveis para elaborar um plano de ação efetivo. O contato direto entre o profissional e o paciente pode aumentar a probabilidade de sucesso do tratamento, e por consequência reduzir os riscos (TEIXEIRA, 2010). Dessa forma, o acompanhamento farmacoterapêutico à usuária ratificou a prática da Atenção Farmacêutica como necessária para a promoção do uso racional de medicamentos, de forma a contribuir significativamente para a saúde mental.



## 5 CONCLUSÃO

O estudo realizado implicou no acompanhamento farmacoterapêutico da usuária M. S. F. A., portadora de transtornos psicóticos no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II-LESTE). Entretanto, anteriormente, o serviço da Atenção Farmacêutica foi ofertado a outros portadores de transtornos psicossociais e foi relatado que cada usuário entrevistado não aceitou de forma voluntária participar do programa de ATENFAR por fatores diversos, dificultando cada vez mais a implantação do acompanhamento farmacoterapêutico.

Com o consentimento da M. S. F. A., houve o levantamento dos medicamentos prescritos. Conforme o monitoramento terapêutico realizado, as doses/posologias dos fármacos, bem como as indicações terapêuticas, estavam corretas de acordo literatura consultada. Nesse sentido, foram esclarecidas as dúvidas relacionadas tanto as hipóteses diagnósticas, quanto à farmacoterapia.

A análise do perfil das interações medicamentosas esclareceu os mecanismos envolvidos e as consequências ocasionadas com a administração concomitante de fluoxetina, carbonato de lítio, quetiapina, olanzapina e/ou os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Em continuidade, o estudo das interações medicamento-alimento mostrou a influência dos alimentos ricos em sódio e a quantidade diária de alimentos ricos em cafeína ingerida durante o tratamento da usuária. Bem como, foi possível a identificação de problemas relacionados com medicamentos (PRMs) e as principais reações adversas a medicamentos, posteriormente notificadas a NOTIVISA.

Os estudos realizados durante o acompanhamento farmacoterapêutico facilitaram a comunicação direta entre acadêmica de farmácia e usuária, bem como em relação aos profissionais do CAPS. Dessa forma, a Atenção Farmacêutica evidencia a importância do profissional farmacêutico junto à equipe multiprofissional na promoção do uso racional de medicamentos.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

AMARANTE, L.C.; SHOJI, L.S.; BEIJO, L.A.; LOURENÇO, E.B.; MARQUES, L.A.M. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 3, p. 209-215, 2010.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3603-3614, 2010.

ANTONACCI M.H., PINHO L.B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 136-142, 2011.

BADÍA X.; BIGORRA J. La Investigación de Resultados en Salud: de la evidencia a la práctica clínica. **Xavier Badía Llanch (Ed.)**. Barcelona: Edimac, 2000.

BARRIS, D.; FAUS, M. J. Iniciación a La metodología Dáder de seguimiento farmacoterapêutico en una farmacia comunitaria. **Ars Pharmaceutica**, v. 44, n. 3, p. 225-237, 2003.

BASTOS, V.C.; JORGE, M.S.B.; LIMA, G.P., PINTO, A.G.A.; SAMPAIO, H.A.C.; SAMPAIO, J.J.C. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atencao primaria: olhares multipl0s e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653, 2012.

BOAZ, R.; FAIT, C.S. Saúde Mental na Atenção Básica com usuários de psicotr0picos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 18, p. 73-81, 2011.

BRASIL, H.H.A.; BELISÁRIO, J.F.F. Psicofarmacoterapia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, suppl. 2, p. 42-47, 2000.

BRODIE, D.C.; BENSON, R.A. The evolution of the clinical pharmacy concept. **Drug intelligence & clinical pharmacy**, 10:507, 1976; apud ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3603-3614, 2010.

BRUNTON, L.L.; LAZO, J.S.; PARKER, K.L. **Goodman e Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill, 2006.

CARLINI, E.A.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; SANCHEZ, Z.V.D.M.; FRANCO, V.L.S.; SILVA, L.C.F.; SANTOS, V.E.S.; ALVES, D.C. Fluoxetina: indícios de uso inadequado. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 2, p. 97-100, 2009.

CASTRO-COSTA, E.; SILVA, A. G. A adesão terapêutica no transtorno bipolar. **Debates em Psiquiatria**, n. 5, p. 8-10, 2011.

**CID-10 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições clínica e Diretrizes Diagnósticas**. Trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre, 1993.

COPELAND, L.A.; ZEBER, J.E.; SALLOUM, I.M. Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 196, n. 1, p. 16-21, 2008.

DÁDER, M.J.F.; CASTRO, M.M.S.; HERNANDEZ, D.S. **Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico**. Granada: Universidad de Granada, 2007.

**DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mental**. Trad. Cláudia Dornelles; 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

EDWARDS, J.; MCGORRY, P.D. **Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psy closes services**. London, England: Martin Dunitz, p. 1-14, 2002.

FELDMAN, R.S., MEYER, J.S., QUENZER, L.F.; **Principles of Neuropsychopharmacology**. Massachusetts: Sinauer Associates Inc., p. 853-859, 1997.

FRIDMAN, G.A.; FILINGER, E.J. Atención farmacêutica en pacientes psiquiátricos ambulatorios. Interacción médico-farmacéutico. **Pharmaceutical Care España**, v. 4, n. 4, p. 242-244, 2002.

GASPAR, M.; CAJA, M.; ROMERO, I.; MONERO ROYO, L.; GARCÍA-VIVÓ, A.; TUDELA, V.; PIQUER, M. Establecimiento de un indicador de calidad de atención farmacêutica. **Farmacia Hospitalaria**, v. 33, n. 6, p. 296-304, 2009.

GOLAN, D.E.; TASHIJIAN, A.H.; ARMSTRONG, E.J.; ARMSTRONG, A.W. **Princípios de Farmacologia: A base fisiopatológica da farmacoterapia**, 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GOMES, B.C.; LAFER, B. Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 2, p. 84-89, 2007.

HAMMES, J.Á.; PFUETZENREITER, F.; DA SILVEIRA, F.; KOENIG, A.; WESTPHAL, G.A. Prevalência de potenciais interações medicamentosas droga-droga em unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. v. 20 n. 4, p. 349-354, 2008.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, n. 47, p. 533-543, 1990; apud ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3603-3614, 2010.

HERNÁNDEZ, D.S.; CASTRO, M.M.S.; DÁDER, M.J.F. **Método Dáder: guía de seguimieto farmacoterapêutico**. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. 3. ed. p. 1-127, 2007.

HORNE R. Compliance, adherence and concordance: implications of asthma treatment. **Chest**, v. 130, p. 65-72, 2006.

IVAMA, A.M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M.S.D.; OLIVEIRA, N.V.B.V.; JARAMILLO, N.M.; RECH, N. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

KAYO, M. **Tempo de resposta a tratamento antipsicótico na Esquizofrenia de início recente: um estudo randomizado e controlado de 12 semanas**. Dissertação (Mestrado em ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2010.

LEITAO-AZEVEDO, C.L.; GUIMARAES, L.R.; LOBATO, M.I.; ABREU, P.B. Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, suppl. 2, p. 184-188, 2007.

LIMA, A.M.A.; FARIAS, P.A.M.; FEIJÓ, C.M.; BATISTA, J.M.M. Classificação dos fármacos mais solicitados em um serviço de atendimento farmacêutico. **Revista Ciência & Saúde**, v. 1, n. 2, p. 85-92, 2008.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F., FAUS, M.J. Informe farmacéutico-médico según la metodología Dáder para el seguimiento Del tratamiento farmacológico. **Pharmaceutical Care España**. v. 2, p. 358-363, 2003.

MARTÍ M.C.; JIMÉNEZ TORRES N.V. **Manual para La atención farmacéutica**. 3.<sup>a</sup> ed. Valencia: Hospital Universitario Dr. Peset; 2005.

MELLO, M.F. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

NEWMAN, S.C.; BLAND, R.C. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 36, n. 4, p. 239-245, 1991.

NIETO, J.V.G.; MANRIQUE, I.M. Atención Farmacéutica y Comunicación para pacientes con patologías psiquiátricas. **Bexal Farmacéutica, S.A.** Federación Empresarial Farmacéuticos Españoles, 2005; apud FERNANDES, F.F. **Implantação de um Centro de Atenção Psicossocial no município de Caxambu-MG com setor de Atenção Farmacêutica**. Monografia (Especialização em Atenção Farmacêutica) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2006.

NUNES, P.H.C.; PEREIRA, B.M.G.; NOMINATO, J.C.S.; ALBUQUERQUE, E.M.; DA SILVA; L.F.N.; CASTRO, I.R.S.; CASTILHO, S.R. Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 691-699, 2008.

OLIVEIRA, A.B; OYAKAWA, C.N; MIGUEL, M.D., ZANIN, S.M.W; MONTRUCCHIO, D.P. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 41, n. 4, p. 409-413, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10<sup>a</sup> revisão, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

PITTA, A.M.R.; MAGAJEWSKI, F.R.L. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 7, p. 61-70, 2000.

PÁDUA, A.C.; GAMA, C.S.; LOBATO, M.I.; ABREU, P.B. Esquizofrenia: diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico. **Psicofármacos: Consulta Rápida**, p. 343, 2005.

POSSAMAI, F.P.; DACOREGGIO, M.S.A. habilidade de comunicação com o paciente no processo de Atenção Farmacêutica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 473-490, 2008.

QUARANTINI, L.C.; SENA, E.P.; OLIVEIRA, I.R. Tratamento do transtorno esquizoafetivo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, suppl. 1, p. 89-97, 2005.

ROMERO, F.M. **Atención Farmacéutica em España: un gran compromiso**. Buenos Aires: Farmacia Profesional, p. 6-12, 1996.

ROVNER, J.L. Curso sobre la Esquizofrenia. **Confederación Farmacéutica Argentina**, 2004; apud FERNANDES, F.F. **Implantação de um Centro de Atenção Psicossocial no município de Caxambu-MG com setor de Atenção Farmacêutica**. Monografia (Especialização em Atenção Farmacêutica) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2006.

SECOLI, R.S. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.1, p. 136-140, 2010.

SILVEIRA, M.S.; VARGAS, M.M. **Transtornos Psicóticos nos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Sergipe**. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, 2009.

SILVEIRA, A.R.; STRALEN, C.J.V.; CAMPOS, F.E. Os cuidados primários em saúde mental: Uma revisão bibliográfica. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n.02/03, p. 412-512, 2003.

SILVEIRA, M.S.; VARGAS, M.M.; REIS, F.P.; SILVA, P. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 27-32, 2011.

SOUZA, T.R.C.L.; SILVA, A.S.; LEAL, L.B.; SANTANA, D.P. Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico, Terceira Edição (2007): Um estudo piloto. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 30, n. 1, p. 105-109, 2009.

STUBBE, D. **Psiquiatria da infância e adolescência**. Trad. Irineo S. Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEIXEIRA, L.S.L. **Proposta de instrumento para a prática da orientação sobre o uso correto de medicamentos a pacientes portadores de transtorno mental e seus familiares/cuidadores no centro de atenção psicossocial II de Contagem/MG**. Monografia (Especialização em Vigilância Sanitária) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, 2010.



**ANEXOS**

**ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO PORTELLA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE FARMÁCIA

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título do projeto:** Orientação farmacológica aos pacientes portadores de transtornos psicossociais atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial: Parte IV – Monitorização de Reações Adversas.

**Pesquisador responsável:** Rivelilson Mendes de Freitas.

**Instituição/Departamento:** Centro de Ciências da Saúde/Campus Ministro Petrônio Portella

**Telefone para contato:** 86-8118-2379 ou 86-3215-5870.

**Local da coleta de dados:** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - Leste no município de Teresina, Piauí.

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**Objetivo do estudo:**

O objetivo do estudo é coletar e registrar dados para subsidiar a implantação de um programa de orientação sobre os medicamentos que serão usados durante o seu atendimento ambulatorial realizado pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial –

CAPS Leste. Essas informações serão usadas também para a estruturação das atividades de artesanato, cerâmica, entre outros (oficinas) e os grupos de orientação individual (grupos terapêuticos) sobre as doenças e os medicamentos usados durante o tratamento.

**Procedimentos.** A sua participação nesta pesquisa consistirá no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas. O projeto também visa estudar os tratamentos prescritos, para isso solicita-se o acompanhamento e acesso aos registros dos prontuários dos senhores realizados durante as consultas pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial.

**Benefícios.** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

**Riscos.** O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

**Sigilo.** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_  
estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Tereina, PI - de \_\_\_\_\_ de 2012.

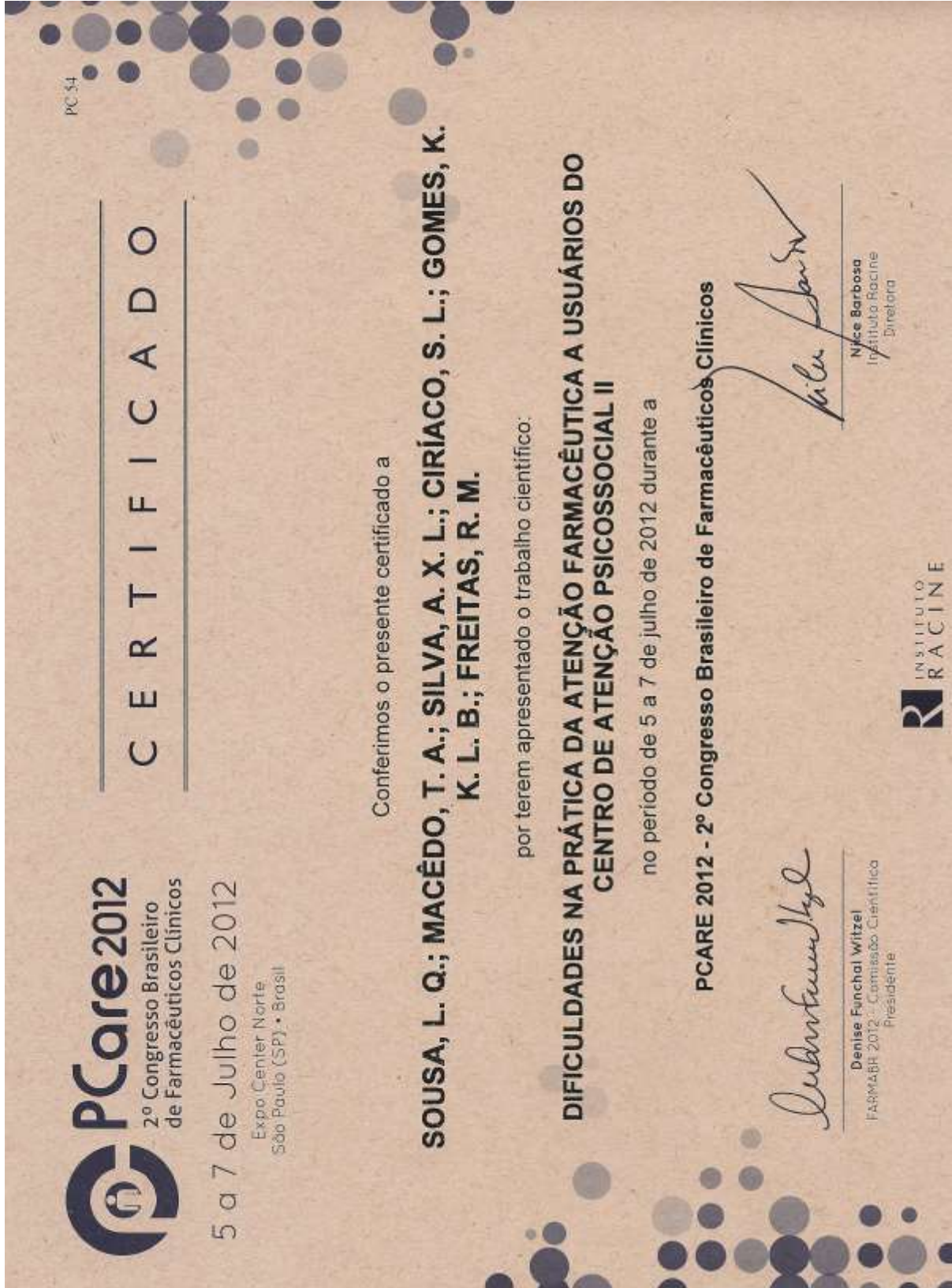
Sérgio S. Anchaque  
Assinatura

1557.539  
Número da identidade

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga  
Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI  
tel.: (86) 3215-5737 - email: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br) web: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep)

**ANEXO II:** Certificado do trabalho científico “dificuldades na prática da Atenção Farmacêutica a usuários de Centro de Atenção Psicossocial II”, apresentado no 2º Congresso Brasileiro de Farmacêuticos Clínicos - PCare.



## APÊNDICES

**APÊNDICE I:** Ficha de acompanhamento farmacoterapêutico usada durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE).



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO MINISTRO PETRÔNIO PORTELLA  
CURSO DE FARMÁCIA



**UNIDADE DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS:** \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELA ENTREVISTA:** \_\_\_\_\_

---



---

**DADOS DO PACIENTE**

---



---

Número do Cadastro: \_\_\_\_\_ Data de Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Telefone: \_\_\_\_\_ 3. Idade: \_\_\_\_\_ 4. Peso: \_\_\_\_\_

5. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6. Sexo ( ) M ( ) F

7. Oriundo: ( ) Teresina ( ) Interior, qual? \_\_\_\_\_

8. Grau de instrução do paciente:

( ) Analfabeto ( ) Fundamental incompleto

( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto

( ) Médio completo ( ) Superior incompleto

( ) Superior completo

9. Mora sozinho? ( ) Sim ( ) Não; Com quem? \_\_\_\_\_

10. Possui cuidador? ( ) Sim; Quem? \_\_\_\_\_ ( ) Não

11. Relação com o cuidador: ( ) Parente Qual? \_\_\_\_\_

( ) Contratado(a)

12. Grau de instrução do cuidador:

( ) Analfabeto ( ) Fundamental incompleto

( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto

( ) Médio completo ( ) Superior incompleto

( ) Superior completo

---



---

**HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE**


---



---

Patologias apresentadas: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Outras

13. Tempo de diagnóstico de hipertensão arterial: \_\_\_\_\_

14. Tempo de diagnóstico de diabetes? \_\_\_\_\_

15. Doenças crônicas associadas?

---



---



---

16. História familiar de hipertensão arterial?

( ) Sim; Grau de parentesco? \_\_\_\_\_ ( ) Não

17. História familiar de diabetes?

( ) Sim; Grau de parentesco? \_\_\_\_\_ ( ) Não

18. algum comprometimento/complicação? ( ) Sim ( ) Não

Qual?

---



---



---



---

**HÁBITOS DE VIDA DO PACIENTE**


---



---

19. Consome bebidas alcoólicas? ( ) Sim, especifique a frequência ( ) Não

Frequência ( ) Diariamente ( ) Semanalmente ( ) Mensalmente ( ) Ocasionalmente

20. Tabagista: ( ) Sim, especifique a frequência ( ) Não

Frequência ( ) Diariamente ( ) Semanalmente ( ) Mensalmente ( ) Ocasionalmente

21. Realiza atividade física? ( ) Sim, especifique a frequência ( ) Não

Frequência ( ) Diariamente ( ) Semanalmente ( ) Mensalmente ( ) Ocasionalmente

22. Hábitos alimentares:

---



---



---



---



---



---



---



---









24. Queixas em relação à farmacoterapia:

| Queixas | DATA |
|---------|------|
| 1.      |      |
| 2.      |      |
| 3.      |      |
| 4.      |      |
| 5.      |      |
| 6.      |      |
| 7.      |      |

25. Toma algum medicamento não prescrito pelo médico? ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não
26. Faz uso de algum chá? ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não
27. Já teve alguma reação adversa? ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não
28. Histórico de alergia? ( ) Sim, a que? \_\_\_\_\_ ( ) Não
29. Perfil de adesão (Teste de Morisky):
- Você, alguma vez, esqueceu de tomar o seu remédio? ( ) Sim ( ) Não
  - Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? ( ) Sim ( ) Não
  - Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio? ( ) Sim ( ) Não
  - Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? ( ) Sim ( ) Não
- Resultado: ( ) Não aderente ( ) Pouco aderente ( ) Aderente
30. Existe alguma forma/estratégia utilizada pelo paciente para facilitar a adesão?  
 ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

