



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

**ATENÇÃO FARMACÊUTICA A USUÁRIA PORTADORA DE TRANSTORNO  
PSICOSSOCIAL**

TERESINA

2011

ATENÇÃO FARMACÊUTICA A USUÁRIA PORTADORA DE TRANSTORNO  
PSICOSSOCIAL

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

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

TERESINA  
2011

MARCOS PAULO VASCONCELOS GONÇALVES

ATENÇÃO FARMACÊUTICA A USUÁRIA PORTADORA DE TRANSTORNO  
PSICOSSOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Farmácia da Universidade Federal do  
Piauí, como requisito parcial 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: \_\_\_\_\_

Prof. MSc.: CARLA SOLANGE DE MELO ESCÓRCIO

Instituição: Faculdade Santo Agostinho Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. MSc.: ANDRÉ LUÍS MENEZES CARVALHO

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

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

Prof. Dr. Luis dos Santos Júnior

**VICE-REITOR**

Prof. Dr. Edwar de Alencar Castelo Branco

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE GRADUAÇÃO**

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> 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

**CORRDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA**

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Maria das Graças Freire de Medeiros

**VICE-COORDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA**

Prof<sup>a</sup>. MSc. Eilika Andréa Feitosa Vasconcelos

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Marcos Antônio e Maria Aparecida**, fonte de amor, sabedoria, carinho, exemplo e estímulo.

Aos meus irmãos, **Andressa e Márcio**, pela paciência e amizade.

À minha falecida avó, **Rita Alves**, pela educação, pelas constantes orações e pelo os incentivos que sempre me deu em minha vida.

Aos meus tios, **Fátima e José Alberto**, por me oferecerem moradia e conforto nesta cidade no início dos meus estudos.

À minha avó, **Marina**, pelas constantes orações e apoio que foram fundamentais em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a **Deus**, pois sem ele, eu não conseguiria viver e lutar por meus objetivos.

À minha mãe e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Ao meu professor e orientador **Rivelilson Mendes de Freitas** por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram à execução e conclusão desta monografia.

A todos os professores do curso de Farmácia da UFPI, em especial, **Rivelilson Freitas, André Luis, José Arimatéia, Graça Citó**, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

Aos **amigos e colegas** da turma dos invisíveis pelo incentivo e pelo apoio constantes.

Aos **amigos e colegas** da Pague Menos S/A pelo apoio e incentivo.

À **Joanna** pelo apoio incondicional e paciência.

**EPÍGRAFE**

*“Somos incríveis e a maior farmácia do mundo está em nosso interior. Que não nos sintamos envergonhados de entrar nela. Não custa nada!”*

Ana Paula Ribeiro

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 OBJETIVOS.....	19
1.1.1 Geral.....	19
1.1.2 Específico.....	19
1.2 JUSTIFICATIVA.....	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 Atenção Farmacêutica (ATENFAR).....	21
2.2 Uso racional de medicamentos.....	22
2.3 Método Dáder de acompanhamento Farmacoterapêutico.....	23
2.4 Problemas Relacionados ao Medicamento (PRM) e Resultados Negativos Associados ao Medicamento (RNM).....	24
2.5 Psicoterapia.....	27
2.6 Terapia ocupacional e orientação familiar no tratamento de usuários com transtornos psicossociais.....	28
2.7 Portador de Transtornos Psicossociais.....	29
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
3.1 Tipo de estudo.....	30
3.2 Local e amostra de estudo.....	31
3.3 Coleta de dados.....	31
3.3.1 Instrumentos.....	31
-->3.3.1.2 Termo de consentimento formal.....	31
-->3.3.1.3 Ficha de seguimento farmacoterapêutico.....	31
3.3.2 Fonte dados.....	31
3.3.2.1 Entrevista direta.....	31
3.3.2.2 Prontuários médicos.....	31
3.3.2.3 Prescrições médicas.....	32
3.3.2.4 Resultados de exames.....	32
3.4 Sujeitos.....	32
3.5 Limitação do trabalho.....	32
3.6 Análise dos dados.....	32
3.7 Questões de ética.....	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
4.1 Relato do caso M.R.P.....	34
4.1.1 Primeira Entrevista.....	34
4.1.2 Segunda Entrevista.....	35
4.1.3 Terceira Entrevista.....	35
4.1.4 Quarta Entrevista.....	36
4.1.5 Quinta Entrevista.....	36
4.1.6 Sexta Entrevista.....	37
4.1.7 Sétima Entrevista.....	37



4.1.8 Oitava Entrevista .....	37
4.1.9 Nona Entrevista .....	38
4.1.10 Décima Entrevista.....	38
4.2 Descrição do caso .....	39
4.3 Avaliação dos parâmetros de biológicos observados antes e após intervenção farmacêutica. ....	39
4.4 Patologias e medicamentos utilizados pelo paciente no CAPS-LESTE no município de Teresina-PI.....	43
4.4.1 Patologias .....	43
4.4.2 Medicamentos.....	45
4.5 Acompanhamento farmacoterapêutico do usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAP-LESTE) no município de Teresina, Piauí.. ....	50
5. CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS .....	60
ANEXOS .....	68
APÊNDICES .....	71

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Lista dos principais problemas relacionados com medicamentos (PRMs). .....	25
Tabela 2: Classificação dos resultados negativos associados ao medicamento (RAMs). .....	26
Tabela 3: Parâmetros biológicos observados antes e depois da intervenção farmacêutica no paciente do CAPS-LESTE no município de Teresina-PI. ....	41
Tabela 4: Valores da pressão arterial (P.A) da usuária do CAPS-LESTE durante o acompanhamento farmacoterapêutico. ....	42
Tabela 5: Principais fatores de risco das doenças apresentadas pelo usuário do CAPS-LESTE no município de Teresina-PI. ....	44
Tabela 6: Estudo da farmacoterapia da usuária durante o acompanhamento farmacoterapêutico realizado no CAPS-LESTE no município de Teresina-PI. ....	44
Tabela 7: Descrição farmacológica dos medicamentos utilizados e avaliação da indicação (AI) pela usuária do CAPS-LESTE no município Teresina-PI. ....	46
Tabela 8: Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre os problemas de saúde identificados no usuário do CAPS-LESTE no município de Teresina-PI. ....	49
Tabela 9: Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre as RAMs identificadas na usuária do CAPS-LESTE no município de Teresina-PI. ....	52
Tabela 10: Efetividade alcançada com as intervenções sobre os PRMs/RNMs identificados. ....	53

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1:** Definições dos problemas relacionados com medicamentos (PRMs) e resultados negativos associados aos medicamentos (RNMs). 26

## LISTA DE ABREVIATURAS

- AF** - Atenção Farmacêutica.
- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- ATENFAR** - Atenção Farmacêutica.
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial.
- CID** - Classificação Internacional de Doenças.
- CYP** - Cytochrom P450.
- DSM** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais.
- FMS** - Fundação Municipal de Saúde.
- HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica.
- HDL** - *High Density Lipoprotein*.
- IF** - Intervenção Farmacêutica.
- IMC** - Índice de Massa Corpórea.
- LDL** - *Low Density Lipoprotein*.
- OMS** - Organização Mundial da Saúde.
- OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde.
- PA** - Pressão arterial.
- POM** - *Problem-Oriented Medical Record*.
- PRM** - Problema Relacionado ao Medicamento.
- RAM** - Reação Adversa a Medicamentos.
- RNM** - Resultado Negativo Associado ao Medicamento.
- SNC** - Sistema Nervoso Central.
- SUS** - Sistema Único de Saúde.
- TAB** - Transtorno Afetivo Bipolar.
- TGO** - Transaminase glutâmico-oxalacética.
- TGP** - Transaminase glutâmico-pirúvica.
- TOTG** - Teste Oral de Tolerância à Glicose.
- VLDL** - *Very Low Density Lipoprotein*

## RESUMO

GONÇALVES, M.P.V. **Atenção Farmacêutica a Usuária Portadora de Transtorno Psicossocial**. PI, 2011. 90 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Farmácia) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011.

O atendimento aos portadores de transtornos psicossociais, ao longo do tempo e em diferentes países, reuniu diferentes concepções e formas de tratamento da doença mental, bem como associado a vários problemas de saúde e à utilização de vários medicamentos, remete a necessidade de um acompanhamento farmacoterapêutico. Esse acompanhamento é realizado por meio de informações ao usuário sobre os problemas de saúde apresentados e os medicamentos utilizados para identificar e resolver os possíveis resultados negativos associados aos medicamentos (RNMs), objetivando uma maior eficácia terapêutica e uma melhor qualidade de vida do usuário. O presente trabalho se propôs realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de uma portadora de transtorno psicossocial, utilizando o Método Dáder. No Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE) onde o estudo foi realizado foi acompanhada a usuária por meio de duas visitas mensais que ocorreram no período de Abril a Agosto de 2011. A usuária após concordar com o acompanhamento assinou o Termo de Livre Consentimento e Esclarecido. A cada visita foram coletadas as informações necessárias, estudadas as patologias; os medicamentos em uso e realizadas intervenções farmacêuticas. Os RNMs foram classificados segundo o Terceiro Consenso de Granada. Durante o acompanhamento, foram identificados alguns PRMs/RNMs, sendo estes últimos a ausência de medicamento (clonazepam) na rede do CAPS, ausência de adesão ao tratamento, inefetividade quantitativa, insegurança não-quantitativa e quantitativa. Após o processo de intervenção sobre os RNMs/PRMs, aos problemas de saúde e RAMs identificadas, obteve-se 88, 67 e 100% de efetividade, respectivamente. As intervenções farmacêuticas mais sugeridas foram as relativas aos tratamentos tanto farmacológico como não-farmacológico. A adoção da atenção farmacêutica, pela aplicação da Metodologia Dáder contextualizada aos portadores de transtornos psicossociais, contribui para o uso racional de medicamentos e a retomada do papel social do farmacêutico na equipe multidisciplinar do CAPS. Assim é imprescindível a importância do profissional farmacêutico neste acompanhamento farmacoterapêutico.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Atenção Farmacêutica, Método Dáder.

## ABSTRACT

GONÇALVES, M.P.V. **Pharmaceutical Care to User Bearer Psychosocial Disorder**. PI, 2011. 90 p. End of Course Work (Bachelor of Pharmacy) - Federal University of Piauí, Teresina, 2011.

The care of patients with psychosocial disorders, over time and in different countries, brought different ideas and ways of treating mental illness, and this is associated with multiple health problems and use of various medications, refers to a need for monitoring pharmacotherapeutic. This monitoring by user information about the health problems presented and the drugs used, seeks to identify and solve the possible negative outcomes associated with medication (NOMs), aiming at more effective therapy and improved life quality of the user. This study proposes do the monitoring pharmacotherapeutic of patients with psychosocial disorders, using the method Dáder. At the Center for Psychosocial Care (CAPS-EAST) where the study was done one patient was followed up by performing two monthly visits that occurred from April to August 2011. The user after agreeing with the monitoring signed the Free and Informed Consent. At each visit were collected the information required, studied the pathologies and drugs in use passing relevant guidelines. The NOMs were classified according to the Third Consensus of Granada (2007). During monitoring, have been identified NOMs and drugs related problems (DRPs), the latter being the absence of drug (clonazepam) in CAPS network, lack of adherence to treatment, ineffective quantitative and insecurity quantitative and non-quantitative. After the intervention processes on NOMs, DRPs and identified health problems were obtained 88, 67 and 100% effectiveness after pharmaceutical interventions. The most pharmaceutical interventions suggested were related to both pharmacological treatment and non-pharmacological therapy. The adoption of pharmaceutical care, by the application of the methodology Dáder contextualized to people with psychosocial disorders, is an important strategy for the rational use of drugs and the resumption of the social role of the pharmacist in the multidisciplinary group in CAPS. Thus it is imperative the importance of the pharmacist in monitoring pharmacotherapeutic.

**Keywords:** Mental Health, Pharmaceutical Care, Method Dáder.

## 1. Introdução

O atendimento aos portadores de transtornos mentais graves ou persistentes, ao longo do tempo e em diferentes países, reuniu diferentes concepções e formas de tratamento da doença mental. No Brasil, até os anos 80, os doentes eram isolados da comunidade, reclusos e ocupavam leitos manicomial em prolongadas internações (ABUHAB, 2005). As políticas atuais de saúde pública têm priorizado atender ao sujeito em detrimento da doença. As ações em saúde mental devem ocupar um maior espaço no atendimento ao ser humano como um todo, no seu próprio contexto e nas relações dinâmicas do contexto onde está inserido (AMARANTE, 1995).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que os transtornos mentais de cerca de 450 milhões de pessoas ainda estão longe de receberem a mesma relevância dada à saúde física, sobretudo nos países em desenvolvimento. A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, em nível mundial. Em todo o mundo, 70 milhões de pessoas sofrem de dependência ao álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outras 24 milhões são portadores de esquizofrenia e um milhão de pessoas comete anualmente suicídio (OMS, 2001).

Estima-se que os transtornos mentais e de comportamento correspondem aproximadamente a 12% das patologias. As verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde. No Brasil, são gastos 2,4% do orçamento do SUS em saúde mental e há uma prevalência de 3% de transtornos mentais severos e persistentes e 6% dos usuários do SUS são dependentes químicos. Pode ser observado que há uma inversão nos investimentos em detrimento dos hospitais psiquiátricos, como ilustra o fato de que em 1997 a rede composta por 176 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) recebia apenas 6% dos recursos destinados pelo SUS à saúde mental, enquanto que a rede hospitalar, com 71 mil leitos, recebia os outros 94%. Em 2004, os 516 CAPS existentes receberam 20% dos recursos citados contra 80% destinados aos 55 mil leitos psiquiátricos no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A criação da Lei número 10.216 da Reforma Psiquiátrica publicada na Portaria número 336/02 consolidou o novo modelo assistencial dos CAPS e, finalmente, a experiência acumulada nos mais de dez anos de existência desses serviços como fatores decisivos na história recente para um substancial incremento dos CAPS no Brasil e para a relativização do

papel hegemônico dos hospitais psiquiátricos na atenção em saúde mental (Ministério da Saúde, 2002).

Esses centros apresentam um nível de complexidade de atenção que inclui também a internação (CAPS III) podendo, assim, substituir o hospital psiquiátrico. Previsto para ser o início dos tratamentos em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), esta instituição assume, assim, sua parte de responsabilidade na administração e centralidade dos atendimentos. Deve também capacitar e supervisionar as equipes de atenção básica e outros serviços de saúde mental, bem como contribuir na elaboração de programas nessa área. Sendo assim, essa Portaria traz novas regras instituídas que possibilitam uma reforma psiquiátrica mais efetiva. O primeiro CAPS do país surgiu em março de 1987, com a inauguração do CAPS Luis da Rocha Cerqueira, na Cidade de São Paulo, e representou a efetiva implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental para atendimento aos usuários portadores de transtornos psicossociais (GOLDBERG, 1992).

O CAPS possui uma equipe multiprofissional - composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos e outros - e oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias. De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na Unidade, parte do dia ou vir apenas para suas consultas. Com relação aos atendimentos diários verificamos o regime intensivo, em alguns dias da semana o regime semi-intensivo e em alguns dias no mês em não-intensivo. As necessidades de cada usuário e os projetos terapêuticos são definidas pela equipe de saúde, em contato com as famílias e segundo as evoluções de cada usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Diante das necessidades dos usuários do CAPS, é importante considerar a necessidade da atuação do profissional farmacêutico no CAPS. O farmacêutico é responsável por interagir sistematicamente com os profissionais da unidade de saúde, articulando a integração das ações da assistência farmacêutica junto à equipe multiprofissional das unidades e promover o uso racional dos medicamentos por meio de ações educativas para prescritores, gestores, equipe multiprofissional e usuários. Além disso, o farmacêutico no CAPS supervisiona o cumprimento das exigências legais da vigilância sanitária (Portaria SVS/MS nº 344/98) no que diz respeito aos medicamentos de controle especial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A atenção farmacêutica (ATENFAR) foi definida pela primeira vez como “a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos



que melhorem a qualidade de vida dos pacientes” (HEPLER; STRAND, 1990) . Essa melhora deve ser obtida pela otimização da terapia medicamentosa e resolução dos problemas relacionados aos medicamentos, além de reduzir os custos com assistência médica.

A ATENFAR constitui uma nova filosofia de exercício profissional farmacêutico. Compreende atitudes, valores éticos, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde (IVAMA et al, 2002). A proposta não é diagnosticar ou prescrever medicamentos considerados de responsabilidade médica, mas a garantia de que esses medicamentos venham a ser úteis na solução ou alívio dos problemas do usuário do CAPS e que possa possibilitar o uso correto da medicação pelo usuário do CAPS.

A não realização da ATENFAR qualificada compromete o processo de cura e/ou manutenção da saúde. Dentro do contexto de ATENFAR existem pacientes que fazem uso de medicamentos, cronicamente, para diferentes patologias e, dentre os usuários assistidos pelos programas de tratamento do CAPS, destaca-se a necessidade de acompanhamento farmacêutico, desses, uma vez que os pacientes fazem uso crônico de psicotrópicos, cuja principal função é modificar as reações psíquicas normais ou alternadas e, ainda, drogas de ação central que atuam e modificam as funções do Sistema Nervoso Central (SNC), aliviando os transtornos psicossociais (AFONSO; PUERTA, 1991).

Dentro das ações dos farmacêuticos no CAPS pode ser implantado o seguimento farmacoterapêutico. No entanto, são necessários mais investimentos em recursos humanos, devendo-se aumentar e aperfeiçoar a formação de profissionais para a saúde mental, que prestarão cuidados especializados e apoiarão programas de cuidados primários em saúde. Na maioria dos países em desenvolvimento, ainda é escasso um número adequado de especialistas, para preencher os quadros dos serviços de saúde mental. Também é necessário estabelecer políticas, programas e legislações específicas na área, envolvendo a participação da comunidade, das famílias e de toda a sociedade (OMS, 2001).

Diante dessa nova realidade, devem ser fornecidos e estar constantemente disponíveis, medicamentos psicotrópicos essenciais em todos os níveis de cuidados em saúde. Estes medicamentos devem ser incluídos nas listas de medicamentos essenciais de todos os países, e os melhores, para tratamento das afecções, devem estar disponíveis sempre que possível. Em alguns países, isso pode exigir modificações na legislação reguladora. Esses medicamentos podem atenuar os sintomas, reduzir a incapacidade, abreviar o curso de muitas perturbações e prevenir as recorrências (OMS, 2001).

As dificuldades na implantação da ATENFAR voltada à saúde mental decorrem da falta de uma maior integração entre os diversos profissionais da saúde, como psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais e principalmente devido à ausência do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar voltada à saúde mental.

A monitorização dos pacientes atendidos pelo CAPS ajudará a determinar as novas tendências e a detectar mudanças na saúde mental, bem como possibilitará a identificação de problemas relacionados com medicamentos, uma vez que estes estão também associados com uma alta morbimortalidade relacionada a medicamentos. Essa atividade é necessária para verificar a eficácia dos programas de prevenção e tratamento de saúde mental e, além disso, justificar a necessidade da adequação de recursos humanos no CAPS. Assim, na avaliação dos problemas de saúde, as principais reações adversas e parâmetros relacionados à medicação mostram-se a necessidade de ampliação do elo entre o farmacêutico e o usuário do CAPS, por meio das ações da ATENFAR (FREITAS *et al.*, 2006).

## **1.1. Objetivos**

### **1.1.1. Geral**

Diante do exposto, o presente estudo visa realizar o acompanhamento farmacoterapêutico por meio da prática da atenção farmacêutica à usuária portadora de transtorno psicossocial no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE) do município de Teresina, Piauí.

### **1.1.2. Específicos**

Dentro dessa proposta também se pretende:

1. Verificar os parâmetros biológicos apresentados pela usuária antes e após as intervenções farmacêuticas.
2. Esclarecer dúvidas relacionadas à doença e aos medicamentos;
3. Detectar, registrar e solucionar as principais reações adversas a medicamentos (RAMs) e os problemas relacionados com medicamentos (PRMs), evitando os riscos de morbimortalidade relacionada aos psicotrópicos;
4. Realizar um levantamento dos principais fármacos prescritos e as interações medicamentosas (medicamento-medicamento e medicamento-alimento);
5. Orientar sobre o uso correto dos medicamentos e o tratamento não-farmacológico.

## 1.2. Justificativa

O estudo visa à obtenção de dados para apresentar as taxas de prevalência de problemas relacionados com medicamentos (PRMs) para formular planos de atividades a serem utilizadas durante a prática da Atenção Farmacêutica (ATENFAR), referentes aos tratamentos medicamentosos da usuária atendida pelo CAPS na Rua Lindolfo Monteiro, nº 541, Bairro de Fátima no município de Teresina-Piauí.

Não são numerosos os trabalhos que fornecem dados para o cálculo de taxas e sobre ATENFAR, mas um cuidadoso aproveitamento daqueles existentes contribui para o dimensionamento dos principais problemas relacionados com medicamentos em usuários atendidos pelo CAPS. Uma articulação desses estudos com as taxas de prevalência de amostras seletivas e, num terceiro escalonamento, com a morbidade internada proporcional por diagnóstico, dá até mesmo para o referido dimensionamento alcançar metas em nível nacional. Com referência a esse último indicador, há importantes dados para o Brasil como um todo. Embora não sejam de prevalência, os números relativos à demanda internada no CAPS constituem atualmente o melhor indicador disponível da epidemiologia relacionada aos PRMs no paciente em estudo.

No Brasil estima-se que os transtornos mentais e de comportamento correspondem aproximadamente a 12% das patologias e os pacientes que apresentam estes transtornos fazem uso crônico de psicotrópicos, cuja principal função é modificar as reações psíquicas normais ou alternadas e, ainda, drogas de ação central que atuam e modificam as funções do Sistema Nervoso Central (SNC). Assim, é necessário um maior cuidado com a medicação utilizada, por meio da prática da ATENFAR ao usuário do CAPS e do acompanhamento farmacoterapêutico.

Dessa forma, percebeu-se a necessidade de estudar a farmacoterapia de uma usuária atendida pelo CAPS-LESTE, investigando a presença de RAMs e os principais PRMs/RNMs, bem como detectando dados para subsidiar a elaboração de material educativo durante a prática da ATENFAR para tentar minimizá-los e/ou corrigi-los melhorando desta forma, a qualidade de vida da usuária do CAPS-LESTE e favorecendo o uso racional dos seus medicamentos.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Atenção Farmacêutica (ATENFAR)

No Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002) comandou uma oficina de trabalho para discutir a atenção farmacêutica. O grupo constituído para este fim produziu o documento “Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica”, que tem por objetivo uniformizar os conceitos e a prática profissional no país. A proposta de consenso defende que a prática da atenção farmacêutica deve estar orientada para a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento e acompanhamento farmacêutico, registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados. O propósito da atenção farmacêutica é reduzir a morbimortalidade relacionada aos medicamentos.

O termo Atenção Farmacêutica, derivado do inglês *Pharmaceutical Care*, foi inicialmente descrito em 1988 por Charles Hepler como “uma relação pactada entre um farmacêutico e um paciente, na qual o farmacêutico leva a cabo as funções de controle do uso dos medicamentos (com conhecimentos apropriados e habilidades), governado pela consciência e o compromisso de interesse pelo paciente”. Essa descrição levou a conceitualização da Atenção Farmacêutica como “a provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de obter resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes”.

Dentro deste novo contexto da prática farmacêutica, no qual o bem estar passa a ser a preocupação principal, o farmacêutico assume papel fundamental, somando seus esforços aos dos outros profissionais de saúde e aos da comunidade para a promoção da saúde. Este é um compromisso de extrema relevância, já que os eventos adversos a medicamentos são considerados hoje uma patologia emergente e são responsáveis por grandes perdas, sejam estas de ordem financeira ou de vida. O profissional farmacêutico, em cooperação com o paciente, atua de modo a melhorar os resultados da farmacoterapia, com a prevenção e detecção de Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRMs), antes que estes possam dar lugar à morbidade e/ou mortalidade relacionada com medicamentos. O farmacêutico, via de regra, é o último profissional de saúde que tem contato direto com o paciente depois da decisão médica pela terapia farmacológica (FERRAES, 2003).

O farmacêutico atualmente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras associações Farmacêuticas de relevância internacional é considerado profissional exclusivo a desenvolver atenção farmacêutica, buscando a integração e colaboração com a equipe de

saúde, cuidando diretamente do paciente. Esta prática deve ser prioridade para o desenvolvimento pleno de sua profissão (PEREIRA; FREITAS, 2008).

A ATENFAR é definida como um modelo de prática farmacêutica desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças e na promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definitivos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida (OPAS/OMS, 2002).

Segundo Sobravime (2001), faz-se necessário atentar para o uso racional dos medicamentos, de forma que os pacientes recebam os medicamentos para a indicação apropriada, nas doses, via de administração e duração apropriadas; que não existam contra-indicações; que a probabilidade de ocorrência de reações adversas seja mínima; que a dispensação seja correta e que haja aderência ao tratamento. Os serviços farmacêuticos de atenção primária contribuem para a diminuição da internação ou do tempo de permanência no hospital, à assistência aos portadores de doenças crônicas, à prática de educação em saúde e, para uma intervenção terapêutica mais custo-efetiva (MARIN, 2003).

## **2.2 Uso Racional de Medicamentos**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe que, para o uso racional de medicamentos, é necessário estabelecer a necessidade do uso do medicamento; a seguir, que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com a eficácia e segurança comprovadas e aceitáveis. Além disso, é necessária a prescrição adequada do medicamento, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível oportunamente, a um preço acessível, e que responda sempre aos critérios de qualidade exigidos; que se realize dispensação em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade, e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito, da melhor maneira possível. Conceito semelhante também é proposto pela Política Nacional de Medicamentos (AQUINO, 2008).

De acordo com a definição do uso racional de medicamentos proposta pela Política Nacional de Medicamentos, os requisitos necessários para a sua promoção são muito complexos e envolvem uma série de variáveis. Para que sejam cumpridos, devem contar com

os seguintes fatores: pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio, governo (CASTRO, 2000).

Segundo Mastroianni (2011), é alarmante a necessidade de uma maior atenção à população que utiliza medicamentos antidepressivos, ansiolíticos e antibióticos, uma vez que são essas as classes terapêuticas que mais apresentam inadequações de uso. No caso dos antidepressivos e ansiolíticos, os erros no modo de uso estão relacionados aos efeitos adversos inerentes à classe terapêutica, como prejuízo de atenção, memória e aprendizagem (ANDRADE, 2004).

Ainda segundo Andrade (2004), quando utilizados sem o diagnóstico, a indicação e a orientação de um profissional da saúde, ou ainda de forma inadequada, os medicamentos psicotrópicos podem causar dependência. Mastroianni (2011) em seus estudos, concluiu que os medicamentos psicotrópicos, entorpecentes e os antibióticos estão presentes entre as sobras de medicamentos utilizados, favorecendo, assim, as trocas entre os indivíduos e a possibilidade de intoxicação acidental.

### **2.3 Método Dáder de Acompanhamento Farmacoterapêutico**

O Método Dáder foi desenvolvido pelo grupo de investigação em atenção farmacêutica da Universidade de Granada nos anos 90, e atualmente, centenas de farmacêuticos de diversos países vêm aplicando-o durante tratamento de grupos específicos de pacientes. O método se baseia na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente, isto é, os problemas de saúde que ele apresenta e os medicamentos que utiliza, e na avaliação de seu estado de situação em uma data determinada a fim de identificar e resolver os possíveis Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) apresentados pelo paciente. Após esta identificação, se realizarão as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRM e posteriormente se avaliarão os resultados obtidos (AMARAL, 2004).

“O método Dáder de seguimento farmacoterapêutico é um método simples, que permite ao profissional farmacêutico aplicar os seus conhecimentos sobre problemas de saúde e medicamentos, com objetivo de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos seus doentes, resolvendo os RNMs” (SANTOS *et al.*, 2007).

O método, que também segue o modelo orientado por problemas de Weed 1964 (POMR - *problem-oriented medical record*), consiste de algumas fases claramente diferenciadas:

1. Oferta do Serviço.
2. Primeira Entrevista.
3. Estado de Situação.
4. Fase de Estudo.
5. Fase de Avaliação.
6. Fase de Intervenção
7. Resultado da Intervenção.
8. Novo Estado de Situação.
9. Entrevistas Sucessivas.

Desta forma, por meio do Método Dáder, elabora-se um estado situacional de cada usuário acompanhado. Deste, são realizadas intervenções farmacêuticas correspondentes, onde cada profissional conjuntamente com o paciente e seu médico definem os procedimentos realizados em função dos conhecimentos e condições de saúde que afetem cada caso estudado (MACHUCA, 2003).

#### **2.4 Problemas Relacionados ao Medicamento (PRM) e Resultados Negativos Associados ao Medicamento (RNM)**

Um PRM “é qualquer evento indesejável do paciente que envolve ou se suspeita que envolva o tratamento farmacológico e que interfere real ou potencialmente com um resultado desejado no paciente” (DÁDER, 2007). Os PRM são resultados clínicos negativos, consequência da farmacoterapia que ocasionam a não obtenção do objetivo terapêutico ou aparecimento de efeitos indesejáveis.

O Terceiro Consenso de Granada (Comitê de Consenso, 2007) define PRM como situações em que o uso do medicamento, provoca um resultado negativo associado ao seu uso. Esse consenso propõe a classificação dos PRM em função dos requisitos que todo medicamento deve ter para ser utilizado: ser necessário, efetivo e seguro. Os RNM são resultados observados devido ao uso incorreto do medicamento que resulta em problemas na saúde do paciente. Podem ser ocasionados por diferentes fatores, como: as relacionadas ao sistema de saúde, ao usuário e seus aspectos biopsicossociais, aos profissionais de saúde e aos medicamentos (Quadro 1). Sua identificação segue os princípios de necessidade, efetividade e segurança, próprios da farmacoterapia (Tabela 1) (COMITÊ DE CONSENSO, 2007).



**TABELA 1:** Lista dos Principais Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs).

<b>Lista dos principais problemas relacionados com medicamentos (PRMs)</b>
Administração errônea do medicamento
Características pessoais
Conservação inadequada e Contra indicação
Dose, pauta, e/ou duração inadequada
Duplicidade e erros de dispensação
Erros de prescrição
Não adesão à terapêutica
Interações medicamentosas
Outros problemas de saúde que afetam o tratamento
Probabilidade de efeitos adversos
Problema de saúde insuficientemente tratado
Outros

**Fonte:** FÓRUM de AF, 2006

A diferença principal na classificação dos problemas farmacoterapêuticos baseia-se na adesão ao tratamento, uma vez que para o Método Dáder a não aderência ao tratamento é uma causa dos PRM, enquanto para o modelo de Minnesota, a não aderência torna-se um problema farmacoterapêutico (PEREIRA, 2008).

Os RNMs referidos são de três tipos, relacionados com a necessidade do medicamento por parte do doente, com sua efetividade ou segurança (TABELA 2).

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

<b>NECESSIDADE</b>	
<b>RNM 1</b>	<b>Problema de saúde não tratado:</b> O paciente sofre um problema de saúde associado ao fato de não receber um medicamento que necessita.
<b>RNM 2</b>	<b>Efeito do medicamento não necessário:</b> O paciente sofre um problema de saúde associado ao fato de receber um medicamento que não necessita.
<b>EFETIVIDADE</b>	
<b>RNM 3</b>	<b>Inefetividade não quantitativa:</b> O paciente sofre um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa do medicamento.
<b>RNM 4</b>	<b>Inefetividade quantitativa:</b> O paciente sofre um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa do medicamento.
<b>SEGURANÇA</b>	
<b>RNM 5</b>	<b>Insegurança não quantitativa:</b> O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento.
<b>RNM 6</b>	<b>Insegurança quantitativa:</b> O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento.

**Fonte:** Terceiro Consenso de Granada, 2007.

**QUADRO 1:** Definições dos problemas relacionados com medicamentos (PRMs) e resultados negativos associados aos medicamentos (RNMs).

- **PRM:** aquelas situações que, no processo de uso de medicamentos, causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao medicamento.
  
- **RNM:** resultados em saúde do paciente não adequados ao objetivo da farmacoterapia e associados ao uso ou falha no uso de medicamentos.

**Fonte:** Terceiro Consenso de Granada, 2007.

## 2.5 Psicoterapia

Na sociedade em que o discurso técnico-científico exigia a implementação da disciplina que garantiria a ordem e o progresso, a alienação tornou-se um conceito útil para explicar a ruptura do equilíbrio individual e coletivo. Conceito que, por sua vez, inicia o período de ampliação da ação do Estado na esfera privada que seguirá deste período até meados da Segunda Guerra Mundial. O tratamento moral, por sua vez, passou a ser utilizado como intervenção científica para o controle e a correção dos indivíduos não convencionais, repetindo a história dos países europeus e dos Estados Unidos. As causas da alienação passam a ser relacionadas a fatores predisponentes – o clima, a sexualidade, a idade, o temperamento, a profissão e o modo de vida – e a causas determinantes, ou seja, fatores físicos (comportamentos hereditários de distúrbios patológicos) e emocionais (devido a problemas familiares) (FERREIRA, 2010).

Com o desenvolvimento da farmacologia, de inegável importância para o tratamento das patologias mentais, os profissionais de saúde mental se viram em vias de criar uma linguagem que unificasse a comunicação das doenças mentais, com intuito de facilitar as pesquisas de tratamentos específicos para cada transtorno. Dessa forma, foram elaborados alguns sistemas classificatórios, desenvolvidos com extremo rigor empírico e estatístico, os mais utilizados são a CID (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais). Esses sistemas foram criados no sentido de facilitar o processo diagnóstico na psiquiatria, o que, por consequência, poderia levar a escolha de um tratamento mais eficiente, além de objetivar a comunicação entre os diversos profissionais da área de saúde, ampliando o campo das pesquisas clínicas e farmacológicas. Por último, há benefícios na busca etiológica dos transtornos mentais (TEIXEIRA, 2007).

Na psicoterapia “O efeito de uma terapêutica depende de uma conjunção complexa de fatores que de longe ultrapassam as transformações físico-químicas que um medicamento produz no corpo de um paciente: elas percorrem um leque que se estende desde o sentido que tem, para determinado sujeito, estar fazendo uso de uma substância, passando pelo modo de relação transferencial que ele mantém com quem o prescreve, sem mencionar o tipo variável de expectativa que ele dirige aos demais participantes da equipe que dele se ocupa.” (TEIXEIRA, 2007)

Segundo Bruscato (1998), a psicoterapia tem por finalidade melhorar os sintomas, prevenir as recaídas, evitando-se as internações em hospitais psiquiátricos. Entretanto, nos

momentos de crise, deve ajudar a encarar uma internação necessária como medida protetora. Este autor considera que seus principais objetivos são:

1. Interromper a perda da capacidade mental, preservando o contato com a realidade;
2. Restaurar a capacidade de cuidar de si e de administrar sua vida, e manter o máximo de autonomia para promover o melhor ajustamento pessoal, psicológico e social possível;
3. Diminuir o isolamento social;
4. Reconhecer e reduzir a natureza ameaçadora dos eventos da vida, para os quais existe uma sensibilidade particular;
5. E conscientizar o portador sobre a realidade de seus recursos e limitações, tanto ajudando a descobrir e realizar seu potencial, quanto ajudando na aceitação de suas limitações.

## **2.6 Terapia ocupacional e orientação familiar no tratamento de pacientes com transtornos psicossociais**

No Brasil, até a segunda metade do século XIX, o tratamento atribuído aos doentes mentais baseava-se em suprimir a loucura. O isolamento e a vigilância tornaram-se princípios primordiais no tratamento e na segurança dos alienados. A condição de excluir o alienado da sociedade implicava a possibilidade de uma reinserção futura, depois de sua reabilitação por meio do tratamento oferecido pelo hospício. Na segunda metade da década de 80, ocorreu no Brasil a implantação do processo de Reforma Psiquiátrica, que induziu novos rumos para a saúde mental, passando a abranger a condição humana, social, política e cultural do doente mental, abrindo espaço para um questionamento viável e crítico (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003).

Ainda segundo Mostazo e Kirschbaum (2003), as atividades ocupacionais constituem-se na retomada da autonomia e das atividades da vida diária. Os usuários percebem as suas potencialidades e o êxito quando desenvolvem atividades, seja na terapia ocupacional quanto na vida cotidiana. As atividades ocupacionais não devem ser encaradas como tendo função meramente recreativa. Sua finalidade é recuperar a capacidade de voltar a fazer algo e combater a falta de vontade. Está indicada para pacientes que estão em estado de desorganização, isolados e com a vontade comprometida. Esta terapia faz com que os pacientes se organizem e possam desenvolver suas criatividade.

Historicamente, a família se constituiu como objeto de estudo e intervenção sobre sua importância no tratamento de pacientes com doença mental na família. Com a implantação da Reforma Psiquiátrica no país e, com ela, a reinserção do paciente psiquiátrico na família e na comunidade, o núcleo familiar vem, pouco a pouco, sendo considerado como unidade básica no processo de assistência. A família é responsável, na maioria das vezes, pelo apoio físico, emocional, social e psicológico ao seu familiar doente (PEREIRA, 2007).

Os estudos sobre a experiência da família com a doença mental revelam o grande impacto que a doença representa para a família, com significativas desorganizações nas formas habituais de lidar com situações do cotidiano, na medida em que a família enfrenta as alterações de comportamento do familiar e passa a assumir a função do cuidador, a responder às demandas desta função (MELMAN 2001). Toda doença crônica dificulta a vida do portador e sua relação com a família. Se de um lado é importante a conscientização do portador da doença para que tenha os meios para combatê-la, por outro, se a família não for igualmente conscientizada, os choques serão inevitáveis.

## **2.7 Portador de Transtorno Psicossocial**

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2001), Transtornos Mentais e Comportamentais são condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Os Transtornos Mentais e Comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do "normal", sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa, em si, a presença de distúrbio mental ou de comportamento. Para serem consideradas transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, em uma ou mais esferas da vida. Os Transtornos Mentais e Comportamentais se caracterizam também por sintomas e sinais específicos e, geralmente, seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções. Nem toda deterioração humana denota distúrbio mental.

Ainda segundo OPAS (2001), há muito que aprender sobre as causas específicas dos Transtornos Mentais e Comportamentais, mas as contribuições da neurociência, da genética, da psicologia e da sociologia, entre outras, desempenham importante papel informativo sobre

a compreensão dessas complexas relações. Mas diversos fatores estão relacionados com causas destas anormalidades como fatores biológicos, ambientais, sociais e psicológicos.

Segundo Desjarlais e colaboradores (1995), existe uma série de fatores que trazem conseqüências deletérias para a saúde mental e elevada prevalência de eventos de vida estressantes e de transtornos mentais na população, como processos acelerados de urbanização e industrialização, acesso ineficiente aos cuidados de saúde, condições de moradia inadequadas, distribuição desigual da renda, desemprego, altas taxas de violência e criminalidade.

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor que homens, enquanto estes apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade anti-social e esquizotípica, transtornos do controle de impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na vida adulta. Nos transtornos cuja prevalência é semelhante em homens e mulheres, são observadas diferenças na idade de início, perfil sintomatológico e resposta ao tratamento. Têm, ainda, sido identificados diferentes padrões de comorbidade psiquiátrica e psiquiátrica/física em mulheres e homens (ANDRADE; SANTOS, 2004).

Ainda segundo Andrade e colaboradores (2004), a violência tem sido identificada como um fator de risco para vários agravos à saúde mental da mulher. Mulheres que foram fisicamente agredidas ou sexualmente molestadas na infância apresentam maior risco de revitimização na vida adulta.

### **3. Material e Métodos**

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

Foram realizadas entrevistas com uma usuária, de acordo com a metodologia descrita por Cipolle e colaboradores (2000). Os dados foram coletados através da realização de um estudo do prontuário do paciente mediante a sua autorização, para coletar e registrar as informações referentes ao diagnóstico e a terapêuticas do usuário do CAPS-LESTE em estudo no município de Teresina, durante o período de Abril a Agosto de 2011.

Após a coleta dos dados, foram realizados estudos sobre o estado de saúde da usuária dos serviços do CAPS-LESTE e o estudo sobre RNMs.

### **3.2. Local e amostra do estudo**

O trabalho foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE) na Rua Lindolfo Monteiro, nº 541, Bairro de Fátima no município de Teresina-Piauí. O CAPS possui uma equipe multiprofissional - composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos e outros - e oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias. De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, este pode passar o dia todo na Unidade, parte do dia ou vir apenas para suas consultas. Com relação aos atendimentos diários verificamos o regime intensivo, em alguns dias da semana o regime semi-intensivo e em alguns dias no mês em não-intensivo. As necessidades de cada usuário e os projetos terapêuticos são definidas pela equipe de saúde, em contato com os familiares e segundo as evoluções de cada usuário.

### **3.3. Coleta de dados**

#### **3.3.1 Instrumentos**

**3.3.1.1 Termo de Livre Consentimento e Esclarecido** para que a usuária com transtorno psicossocial pudesse assinar e ser incluída na amostra.

**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/indicadores biológicos* (APÊNDICE I).

#### **3.3.2 Fontes de dados**

**3.3.2.1 - Entrevistas diretas** com a usuária (foi realizada pelo acadêmico do curso de farmácia da Universidade Federal do Piauí, treinado e sob supervisão).

**3.3.2.2 - Prontuários Médicos** (relatos 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 (APÊNDICE VI e VII).

#### **3.4. Sujeitos**

Foi selecionado uma usuária adulta, diagnosticada portadora de Transtorno Psicossocial, cadastrada no CAPS com prontuários já descritos pela equipe multiprofissional local (composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos e outros), o estudo foi iniciado para a coleta de dados para 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 uma grande dificuldade, pelo fato do Método Dáder necessitar de um diálogo com a usuária. A maior dificuldade foi o fato da usuária do CAPS-LESTE, em não apresentar um estado de lucidez permanente e também por algumas vezes a mesma apresentar-se bastante agitada e agressiva. Além disso, a mesma não tem conhecimento de quais medicamentos está utilizando, nem a finalidade destes, além de não aderir ao tratamento por queixar-se de muitas reações adversas e também dos momentos de indisponibilidades da mesma em responder aos questionários implementados, inviabilizando de certa forma a aplicação da metodologia Dáder de acompanhamento farmacoterapêutico nessa usuária.

#### **3.6. Análise dos dados**

Publicações regulares de periódicos nacionais e internacionais, livros citados na bibliografia foram utilizados como fonte de informação técnica. Os dados coletados foram tratados por meio do programa Excel, o que possibilitou a criação de quadros e tabelas contendo a frequência de utilização de cada classe de medicamento, de patologias, quantidade de PRMs e RNMs encontrados após a entrevista e análise dos prontuários da usuária.



### **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 realizar o 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. Iniciou-se o preenchimento da ficha de acompanhamento farmacoterapêutico, em que a usuária foi acompanhada 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 isto em benefício e proteção ao usuário, à sociedade e ao Estado.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Relato do caso M.R.P

#### 4.1.1 Primeira entrevista

No dia 11 de Abril de 2011, às 9:00 horas, foi realizada a primeira entrevista ao usuário do CAPS-LESTE M.R.P. A paciente encontrava-se bastante agitada e referiu ter problemas de relacionamento com a família. A mesma relatou que começou a apresentar problemas mentais após ter sido agredida pelo marido no período de gravidez do primeiro filho. Esta foi encaminhada ao CAPS-LESTE em março de 2006, mas antes fazia tratamento no Hospital Areolino de Abreu.

A usuária relatou que no início não gostava do tratamento recebia no CAPS-LESTE, mas acabou se adaptando ao mesmo. Nesta visita, a usuária apresentou pressão arterial (P.A) no valor de 167 por 90 mmHg. A hipertensão foi diagnosticada em 2005 que há dois anos teve um ganho de peso muito alto. Para Farias Júnior e colaboradores (2009), níveis elevados de gordura corporal acompanhados de uma distribuição centralizada são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, independentemente das quantidades de gordura visceral. Vale destacar que a distribuição centrípeta do tecido adiposo pode contribuir, também, para o aparecimento de dislipidemias, comprometer o metabolismo das lipoproteínas plasmáticas e dificultar a manutenção da pressão arterial em níveis satisfatórios.

A usuária referiu-se apresentar cefaléia persistente, sonolência, dormência do couro cabeludo, xerostomia, fadiga, litíase renal bilateral, tontura, náuseas, confusão mental, agitação, constipação. Não tem o hábito de praticar exercício, fuma e ingere bebidas alcoólicas, além de não realizar uma dieta alimentar balanceada. Neste sentido buscamos analisar os pontos importantes do estado de saúde referido pela mesma e em seguida orientar sobre a importância do seu tratamento, a importância da prática de exercícios, de uma dieta alimentar saudável e sobre os riscos à sua saúde por conta do uso de álcool e tabaco.

Por meio da análise do prontuário da usuária, observou que a mesma utiliza carbamazepina (200 mg), clonazepam (2 mg), haloperidol (1 mg), hidroclotiazida (25 mg) e maleato de enalapril (5 mg). Esta entrevista teve uma duração de 30 minutos.

**PRMs/RNMs identificados:** PRM 5 (insegurança não-quantitativa), devido as várias RAMs observadas.

#### 4.1.2 Segunda Entrevista

Na segunda entrevista realizada no dia 25 de Abril às 9:00 horas, a paciente relatou estar bem e se sentia muito agradecida por estar sendo acompanhada por nós. Relatou interesse em seguir nossas orientações, mas que sentia muita dificuldade em realizá-las, uma vez que, segundo ela não há ânimo para viver na sociedade. Mas uma vez intervimos no sentido de animá-la e tentar reinseri-la no convívio social. A usuária referiu-se apresentar cefaléia, boca-seca, dormência no couro cabeludo e sonolência.

A pressão arterial foi aferida obtendo-se um valor de 160 por 90 mmHg. A mesma referiu não tomar a medicação de acordo com a prescrição médica e ter esquecido de tomar o medicamento hidroclotiazida neste dia. A usuária não demonstrou interesse em realizar o tratamento de forma adequada, referindo apresentar muitas reações adversas e que os medicamentos “não servia de nada”.

Orientamos sobre a importância do uso correto dos medicamentos na dose e horários prescritos e enfatizamos os riscos à saúde decorrentes do uso inadequado dos medicamentos por meio de comunicação verbal e boletim informativo (APÊNDICE II). Salientamos, ainda, que esse fato já havia sido alvo de orientação à usuária na visita anterior.

**PRMs/RNMs identificados:** PRM 1 (necessidade) devido a não adesão à farmacoterapia indicada.

#### 4.1.3 Terceira entrevista

Na terceira entrevista realizada no dia 2 de Maio às 9:00 horas, a usuária referiu estar nervosa por conta de uma discussão com sua irmã e que já havia fumado 5 cigarros. Apresentava as mesmas RAMs que antes e que se sentia inútil para a família dela. A pressão arterial foi aferida apresentando um valor 160 por 90 mmHg. Solicitamos junto ao médico do CAPS-LESTE, que o mesmo a solicitasse a realização de exames laboratoriais para analisar perfil lipídico, glicemia, TGO, TGP e fosfatase alcalina.

Foi também verificado a possibilidade de interações medicamentosas entre os medicamentos usados pela usuária e a sua relação com as RAMs apresentadas pela mesma. Orientamos sobre as interações medicamentosas ocorridas e as RAMs identificadas por meio de comunicação verbal e boletim informativo (APÊNDICE III).

Foi observado nesta entrevista que a dose/posologia da carbamazepina estava elevada, sugerindo sua relação com as RAMs identificadas.

**PRMs/RNMs identificados:** PRM 4 (inefetividade quantitativa) devido a possibilidade de interações medicamentosas e PRM 6 (insegurança quantitativa) devido a dose/posologia do medicamento está elevada.

#### 4.1.4 Quarta entrevista

Na quarta entrevista realizada no dia 16 de Maio às 9:00 horas, a usuária referiu estar bem e motivada a seguir nossas orientações. A mesma foi parabenizada e agradecemos pelo apoio, disponibilidade, oportunidade e colaboração em participar do trabalho e enfatizamos a importância do acompanhamento farmacoterapêutico para sua qualidade de vida.

Analisando os relatos da usuária sobre sua dieta alimentar, observou-se que a mesma utilizava bastantes alimentos fermentados, onde foi citado queijo, vinho tinto, azeitona, iogurtes, chocolate e enlatos em geral. Ressaltou-se sobre as possíveis interações medicamento-alimento que poderiam agravar o quadro de saúde da usuária, além de interromper no tratamento farmacológico da mesma. Orientamos a usuária sobre a restrição do uso destes alimentos e sobre a importância em seguir uma dieta alimentar saudável.

Obteve-se um valor da pressão arterial em torno de 150 por 90 mmHg e que as RAMs que a mesma apresentava estavam diminuídas.

**PRMs/RNMs identificados:** PRM 4 (inefetividade quantitativa) devido a possibilidade de interação medicamento-alimento.

#### 4.1.5 Quinta entrevista

Na quinta entrevista realizada no dia 30 de Maio às 9:00 horas, a usuária se sente muito feliz por entrar na Biodance (escola de dança em Teresina), está otimista e muito confiante. Esse fato, juntamente com as recomendações repassadas, estimularam ao início de sua dieta alimentar. Orientamos à usuária a procurar novas atividades em grupo, desenhos artísticos e a realizar caminhadas leves três vezes por semana. A mesma afirmou que quando comprasse seu tênis iria começar seus exercícios. Enfatizamos sobre a importância da prática de exercícios, uma vez que a mesma apresentou IMC de  $38,88 \text{ Kg/m}^2$ , considerado obesidade grau II (ANVISA, 2008). Apresentou valor de pressão arterial igual a 140/90 por mmHg.

#### **4.1.6 Sexta entrevista**

Nesta entrevista realizada no dia 13 de Junho às 9:00 horas dispomos dos resultados dos exames laboratoriais requisitados em entrevistas anteriores. Observamos taxas do perfil lipêmico acima do normal e glicemia dentro das taxas normais.

Mais uma vez intervimos sobre a dieta alimentar da usuária por meio de orientação verbal e cartaz elaborado sobre o tratamento não-farmacológico (APÊNDICE IV).

A usuária referiu estar entusiasmada em seguir nossas orientações e “tentar levar uma vida mais saudável”. Relatou que quer voltar a estudar e se preparar para o concurso da Fundação Municipal de Saúde (FMS) que será realizado no dia 19 de Setembro de 2011. Apresentou valor de pressão arterial de 130 por 70 mmHg.

#### **4.1.7 Sétima entrevista**

Nesta entrevista realizada no dia 27 de Junho às 9:00 horas, a usuária refere estar bem e que sua qualidade de vida melhorou muito após o acompanhamento farmacoterapêutico. Relatou ter diminuído o consumo de tabaco (de meia-carteira de cigarros para 1 cigarro apenas) e que abandonou totalmente o hábito de consumir álcool.

A mesma relatou que irá abandonar totalmente o hábito de fumar e levar uma vida mais saudável. A mesma apresentou pressão arterial de 140 por 90 mmHg.

#### **4.1.8 Oitava entrevista**

Na oitava entrevista realizada no dia 4 de Julho às 9:00 horas, a usuária relatou que estava sem tomar o medicamento clonazepam por conta da ausência do medicamento na rede do CAPS-LESTE e que não tem condições de adquiri-lo nas drogarias. A usuária apresentava-se com insônia e impaciente. Buscamos solucionar o caso perante a coordenação do CAPS-LESTE e afirmaram que o problema é recorrente e que iriam procurar solucioná-lo. Enfatizamos que a ausência do medicamento pode interromper o tratamento da usuária e agravar seu quadro de saúde.

Ressaltou-se a importância da adesão à farmacoterapia e uso correto dos medicamentos. A usuária apresentou pressão arterial de 140 por 90 mmHg e relatou que dificilmente conseguia controlar sua pressão arterial.

**PRMs/RNMs identificados:** PRM 1 (necessidade) devido a usuária não tomar o medicamento (clonazepam) por conta da ausência deste na rede do CAPS-LESTE.

#### **4.1.9 Nona entrevista**

Nesta entrevista realizada no dia 18 de Julho às 9:00, a usuária referiu estar bem e que estava tomando os medicamentos corretamente. Relatou estar ciente dos seus problemas de saúde e da importância do acompanhamento farmacoterapêutico. A mesma referiu estar triste pela morte de um amigo em que gostava muito.

A usuária referiu estar participando de peças teatrais realizadas no CAPS-LESTE e que tinha vontade de ser atriz. A mesma apresentou pressão arterial de 140 por 90 mmHg. A usuária referiu que seu peso reduziu para 85 Kg, mas ficou bastante irritada por dificuldades em reduzir seu peso. Orientamos a usuária sobre os fatores que interferem na redução de peso corporal e ressaltamos a importância em seguir a dieta alimentar juntamente com a prática de exercícios físicos, pois a mesma ainda está acima do peso ideal para ter uma boa qualidade de vida.

#### **4.1.10 Décima entrevista**

Nesta entrevista realizada no dia 8 de Agosto às 9:00 h, a usuária apresentava-se muito bem e referiu que as RAMs diminuíram bastante, está muito feliz e não pode nem pensar em tudo que sofreu.

A mesma não administrou nenhum medicamento fora dos indicados para a sua farmacoterapia.

Realiza caminhadas leves três vezes por semana, mas não entende porque seu peso não diminui. Sempre que possível ela e o namorado acordam mais cedo e vão caminhar. Está cuidando em sua dieta alimentar informada nas entrevistas anteriores. Esta participando de aulas de dança (Escola Biodance Teresina). Apresenta uma maior disposição para ir ao CAPS-LESTE e fazer seus trabalhos domésticos.

Por fim, agradeceu-se pela disponibilidade, oportunidade de permitir que realizasse o trabalho, esperando ter contribuído com informações e outros aspectos relevantes. Ficando à disposição para que em qualquer momento pudesse entrar em contato.

M.R.P agradeceu pela oportunidade, ressaltou que foi de grande contribuição, e sugeriu que as visitas continuassem, uma vez que estão ajudando bastante. Relatou também que a maneira de expl.

icar e a atenção prestada facilitaram o entendimento sobre sua patologia e seu tratamento farmacológico. Aferimos a pressão arterial que foi de 140 por 90 mmHg.

Durante o acompanhamento farmacoterapêutico também foram registradas as imagens do CAPS-LESTE no município de Teresina-PI, bem como, foram fotografados, para registros, momentos da prática da ATENFAR que auxiliaram a discussão dos resultados (APÊNDICE V). Foram então realizadas 10 entrevistas farmacêuticas ao longo de 5 meses, além da realização de exames laboratoriais para avaliar o estado de saúde baseado nos parâmetros biológicos e, assim, avaliar a eficácia do acompanhamento farmacoterapêutico.

#### **4.2 Descrição do Caso**

M.R.P., sexo feminino, 39 anos, 1,50 m de altura, possui o ensino fundamental completo e mora com a mãe, seus dois filhos, uma irmã e dois sobrinhos. Os problemas de saúde apresentados foram hipertensão arterial sistêmica (HAS), que se desenvolveu há 6 anos, além de transtorno mental (CID F31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos) que se desenvolveu após ter sido agredida pelo marido ainda durante a sua gravidez de seu primeiro filho. Essa usuária participa dos atendimentos do CAPS-LESTE desde 30 de Março de 2006, após ter sido encaminhada por uma psicóloga e relatou que no início apresentava dificuldades em se adaptar aos serviços oferecidos pelo CAPS-LESTE.

Quanto aos hábitos de vida, a usuária relatou que consumia bebida alcoólica, fumava bastante, não realizava atividade física e nem dieta alimentar saudável.

#### **4.3 Avaliação dos parâmetros biológicos observados antes e após intervenção farmacêutica.**

Buscando aumentar o número de subsídios para as tomadas das decisões, principalmente na fase de intervenção, foi analisado os principais indicadores biológicos e analíticos indispensáveis para uma abordagem embasada em evidências mensuráveis.

Quanto aos parâmetros biológicos analisados (TABELA 3), estudos mostram que estes estão associados com o aumento do risco de desenvolvimento de doença vascular periférica (ADLER *et al.*, 2002). Castro e colaboradores (2004) demonstraram que modificações na

composição lipídica da dieta podem promover alterações nos níveis séricos de colesterol, evidenciando o efeito da dieta nos níveis de colesterol plasmático, que pode ser significativamente modificado pela quantidade e qualidade dos ácidos graxos ingeridos. Como já se sabe, os ataques cardíacos e a aterosclerose são raros em populações que apresentam baixos níveis de colesterol plasmático.

Outro fator determinante na variação do perfil lipídico é o uso de fármacos ou de drogas (álcool e nicotina). Fármacos como a carbamazepina e diuréticos tiazídicos (hidroclorotazida), agem reduzindo o HDL-c e aumentando o LDL-c e colesterol total, além da hidroclotiazida está intimamente ligada ao aumento da glicemia sanguínea. Sugere-se que a baixa redução na concentração de LDL-c e colesterol total, após dieta alimentar realizada por meio de intervenção farmacêutica, esteja relacionada com estes fármacos. Além disso, o tabagismo aumenta os níveis de hemoglobina, leucócitos e hemácias no sangue periférico, volume corpuscular médio (VCM), epinefrina, aldosterona, cortisol e antígenos carcinoembrionários (CEA). Reduz os níveis de colesterol-HDL sérico e da atividade da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA) (BRUNTON, 2006). De acordo com Reaven (2005), o principal mecanismo pelo qual os psicofármacos interferem na dislipidemia se dá por intermédio do aumento de peso.

A glicemia teve uma pequena elevação (TABELA 3), mas acima do normal. Sugere-se a interferência de fatores pré-analíticos como, o uso de medicamentos, ausência do jejum, procedimento de coleta dentre outros. Diversos fatores pré-analíticos e analíticos podem alterar os resultados da glicemia de jejum e do teste oral de tolerância a glicose. Um destes fatores é o uso de medicamentos e de outras substâncias químicas. Antiinflamatórios esteroidais ou corticosteróides, drogas antipsicóticas (haloperidol) e diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) podem elevar a glicemia de jejum e a glicemia pós-sobrecarga oral com glicose (ISOTANI; KAMEOKA, 1999; TELLES-CORREIA *et al.*, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003). Para Reaven (2005), outro mecanismo pelo qual os psicofármacos interferem no metabolismo da glicose, é indiretamente pela indução de um aumento de peso que provoca o desenvolvimento de uma resistência à insulina.

Sendo assim, o uso de medicamentos pode causar falsos resultados positivos ou falsos resultados negativos influenciando, portanto, nos resultados de exames laboratoriais. A usuária também relatou que no dia da realização da coleta das amostras de sangue, havia tomado hidroclorotiazida e carbamazepina, o que pode sugerir que estes medicamentos poderiam ter influenciado nos resultados.



Em relação à pressão arterial (P.A) houve uma diminuição significativa durante o acompanhamento farmacoterapêutico (TABELA 3 e TABELA 4). Antes do acompanhamento farmacoterapêutico a usuária apresentava diversos fatores de riscos para o aumento da pressão arterial como: o etilismo, tabagismo, sedentarismo e alimentação rica em gordura, açúcar e sal. Sabe-se que o consumo de um cigarro causa um aumento de 14% na frequência cardíaca e de 6% na pressão arterial. Essa reação se deve, provavelmente, ao aumento das concentrações de adrenalina e noradrenalina plasmáticas durante o período de uso da nicotina. Cronicamente, a nicotina diminui a sensibilidade dos barorreceptores e aumenta a produção de tromboxano A<sub>2</sub>, que é um potente vasoconstritor (MORILLO *et al.*, 2006).

Em relação ao etilismo, muitos estudos têm detectado associação positiva entre consumo crônico de álcool e elevação dos níveis tensionais, particularmente de pressão sistólica, e prevalência de hipertensão. Por outro lado, a restrição de álcool pode diminuir a pressão arterial (PICKERING *et al.*, 2006).

Para Teixeira e colaboradores (2006), os efeitos benéficos do exercício físico sobre o controle da pressão arterial têm sido abordados sob dois aspectos: preventivos e terapêuticos. Os aspectos preventivos envolvem a promoção da saúde e prevenção do estado hipertensivo em sujeitos com maior risco de desenvolver a doença. Os aspectos terapêuticos envolvem, além da redução dos níveis pressóricos e alteração do perfil lipídico, diminuição da mortalidade, mesmo quando não ocorre redução dos níveis pressóricos.

**TABELA 3:** Parâmetros biológicos observados antes e depois da intervenção farmacêutica à usuária dos serviços do CAPS-LESTE no município de Teresina-PI.

<b>Parâmetros Biológicos</b>	<b>Antes da Intervenção Farmaceutica</b>	<b>Depois da Intervenção Farmaceutica</b>
<b>Pressão Arterial (mmHg)</b>	<b>167 por 90</b>	<b>140 por 90 ↓</b>
<b>LDL (mg/dl)</b>	<b>150,6</b>	<b>135 ↓</b>
<b>HDL (mg/dl)</b>	<b>53,9</b>	<b>45 ↓</b>
<b>VLDL (mg/dl)</b>	<b>27,4</b>	<b>37 ↑</b>
<b>Colesterol total (mg/dl)</b>	<b>231</b>	<b>217 ↓</b>
<b>Triglicerídeos (mg/dl)</b>	<b>150</b>	<b>187 ↑</b>
<b>TGP (U/ml)</b>	<b>19</b>	<b>22 ↑</b>
<b>TGO (U/ml)</b>	<b>15</b>	<b>15</b>
<b>Fosfatase alcalina (U/l)</b>	<b>92</b>	<b>82 ↓</b>
<b>Glicemia (mg/dl)</b>	<b>85</b>	<b>106 ↑</b>

**Fonte:** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). Teresina-PI.

**Legenda:** ↓ - Diminuiu; ↑ - Aumentou.

Há evidências que usuários com transtornos psicossociais, de base, possam ter uma maior predisposição para as doenças cardiovasculares como a hipertensão arterial. Essa predisposição pode se relacionar com a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal. Porém os psicofármacos podem também interferir com a pressão arterial, diretamente por meio da indução de hipotensão ortostática, da hipertensão transitória ou indiretamente por meio da promoção da obesidade (ROOSE, 2001).

**TABELA 4:** Valores da pressão arterial (P.A) da usuária do CAPS-LESTE durante o acompanhamento farmacoterapêutico.

<b>Datas</b>	<b>Pressão Arterial (mmHg)</b>
11/04/2011	167 por 90
25/04/2011	160 por 90
02/05/2011	160 por 90
16/05/2011	150 por 90
30/05/2011	140 por 90
13/06/2011	130 por 70
27/06/2011	140 por 90
04/07/2011	140 por 90
18/07/2011	140 por 90
08/08/2011	140 por 90

**Fonte:** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). Teresina-PI.

Desta forma, segundo Lieberman (2005) o tratamento das alterações metabólicas em usuários com transtornos psicossociais deverá passar inicialmente por uma intervenção no estilo de vida (promover a redução de peso por meio de uma dieta equilibrada e exercício regulares). Em segunda linha poder-se-á ponderar a alteração do psicofármaco que interfere com o metabolismo e a abordagem farmacológica direta das alterações como a dislipidemia, a hipertensão e a obesidade.

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

##### **4.4.1 Patologias**

A usuária durante o acompanhamento farmacoterapêutico relatou ser hipertensa e após análise do prontuário foi verificada que a mesma é portadora de transtorno afetivo bipolar. O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é considerado um dos mais graves tipos de doença mental e se caracteriza pela presença de episódios alternados de humor (mania/hipomania e depressão), os quais variam em intensidade, duração e frequência. Além dos episódios clássicos de mania, hipomania e depressão, há ainda aqueles mistos, ou seja, episódios nos

quais ocorrem sintomas tanto característicos das fases de mania/hipomania como da depressão. A ocorrência de sintomas psicóticos tende a ser um indicador da gravidade do episódio nas diferentes fases da doença, bem como a alta frequência destes episódios tende a marcar a cronicidade da doença (GOODWIM E SHAUDRY 1990).

Segundo Rocca e colaboradores (2006), desde a década de 70, muitos esforços no campo da neuropsicologia têm sido direcionados à compreensão do funcionamento cognitivo nos transtornos do humor.

A hipertensão arterial sistêmica constitui-se numa das afecções mais comuns do mundo moderno e atinge, em média, de 15 a 20% da população adulta. Esta se caracteriza pela presença de valores iguais ou superiores a 140 mmHg para pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica, com alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas, relacionando-se, em caráter crônico à elevação dos índices de morbimortalidade (SIMONETTI, 2002).

Ainda segundo Simonetti (2002) em aproximadamente 90% dos pacientes, não se estabelece a etiologia da hipertensão arterial, denominando-a de Essencial, Primária ou Idiopática, em contraposição à hipertensão Secundária, sendo a causa conhecida, podendo ser de origem renal, vascular, endócrina e neurogênica.

Baseados nas hipóteses diagnósticas da usuária realizou-se uma intervenção farmacêutica no sentido de orientar a usuária sobre a fisiopatologia de seus processos patológicos e fatores de risco (TABELA 5). Esses fatores, quando controlados, contribuem para o controle da pressão arterial e o desenvolvimento de transtornos psíquicos.

**TABELA 5:** Principais fatores de risco das patologias apresentadas pela usuária do CAPS-LESTE no município de Teresina-PI.

Patologias Identificadas	Fatores de Risco
Hipertensão	Idade, sexo, raça, hereditariedade, sobrepeso e obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sal e gorduras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO 1998).
Transtorno afetivo Bipolar com transtornos psicóticos – CID F31.2	Idade, sexo, etnia, vida estressante, padrão socioeconômico, fatores genéticos, disfunção familiar, perda parental (TSUCHIYA <i>et al.</i> , 2003 e MORENO <i>et al.</i> , 2007).

**Fonte:** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). Teresina-PI.

#### 4.4.2 Medicamentos

Analisando o prontuário da usuária do CAPS-LESTE, verificou-se que os medicamentos utilizados pela mesma são pertencentes aos grupos dos ansiolíticos (clonazepam), anticonvulsivantes (carbamazepina), antipsicóticos (haloperidol), diuréticos tiazídicos (hidroclotiazida) e dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (maleato de enalapril). A Tabela 6 demonstra o estudo das prescrições dos fármacos administrados pela própria usuária durante o acompanhamento farmacoterapêutico realizado no CAPS-LESTE.

**TABELA 6:** Estudo da farmacoterapia da usuária durante o acompanhamento farmacoterapêutico realizado no CAPS-LESTE no município de Teresina-PI.

Medicamentos	Dose Terapêutica	Dose e Posologia Prescritas	Avaliação da Farmacoterapia (correto)
Carbamazepina	200 mg VO 2 x dia. Dose máxima de 1 g/dia	200 mg 3 x dia	Não
Clonazepam	0,5 a 2 mg VO 3 x dia e no máximo 20 mg/dia	2 mg 2 x dia	Sim
Haloperidol	0,5 a 5 mg VO 3 x dia e dose máxima de 100 mg/dia	1 mg 2 x dia	Sim
Hidroclorotiazida	Como anti-hipertensivo 25 a 100 mg VO dose única ou duas ingestões diárias.	25 mg 1 x dia	Sim
Maleato de Enalapril	Dose inicial de 5 a 20 mg VO 1 ou 2 x dia. Dose máxima de 80 mg/dia	5 mg 2 x dia	Sim

**Fonte:** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). Teresina-PI.

**Legenda:** VO (via oral)

A Tabela 7 apresenta a descrição farmacológica dos medicamentos utilizados pela usuária do CAPS-LESTE relacionando sua classe farmacológica e indicações terapêuticas. Durante o acompanhamento da usuária fizemos estudos em relação às interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento utilizados pela mesma e observou-se a ocorrência destas interações o que acarretava outros problemas ao tratamento da usuária, entre

os quais foram identificadas: redução da eficácia do tratamento, aumento da dose dos medicamentos e aumento na quantidade de prescrições.

Uma interação ocorre quando um medicamento influencia a ação de outro. A gravidade, prevalência e possíveis consequências destas interações estão relacionadas a variáveis como condições clínicas dos indivíduos, número e características dos medicamentos (SECOLI, 2010). As interações ocorridas foram decorrentes da ação da carbamazepina sobre os demais fármacos.

Em relação à avaliação da indicação terapêutica (TABELA 7), verificou-se que todas as indicações estavam de acordo com literatura consultada em relação às patologias apresentadas pela usuária. Porém, observou-se que a dose/posologia prescritas da carbamazepina estava incorreta, uma vez que, de acordo com Brunton (2006) a dose segura é de 200 mg duas vezes ao dia (TABELA 6). Pelo fato da usuária utilizar vários medicamentos e também a ocorrência de interações medicamentosas, sugeriu-se junto ao médico do CAPS-LESTE, que o mesmo reduzisse a dose da carbamazepina, uma vez que a mesma é um potente indutor enzimático o que pode acarretar na diminuição da ação terapêutica dos outros fármacos prescritos. A polifarmacoterapia é um indicador de qualidade da prescrição e da assistência médico-sanitária, embora o uso de vários fármacos não seja sinônimo de prescrição inapropriada (LANTZ, 2002; NOBREGA *et al.*, 2005). Na prática da ATENFAR, o objetivo não é intervir no diagnóstico ou na prescrição de medicamentos, mas garantir uma farmacoterapia racional, segura e com custo-efetividade.

Apesar do rápido e crescente avanço de pesquisas nessa área e da criação de políticas de apoio à Farmacovigilância, ainda existem poucos estudos de prevenção, detecção e intervenção das RAMs decorrentes do uso de muitos medicamentos (OPAS, 2002).

**TABELA 7:** Descrição farmacológica dos medicamentos utilizados e avaliação da indicação (AI) pela usuária do CAPS-LESTE no município Teresina-PI.

Medicamentos	Classe Farmacológica	Indicação Terapêutica	Avaliação da Indicação Terapêutica
Carbamazepina	Derivado tricíclico do iminostibeno (anticonvulsivante).	Tratamento de neuralgia do trigêmeo, nas crises convulsivas parciais com sintomatologia simples ou complexa, crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas (grande mal), crises convulsivas mistas e síndrome de abstinência do álcool.	Correto
Clonazepam	Benzodiazepínico (Depressor do SNC).	Tratamento de crises mioclônicas, crises de ausências do tipo epilépticas refratárias a succinimidas ou ácido valproico e de crises convulsivas tônico-clônicas. Também é utilizado no tratamento do pânico.	Correto
Haloperidol	Derivado da butirofenona com efeitos similares aos das fenotiazinas derivados da piperazina.	Tratamento de distúrbios psicóticos agudos e crônicos que incluem esquizofrenia, estados maníacos e psicose induzida por fármacos (psicose esteróidea), alcoolismo, tiques e estados agressivos.	Correto
Hidroclorotiazida	Diurético tiazídico.	Edema associado com insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática com ascite, síndrome nefrótica, glomerulonefrite aguda, insuficiência renal crônica e hipertensão.	Correto
Maleato de Enalapril	Inibidor da enzima conversora da angiotensina (ECA).	Tratamento da hipertensão (pode ser associado com diuréticos).	Correto

**Fonte:** (BRUNTON, 2006).

Realizou-se intervenção farmacêutica por meio de entrevistas diretas e por exposição de boletins informativos (APÊNDICE II) em relação à farmacoterapia utilizada pela usuária, destacando o perfil dos medicamentos utilizados e as interações medicamentosas ocorridas entre os mesmos.

Segundo Marcolin e colaboradores (2004), a carbamazepina é uma das drogas antiepiléticas mais prescritas, também utilizada em transtornos psiquiátricos, particularmente no transtorno de humor bipolar. É substrato de CYP 1A2, 2C8, 2C9/10 e 3A3/4. CYP 3A4 é a principal via para sua biotransformação, representando de 30% a 50% do total de sua filtração glomerular (SPINA, 1996). Para as drogas antiepiléticas, as interações farmacocinéticas são as mais prevalentes, porém as farmacodinâmicas também são relevantes (PATSALOS, 2003).

Verifica-se interações clinicamente significativas por ter baixo índice terapêutico, isto é, pequenas mudanças na concentração plasmática podem resultar em perda da eficácia ou sinais de intoxicação, ser indutora de várias enzimas hepáticas e por gerar metabólito ativo, a carbamazepina-10,11-epóxido (CBZ-E). A inibição da CYP 3A4 e da epóxido hidrolase, responsável pela conversão da carbamazepina-epóxido em diol inativo, e a indução de 2C19 e 3A3/4 consistem em importantes caminhos para suas interações (MARCOLIN *et al.*, 2004).

Para Marcolin e colaboradores (2004) o uso de carbamazepina e enalapril está associado à hiponatremia, principalmente em indivíduos que fazem dieta hipossódica ou usam diuréticos. Observa-se um potencial teórico de sinergismo entre essas medicações na redução do sódio sérico, sugerindo que esta interação pode estar ocorrendo durante o tratamento da usuária em acompanhamento farmacológico, uma vez que a mesma faz uso das duas medicações, e algumas vezes no mesmo horário conforme relatado durante as entrevistas.

Segundo Greenblat (2004) quase todos os benzodiazepínicos são biotransformados por enzimas do CYP450. A carbamazepina por induzir as enzimas CYP 3A4 reduz os efeitos farmacológicos do clonazepam por aumentar seu metabolismo e diminuir, por isso, sua concentração sérica. Por induzir as enzimas CYP 1A2 e 3A4, a carbamazepina também reduz os níveis séricos do haloperidol e, assim, sua ação terapêutica (BRUNTON, 2006). Como pode ser observado na tabela número 6, a usuária faz uso concomitante das três medicações que podem sofrer interação medicamentosa com a carbamazepina reforçando a necessidade da atenção farmacêutica a essa usuária.

Observou-se também, interações medicamento-alimento por meio da análise dos relatos da usuária sobre sua dieta alimentar. A mesma utilizava alimentos fermentados sendo bastante citado queijo, vinho tinto, iogurtes, cerveja, enlatados em geral dentre outros.



A interação medicamento-nutriente é definida como uma alteração da cinética ou dinâmica de um medicamento ou nutriente, ou ainda, o comprometimento do estado nutricional como resultado de administração de um medicamento, compreendendo-se a cinética como a descrição quantitativa de um medicamento ou sua disposição, o que inclui a absorção, distribuição, metabolismo e excreção. A dinâmica caracteriza-se pelo efeito clínico ou fisiológico do medicamento. Em outras palavras, as interações medicamentosas entre alimentos e medicamentos são tipos especiais de respostas farmacológicas, em que os efeitos de um ou mais medicamentos são alterados pela administração simultânea ou anterior de outros, ou através da administração concorrente com alimentos (SCHWEIGERT *et al.*, 2008).

Observa-se que alimentos fermentados são ricos em tiramina (uma monoamina derivada da Tirosina) e sabe-se que esta substância presente nestes alimentos atua liberando noradrenalina nas terminações adrenérgicas, causando aumento dos quadros psicóticos, além de provocar aumento da pressão arterial caso seja utilizado com IMAOs (inibidores da enzima monoamino-oxidase) (SCHWEIGERT *et al.*, 2008).

A carbamazepina tem sua biodisponibilidade oral aumentada quando administrada em associação ou próximo à ingestão de alimentos em geral. Além disso, foi verificado que reduz a absorção do cálcio, fato este possível devido à sua capacidade de reduzir a produção do hormônio tireoidiano, interferindo conseqüentemente sobre a secreção da vitamina D (GOMEZ *et al.*, 2009). Desta forma sugerimos à usuária sobre a necessidade de suplementação do cálcio e vitamina D, além do aumento na dieta de alimentos ricos em ácido fólico e ferro.

Segundo o estudo realizado por Schmidt e Dalhoff (2002) há um aumento de aproximadamente 22% na biodisponibilidade oral dos comprimidos de carbamazepina e clonazepam, ao ser ingerido de forma contígua aos alimentos. Também foi verificada que há uma acentuada variação interindividual nesta interação, não tendo a carbamazepina uma relação consistente com as refeições, e que esta prática pode resultar em efeitos flutuantes na concentração desta droga. Também foi verificado que o suco de toranja aumenta a sua biodisponibilidade em 51%, devido à inibição por componentes do suco do metabolismo de primeira passagem metabólica pelo CYP3A4 da carbamazepina, o que pode acarretar no desenvolvimento de sérios efeitos adversos. Sugerimos a usuária a administrar os medicamentos carbamazepina e clonazepam associados com alimentos e leite para diminuir o desconforto no trato digestório e aumentar a biodisponibilidade destes e, assim, reduzir as reações adversas decorrentes e o aumento da dose/posologia dos mesmos.

A interação medicamento-alimento é um assunto relativamente recente e as informações a respeito ainda são um pouco escassas, mas vêm crescendo nos últimos tempos. O tema é de interesse tanto dos médicos como de farmacêuticos e nutricionistas, bem como dos pacientes. Sobretudo nos tratamentos longos, um acompanhamento nutricional pode ser desejável, pois é fato que, assim como os efeitos (terapêuticos e adversos) das drogas podem ser afetados pela dieta ou pelo estado nutricional, a administração de drogas pode também, como consequência final, afetar o estado nutricional do indivíduo.

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

No dia 11 de Abril de 2011, às 9:00 horas, foi realizada a primeira visita à usuária do CAPS-LESTE e a partir desta data foram realizadas sucessivas entrevistas com a mesma, no sentido de buscar informações a respeito do estado de saúde e dos PRMs apresentados pela usuária. Os principais problemas de saúde apresentados pela usuária e a utilização de vários medicamentos foram os principais fatores que motivaram a escolha desta para a realização do acompanhamento farmacoterapêutico.

A usuária selecionada é do sexo feminino, 39 anos, dona de casa, Pressão Arterial 167 por 90 mmHg, pesa 87,5 kg e altura de 1,50 m, tendo IMC de 38,88 Kg/m<sup>2</sup>, considerado obesidade grau II (ANVISA, 2008). A descrição da usuária selecionada para o acompanhamento farmacoterapêutico, baseada na análise dos prontuários e de entrevistas, observou-se vários problemas de saúde, PRMs e RNMs e em seguida buscou-se realizar intervenções farmacêuticas no sentido de solucioná-los.

A Tabela 8 mostra os problemas de saúde observados na usuária durante a prática da ATENFAR. Sabe-se que os riscos à saúde decorrentes de uma vida sedentária e de uma dieta alimentar irregular e juntamente com uso do tabaco e álcool são maiores do que em pessoas que mantêm uma vida saudável. De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (BR) (1998) existem vários fatores denominados fatores de risco que influenciam no aparecimento ou agravamento da hipertensão arterial (hereditariedade, idade, raça, sexo, obesidade e sobrepeso, ingestão elevada de sódio, álcool, uso de anticoncepcionais, fumo, estresse emocional, sedentarismo, dieta rica em gorduras).

**TABELA 8:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre os problemas de saúde identificados na usuária do CAPS-LESTE no município de Teresina-PI.

<b>Problemas de Saúde Identificados</b>	<b>Intervenção Farmacêutica</b>	<b>Adesão</b>	<b>Efetividade</b>
<b>Tabagismo e etilismo</b>	Orientação à usuária quanto aos riscos do uso do álcool e/ou tabaco e as interações com os psicofármacos usados no tratamento.	Sim	100%
<b>Obesidade</b>	Orientação à usuária quanto à dieta alimentar e à prática de exercícios físicos.	Sim	

**Fonte:** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). Teresina-PI.

Por meio destas intervenções, obteve-se resultados satisfatórios sobre a resolução destes problemas. A usuária sentiu-se estimulada à prática de exercícios e à realização de dieta alimentar. Atualmente a mesma frequenta aulas de dança (Escola Biodance Teresina-PI) e relatou praticar caminhadas duas vezes por semana. A orientação sobre a prática de exercícios e dieta alimentar foi realizada levando em consideração o sexo, idade, atividades físicas e possibilidades alimentares procurando sempre equilibrar alimentação com a farmacoterapia utilizada e os problemas de saúde apresentados pela usuária. Segundo Rang e colaboradores (2007), estes são fatores que devem ser sempre considerados. De acordo com Porto (2007), dietas agressivas e de curta duração acarretam no desequilíbrio hidroeletrolítico e de componentes nutricionais podendo conduzir a uma rápida retomada de peso.

Segundo Guedes e colaboradores (2006), a obesidade é um fator de risco independente para doenças cardiovasculares, e associa-se à redução da expectativa de vida. Várias adaptações e alterações ocorrem na estrutura cardíaca e funcional em indivíduos que acumulam o tecido adiposo em excesso, predispondo à complicações cardíacas, como doença coronariana, insuficiência cardíaca e morte súbita.

Em relação ao uso de álcool, a usuária abandonou o hábito de consumi-lo e ainda ressaltou que concorda com os benefícios trazidos para sua saúde e seu tratamento. Pacientes com comorbidade, principalmente aqueles com transtornos psiquiátricos graves, apresentam maiores taxas de agressividade, detenção por atos ilegais, suicídio, recaídas e maiores gastos com tratamento (ALVES *et al.*, 2004).

Em relação ao hábito de fumar, antes das intervenções a usuária fumava meia carteira de cigarros por dia e atualmente reduziu somente para 1 (um) cigarro, e afirmou que irá abandonar totalmente este hábito. O tabagismo eleva o risco de morbidade e mortalidade prematura, associada ao desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares. (HAIRE-JOSHU *et al.*, 1999). A nicotina exerce efeitos deletérios na cicatrização das feridas, e na gênese da doença aterosclerótica, o que pode ser prejudicial para pacientes com pé diabético.

Então, realizou-se medidas educativas para sensibilizá-la quanto aos hábitos de vida mais saudáveis, esclarecendo-a de que tanto o tabaco quanto o álcool causam efeitos deletérios nos diferentes sistemas do organismo, e compromete o tratamento com os psicotrópicos, uma vez que são observadas interações medicamento-álcool e medicamento-nicotina com os quais a mesma faz uso.

A RAM é definida como “qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se manifeste após a administração do medicamento, em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade” (OMS, 1972). Desta forma, ressalta-se a importância do monitoramento dos medicamentos mesmo quando estes são corretamente utilizados.

As RAMs são classificadas em quatro categorias distintas: a) relacionadas com a dose; b) não-relacionadas com a dose; c) relacionados ao tempo ou suspensão do uso e d) decorrentes de efeitos tardios. Dentre estas, as RAMs relacionadas com a dose representam cerca de 80% do total e são previsíveis resultando em efeito farmacológico excessivo (GRAHAME-SMITH; ARONSON, 2002).

Sobre as RAMs identificadas durante o tratamento farmacológico da usuária (TABELA 9), a mesma foi orientada sobre as reações adversas dos medicamentos e a importância em seguir o acompanhamento terapêutico. Outra intervenção foi sugerir junto ao médico do CAPS-LESTE na redução da dose terapêutica da carbamazepina, uma vez que, este medicamento é responsável por estas reações adversas observadas na usuária, já que a carbamazepina possui baixo índice terapêutico e efeitos farmacológicos potentes, apresentando alta probabilidade de participar de interações clinicamente relevantes.

Orientamos à usuária sobre a utilização dos medicamentos de acordo com a prescrição médica, somente com bastante água e ressaltando a importância do profissional farmacêutico sobre a orientação correta de sua farmacoterapia. De acordo com Andrade (2004) as ações do farmacêutico asseguram que o paciente tenha acesso à informação a cerca da utilização

adequada dos medicamentos, o que contribui para o seu uso racional. Assim, ocorreu uma redução significativa destas RAMs.

**TABELA 9:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre as RAMs identificadas na usuária do CAPS-LESTE no município de Teresina-PI.

<b>Reações Adversas aos Medicamentos (RAMs) Identificados</b>	<b>Intervenção Farmacêutica</b>	<b>Adesão</b>	<b>Efetividade</b>
Cefaléia persistente Sonolência Dormência do couro cabeludo	Orientação à usuária quanto às reações adversas e interações entre os medicamentos.	Sim	
Xerostomia Fadiga Litíase renal bilateral	Orientação quanto à importância da adesão ao acompanhamento farmacoterapêutico.	Sim	<b>67%</b>
Tontura Náuseas Confusão mental Agitação Constipação	Sugestão junto ao médico na redução da dose terapêutica da carbamazepina.	Não	

**Fonte:** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). Teresina-PI.

Uma vez constatada a ocorrência de interação medicamentosa clinicamente relevante, deve-se avaliar a possibilidade de substituição dos medicamentos participantes da interação por outros medicamentos que não interajam e que alcancem os resultados terapêuticos desejados (PECK, ROOMAN, 1986).

Ainda segundo Peck e Rooman, (1986), os casos em que os medicamentos participantes da interação não possam ser substituídos, ainda é possível propor ajustes de dosagem que, associados ao monitoramento contínuo do quadro clínico do paciente, tornem segura a administração concomitante dos mesmos.

Em relação aos PRMs/RNMs identificados na usuária (TABELA 10), verificamos a importância do acompanhamento farmacoterapêutico, já que esta é uma prática profissional

em que o farmacêutico se responsabiliza com as necessidades dos pacientes relacionadas com a medicação. Este serviço implica em um compromisso, e deve proceder de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio paciente e com os demais profissionais do sistema de saúde, com a finalidade de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

**TABELA 10:** Efetividade alcançada com as intervenções sobre os PRMs/RNMs identificados na usuária do CAPS-LESTE no município de Teresina-PI.

PRMs/RNMs	Intervenção Farmacêutica	Adesão	Efetividade
<b>PRM 1</b> - Falta de medicamento (Clonazepam) no CAPS.	Buscar soluções quanto à falta do medicamento (Clonazepam) no CAPS.	Sim	
<b>PRM 1</b> - Não adesão ao tratamento.	Orientação à usuária quanto à importância do acompanhamento do tratamento prescrito.	Sim	
<b>PRM 4</b> - Interação entre os medicamentos utilizados.	Aumentar os intervalos entre as administrações dos medicamentos.	Sim	
	Sugerir outro acompanhamento terapêutico junto ao médico.	Não	88%
<b>PRM 4</b> - Interação dos medicamentos (carbamazepina e clonazepam) com alimentos fermentados.	Sugestão à usuária em restringir o consumo de alimentos fermentados.	Sim	
<b>PRM 5</b> - Reações adversas.	Sugestão à usuária em administrar os medicamentos	Sim	
	Orientação ao paciente quanto às reações adversas e importância do seguimento terapêutico.	Sim	
<b>PRM 6</b> - Dose/posologia elevada da carbamazepina.	Alerta ao médico do CAPS-LESTE sobre a redução da	Sim	

dose do medicamento.

**Fonte:** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE). Teresina-PI.

Diante do relato da usuária foi percebido que a mesma procurou seguir as recomendações feitas por meio das intervenções farmacêuticas, o que demonstra a efetividade das mesmas.

Mediante intervenção foi possível solucionar vários dos PRMs identificados, uma vez que, obtivemos resultados satisfatórios com 83% de efetividade. O grau de entendimento sobre a utilização dos medicamentos por parte da usuária foi baixo e com dificuldade em administrá-los e relatos de reações adversas.

A ausência de alguns medicamentos em todos os postos do CAPS no município de Teresina-PI é um problema freqüente. A usuária referiu ficar sem usar o clonazepam por 15 dias (entre os dias 15 a 30 de Abril de 2011). Efetuou-se explicações e alerta sobre a medicação da usuária junto à coordenação do CAPS-LESTE. Este problema foi resolvido e a usuária voltou a utilizar o clonazepam seguindo as orientações médicas. Em relação ao (PRM 6) identificado em que a dose/posologia da carbamazepina estava elevada, alertamos o médico do CAPS-LESTE de que este medicamento estaria realcionado com as RAMs apresentadas pela usuária e que este poderia reduzir a ação terapêutica dos outros medicamentos em uso, acarretando na diminuição da efetividade do tratamento e reações adversas à usuária. Desta forma, a dose/posologia foi reduzida de três para duas vezes ao dia, como sugere a literatura consultada.

De acordo com Jiménez (2003), quando a causa de PRM é a não-adesão, o farmacêutico vai intervir diretamente com seu usuária, sem necessitar obrigatoriamente da intervenção de outro profissional de saúde para solucionar o PRM, muito mais do que no restante das outras causas (interação, duplicidade e outras, como os erros de medicação) em que outros profissionais de saúde, como médico e enfermeiro, devem ser requisitados para solucionar estes PRMs. Nas demais situações, tem-se a lógica de uma elevada parceria com o médico para resolver os PRMs, já que na maioria das ocasiões é necessário substituir o tratamento estabelecido, adicionar novos, suspender outros, substituir doses de posologias, entre outros. Na sugestão em alterar o seguimento terapêutico da usuária junto ao médico do CAPS-LESTE, não se obteve resultado, uma vez que, o mesmo referiu a não-disponibilidade de medicamentos alternativos na rede e também a ausência de condições econômicas da usuária em adquiri-los em drogarias privadas.

Atualmente, convive-se com um elevado número de problemas relacionados com medicamentos, incluindo reações adversas a medicamentos e erros não notificados oficialmente, sem mencionar o número de internações hospitalares relacionadas ao uso inadequado destes. Os esforços para a readequação de atividades e práticas farmacêuticas objetivando o uso racional dos medicamentos pressupõe a ampliação da atuação do profissional farmacêutico (OPAS, 2001).

A informação e o acompanhamento do tratamento farmacológico constituem necessidades sociais. O farmacêutico ocupa um lugar estratégico não somente para garantir o uso racional do medicamento, como também para realizar acompanhamento farmacoterapêutico aos pacientes, atuando coordenada e juntamente com outros profissionais da saúde, como o médico, o enfermeiro, outros, para que possam ser alcançados os objetivos terapêuticos e resultados desejados do tratamento farmacológico (JIMÉNEZ, 2003).

Além da intervenção sobre o tratamento farmacológico, buscou-se orientar a paciente sobre o tratamento não-farmacológico por meio de folhetos explicativos definindo dieta alimentar sobre os alimentos recomendados e relatando a importância de uma alimentação saudável (APÊNDICE IV).



## 5. CONCLUSÃO

Por meio do acompanhamento farmacoterapêutico realizado com a usuária dos serviços do CAPS-LESTE foi observado os seguintes problemas de saúde: tabagismo, etilismo e obesidade.

Em relação às RAMs identificadas na usuária, observamos as seguintes: cefaléia persistente; sonolência; dormência do couro cabeludo; xerostomia; fadiga; litíase renal bilateral; tontura; náuseas; confusão mental; agitação e constipação.

No acompanhamento farmacoterapêutico, verificou-se que os PRM potenciais foram os mais evidenciados. Destacando-se o PRM 1 (necessidade), PRM 4 (inefetividade quantitativa) e o PRM 5 (insegurança não-quantitativa) e PRM 6 (insegurança quantitativa). Com relação às causas dos PRMs, foram observadas: falta do medicamento (Clonazepam) na rede do CAPS-LESTE, não adesão à farmacoterapia (PRM 1), interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento (PRM 4), presença de reações adversas (PRM 5) e dose/posologia superior a recomendada pela literatura para carbamazepina (PRM 6).

Em relação aos parâmetros biológicos analisados da usuária, verificou-se variação no perfil lipêmico com pequena redução das taxas de colesterol total, LDL-c, HDL-c e elevação de triglicerídeos e VLDL-c. Observou-se redução significativa da pressão arterial destacando-se, assim, a otimização do acompanhamento farmacoterapêutico e pequena variação nos demais parâmetros analisados. Observou-se que os psicofármacos podem também interferir com a pressão arterial, diretamente por meio da indução de hipotensão ortostática, da hipertensão transitória ou indiretamente por meio da promoção da obesidade e também interferir no metabolismo da glicose.

Conseqüentemente, as principais intervenções farmacêuticas sugeridas foram alertar para uso correto do medicamento de acordo com a prescrição médica; sugerir outro seguimento terapêutico junto ao médico; orientação sobre a importância do tratamento farmacológico e não-farmacológico, orientação sobre as reações adversas dos medicamentos e alertar junto ao médico do CAPS-LESTE para a redução da dose/posologia da carbamazepina. Estas intervenções foram mediadas por meio de boletins informativos e um cartaz educativo sobre dieta alimentar, e comunicação direta entre acadêmico de farmácia-usuária.

É verificado a importância do acompanhamento farmacoterapêutico, e inserção do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar do CAPS, uma vez que, este proporciona uma orientação responsável do tratamento farmacológico objetivando a melhor adesão do

tratamento, conhecimento dos medicamentos utilizados e da doença e primordialmente a prevenção, identificação e resolução dos PRMs/RNMs.

## REFERÊNCIAS

ADLER, A.I.; STEVENS, R.J.; NEIL, A.; STRATTON, I.M.; BOULTON, A.J.M.; HOLMAN, R.R. UKPDS 59: hyperglycemia and other potentially modifiable risk factors for peripheral vascular disease in type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 25, n. 5, p. 894-899, 2002.

AFONSO G.M.T.; PUERTA F.A.M.C. Auto Valoración Social, Economica y Profesional Del Farmacéutico Comunitário. **Rev OFIL**, v. 5, p. 298-303, 1991.

ALVES H.; KESSLER F.; RATTO L.R.C. Co-morbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. Supl I, p. 51-53, 2004

AMARAL, J. Método Dáder: manual de seguimento farmacoterapêutico. 2ª. ed. 2004.

AMARANTE P. organizador. Loucos pela vida: **A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995. 132 p.

ANDRADE M.F.; ANDRADE R.C.G.; SANTOS V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev Bras Cienc Farm.** v. 40 n. 4, p. 471-479, 2004.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim brasileiro de avaliação de tecnologias em saúde**, n. 5, 2008.

AQUINO, D.S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciênc. saúde coletiva**. v. 13, n. supl, p. 733-736, 2008.

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.

BRUSCATO, W.L. **Psicoterapia individual na esquizofrenia**. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ, editores. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p. 149-64.

CASTRO, C.G.S.O. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

CASTRO, L.C.V.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; PELÚZIO, M.C.G. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Rev Nutr.** v. 17, n. 3, p. 369-377, 2004.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C.; FRAKES, M. Resultados del Ejercicio de la Atención Farmacéutica. **Pharml Care Esp.** v. 2, p. 94-106, 2000.

COMITÊ DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM). **Ars Pharm.** v. 48, n. 1, p. 5-17, 2007.

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

DESJARLAIS, R., EISENBERG, L., GOOD, B., KLEINMAN, A. **World mental health: problems and priorities in low income countries.** New York: Oxford University Press. 1995.

FARIAS JUNIOR, J.C.; KONRAD, L.M.; RABACOW, F.M.; GRUP.S.; ARAÚJO, V.C. Sensibilidade e especificidade de critérios de classificação do índice de massa corporal em adolescentes. **Revista de Saúde Pública,** v. 43, n. 1, p. 53-59, 2009.

FERRAES, A.M.B.; CORDONI, J.L. **Medicamento, Farmácia, Farmacêutico e o Usuário: Novo Século, Novas Demandas;** 2003.

FERREIRA, A.L. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da psicologia social crítica. **Revista Salud & Sociedad,** v.1, n. 3, p.165-177, 2010.

FORO DE ATENCIÓN FARMACEUTICA. **Documento de consenso.** Farmacêuticos, p. 72, 2008.

FREITAS R.M., IODES A.F.; MAIA F.D. Atenção farmacêutica aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial VI. **Rev Brasileira de Farmácia**, v. 55, p. 12-16, 2006.

GOMEZ, R.; VENTURINI, C.D. **Interação entre alimentos e medicamentos**. 1.ed. Porto Alegre: Letra e Vida; 2009.

GOODWIM F.K.; JAMINSON K.R. **Manic-Depressive Illness**. Oxford University Press: Oxford; 1990.

GRAHAME-SMITH, D.G.; ARONSON, J.K. **Oxford textbook of clinical pharmacology and drug therapy**. 3<sup>a</sup> ed. Oxford: Oxford University Press, 2002. p.83-109.

GREENBLATT D.J.; HARMATZ J.S.; Von MOLTKE L.L.; WRIGHT C.E.; SHADER R.I. Age and gender effects on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of triazolam, a cytochrome P450 3A substrate. **Clin Pharmacol Ther**. v. 76, n. 5, p. 467-479, 2004.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P.; BARBOSA, D.S.; OLIVEIRA, J.A.; STANGANELLI, C.R. Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes: indicadores biológicos e comportamentais. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 86, p. 439-450, 2006.

HAIRE-JOSHU, D.; GLASGOW, R.E; TIBBS, T.S. Smoking and diabetes (Technical review). **Diabetes Care**, v. 22, n. 11, p. 1887- 1898, 1999.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm**, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

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

ISOTANI, H.; KAMEOKA, K. Hypoglycemia associated with maprotiline in a patient with type 1 diabetes. **Diabetes Care**, v. 22, n.5, p. 862-863, 1999.

IVAMA, A.M. **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos – relatório 2001-2002**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2002 a. 46 p.

JIMÉNEZ, E.G. **Incumplimento como causa de problema relacionado com medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico**. (Tese Doutorado) Departamento de bioquímica y biología molecular, Facultad de Farmácia, Universidad de Granada, Granada, 2003.

LANTZ, M.S. **Problems with polypharmacy in Clinical Geriatrics**. v. 10, n. 8, p. 18-20, 2002.

LIEBERMAN, J.A.; STROUP, T.S.; MCEVOY, J.P.; SWARTZ, M.S.; ROSENHECK, R.A.; PERKINS, D.O.; KEEFE, R.S.; DAVIS, S.M.; DAVIS, C.E.; LEBOWITZ, B.D.; SEVERE, J.; HSIAO, J.K. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. **N Engl J Med**. v. 353, p. 1209-1223, 2005.

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

MARIN, N.; LUIZA, V.L.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. Organizadores. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais de saúde**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003. p. 239-286.

MARCOLIN, M.A.; CANTARELLI, M.G.; GARCIA J.M. Interações farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas. **Rev. Psiq. Clin**. v. 31, n. 2, p. 70-81, 2004.

MASTROIANNI, P.C.; LUCCHETTA R.C.; SARRA J.R.; GALDURÓZ J.C.F. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 5, p. 358-364, 2011.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde mental e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em saúde mental**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

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

MORENO D.; DIAS R.S.; MORENO R.A. **Transtornos do humor**. In: *Psiquiatria Básica* 2ª. ed. Louzã Neto MR e Elkis H (Eds.). São Paulo, Artmed, 2007.

MORILLO, M.G.; AMATO, M.C.M.; CENDON, S.P. Registro de 24 horas da pressão arterial em tabagistas e não tabagistas. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 87, p. 504-511, 2006.

MOSTAZO, R.R.; KIRSCHBAUM, D.I.R.; Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 786-791, 2003.

NOBREGA, O.T.; KARNIKOWSKI, M.G. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 10, n. 2, p. 309-313, 2005.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório preliminar da oficina de trabalho atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos**. Fortaleza-CE, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta**. Brasília: OPAS, 2002.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The Who Technical Report Series n. 498**. International drug monitoring: the role of national centers. Genebra, Suíça: OMS, 1972. p. 498.

PATSALOS, P.N.; PERUCCA, E. Clinically Important Drug Interactions in Epilepsy: General Features and Interactions between Antiepileptic Drugs. **Lancet Neurology**, v. 2, p. 347-356, 2003.

PECK, C.C.; ROOMAN, J.H. **Analysis of clinical pharmacokinetic data for individualizing drug dosage regimens**. In: EVANS, W.E.; SCHENTAG, J.J.; JUSKO, W.J. Applied pharmacokinetics: principles of therapeutic drug monitoring. 2ª ed. Spokane: Applied Therapeutics, 1986, p. 55-82.

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

PEREIRA, M.A.O.; BARBIERI, L.; PRACIANO, V.P.; FRANCO, M.S.P. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 567-572, 2007.

PICKERING, T.G.; SHIMBO, D.; HAAS, D. Ambulatory blood-pressure monitoring. **N. Engl. J. Med.** v. 354, n. 22, p. 2368-2374, 2006.

PORTO, C.C. **Vademecum de clínica médica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A, 2007.

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

REAVEN, G.M. Compensatory hyperinsulinemia and the development of an a the rogenic lipoprotein profile: the price paid to maintain glucose homeostasis in insulin-resistant individuals. **Endocrinol Metab Clin North Am**. v. 34, p. 49-62, 2005.



ROCCA, C.C.; LAFER, B. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 28, n. 3, p. 226-237, 2006.

SANTOS H.M.; FERREIRA P.I.; RIBEIRO P.L.; CUNHA I. **Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico.** GICUF-ULHT, 2007.

SCHWEIGERT, I.D; PLETSCH, M.U.; DALLEPIANNE, L. B; Interação medicamento-nutriente na prática clínica. **Rev Bras Nutr Clin.** v. 23, n. 1, p. 72-77, 2008.

SCHMIDT, L.E.; DALHOFF, K. Food-Drug Interactions. **Drugs,** v. 62, p. 1481-1502, 2002.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2.** Rio de Janeiro, RJ: Diagraphic, 2003.

SIMONETTI, J.P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L.R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v. 10, n. 3, p. 1-9, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE VIGILÂNCIA DE MEDICAMENTOS (Sobravime). **O que é uso racional de medicamentos.** São Paulo: Sobravime; 2001. p. 50-56.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). **Consenso brasileiro de hipertensão arterial.** Campos do Jordão (SP): Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1998.

SPINA, E.; PISANI, F.; PERUCCA, E. - Clinically Significant Pharmacokinetic Drug Interactions with Carbamazepine. **Clin Pharmacokinet,** v. 31, p. 198-214, 1996.

TEIXEIRA, A.M.R. Tecendo a rede: A Psicanálise na Saúde Mental. **Rev Eletrônica CliniCaps,** n. 1, 2007.

TEIXEIRA, M.; KASINSKI, N.; IZAR, C.O.M.; BARBOSA, L.A.; NOVAZZI, J.P.; PINTO, L.A.; LEITE T.F.; FONSECA, F.A.H. Efeitos do exercício agudo na lipemia pós-prandial em homens sedentários. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 87, p. 3-11, 2006.

TELLES-CORREIA, D. GUERREIRO, D.F.; COENTRE, R.; GÓIS, C.; FIGUEIRA, L. Psicofármacos e síndrome metabólica. **Acta Medica Portuguesa.** Lisboa, v. 21, n. 3, p. 247-258, 2008.

TSUCHIYA, K.J.; BYRNE, M.; MORTENSEN, P.B. - Risk Factors in Relation to the Emergence of Bipolar Disorder : A Systematic Review. **Bipolar Disord**, v. 5, p. 231-242, 2003.

WEED L.L. Medical records, patient care, and medical education. **Ir J Med Sci.** v. 17, p. 271-282, 1964.

## **ANEXOS**

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título do projeto:** Orientação farmacológica aos pacientes portadores de transtornos psicossociais atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

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

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

**Telefone para contato:** 89-88038729 ou 89-3422-4826.

**Local da coleta de dados:** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 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 presente projeto visa realizar uma orientação farmacoepidemiológica aos usuários dos serviços de saúde do CAPS do município de Picos. Como também delinear o perfil sócio-econômico, avaliar os principais problemas de saúde, as principais reações adversas e os parâmetros relacionados à medicação dos pacientes.

**Procedimentos.** A sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas.

**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. O sujeito dessa pesquisa poderá ser identificado por meio de fotografias e gravações das entrevistas durante o acompanhamento, e os resultados desta pesquisa podem ser divulgados em qualquer forma após a assinatura desse Termo de Livre Consentimento e Esclarecido.

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

Teresina, Pi - 11 de Abril de 2011.

Maria Rosa Pereira  
Assinatura

4005.155 - SSPPI  
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)

**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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**Exames laboratoriais**

<b>Exames</b>	<b>DATA</b>
LDL	
HDL	
TG	
Glicemia	
<b>Exames</b>	<b>DATA</b>
LDL	
HDL	
TG	
Glicemia	

**Observações**

<b>Data</b>	<b>Descrição</b>



## 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



**APÊNDICE II:** Boletim informativo I elaborado para a usuária 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 - CAPS LESTE"  
Acadêmico Responsável: Marcos Paulo Vasconcelos Gonçalves  
Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas



**O QUE SÃO OS PSICOFÁRMACOS DO SEU TRATAMENTO?**

- São definidos como medicamentos de controle especial que afetam o bem-estar e o comportamento.
- A Carbamazepina é um dos principais fármacos utilizados no tratamento da convulsão.
- O Clonazepam é um medicamento de "tarja preta" que possui ação anticonvulsivante, sedativa e efeito tranquilizante.
- O Haldol (Haloperidol) é um medicamento tranquilizante usado no tratamento de psicoses.



**COMO A SENHORA DEVE TOMAR OS MEDICAMENTOS?**

- De preferência tomar apenas com **BASTANTE** água (copo americano de 250 ml).
- Não tomar os medicamentos com chás, leite ou sucos.



- Use os medicamentos de acordo com a prescrição do médico.



**ATENÇÃO:** o medicamento deve ser tomado todo dia e o tratamento pode ser longo.

**QUAIS ALIMENTOS A SENHORA PODE CONSUMIR?**

- Não consuma (QUEIJO, ENLATADOS, VINHO, CERVEJAS). Estes podem agravar os quadros psicóticos, diminuindo a eficácia do tratamento.



DÚVIDAS QUANTO AO SEU TRATAMENTO PROCURE SEU MÉDICO OU SEU FARMACÊUTICO.



**PRECAUÇÕES AO TRATAMENTO DA SENHORA**

- Atenção para as interações medicamentosas entre os psicofármacos. A carbamazepina diminui o efeito do clonazepam e do Haldol (Haloperidol).

CLONAZEPAM

X

CARBAMAZEPINA

X

HALDOL (Haloperidol)

- As principais reações adversas são: dor de cabeça persistente, prisão de ventre, mal-estar, sonolência, tremores, boca seca e dormência no couro cabeludo.

**"FAÇA SEUS EXAMES SEMPRE QUE O MÉDICO SOLICITAR MANTENHA UMA VIDA SAUDÁVEL, PRATIQUE ATIVIDADES FÍSICAS (CAMINHADA DE 30 MINUTOS 3 VEZES POR SEMANA E NAO FUME"**



**PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS (PRMs) IDENTIFICADOS**

Problemas relacionados com medicamentos (PRMs) identificados

Intervenção farmacêutica

- Falta de adesão ao tratamento.

- Orientação ao paciente quanto à importância do seguimento do tratamento conforme a sugestão do médico.

- Interação entre os medicamentos diminuindo a eficácia e segurança do tratamento.

- Aumentar os intervalos entre as administrações dos medicamentos.
- Sugerir outro seguimento terapêutico.

- Uso de álcool e cigarro.

- Não usar bebidas alcoólicas e/ou cigarro.

**REFERÊNCIAS**

Bachmann KA, Lewis JD, Fisher MA, Bonfiglioli HF. Interações medicamentosas. Barueri: Manole; 2006;  
BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L.; Goodman & Gilman. As bases Farmacológicas da Terapêutica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill, 2006;  
Michelon L, Vallada H. Fatores Genéticos e Ambientais na Manifestação do Transtorno Bipolar. Rev Psiq Clínica 32, 2005.

**DADOS DO PACIENTE**

NOME: Maria Rosa Pereira

IDADE: 39 anos

DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1971

SEXO: Feminino

DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO NO CAPS: 30/03/2006

NÚMERO DO CADÁSTRO: 0061



**APÊNDICE III:** Boletim informativo II elaborado para o paciente 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 - CAPS LESTE"**  
**Acadêmico Responsável: Marcos Paulo Vasconcelos Gonçalves**  
**Orientador: Prof. Dr. Rivellison Mendes de Freitas**



---

**DE QUE SÃO OS PSICOFÁRMACOS DO SEU TRATAMENTO?**

- São definidos como medicamentos de controle especial que afetam o bem-estar e o comportamento.
- A **Carbamazepina (Tegretol)** é um dos principais fármacos utilizados no tratamento da convulsão.

Este promove:

- diminuição dos riscos de ataques epiléticos.



- O **Clonazepam (Rivotril)** é um medicamento de "tarja preta" que possui ação anticonvulsivante, sedativa, e efeito tranquilizante.

Este promove:

- diminuição de ansiedade;
- indução de sono;
- relaxamento muscular;



- O **Haloperidol (Haldol)** é um medicamento tranquilizante usado no tratamento de doenças mentais.

Este promove:

- Diminui a agressividade;
- Controla a agitação, estados maníacos.



**PRECAUÇÕES AO TRATAMENTO DA SENHORA**

- ATENÇÃO** para as interações medicamentosas entre os psicofármacos.

- A **Carbamazepina (Tegretol)** diminui o efeito do **Clonazepam** e do **Haldol (Haloperidol)**, aumentando a ansiedade e as crises de agressividade;
- O **Clonazepam (Rivotril)** tomado junto com o **Haldol (Haloperidol)** pode aumentar as crises convulsivas;

**CLONAZEPAM (Rivotril)**

X

**CARBAMAZEPINA (Tegretol)**

X

**HALOPERIDOL (Haldol)**

- As principais **REAÇÕES ADVERSAS** são: agitação, ansiedade, tensão nervosa, aumento dos riscos de convulsões, aumento dos estados agressivos.



**ATENÇÃO:** O uso de **ÁLCOOL** com **PSICOFÁRMACOS** pode ser prejudicial, podendo causar depressão do Sistema Nervoso Central.

**DUVIDAS QUANTO AO SEU TRATAMENTO PROCURE SEU MÉDICO OU SEU FARMACÊUTICO.**



**PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS (PRMs) IDENTIFICADOS**

Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs) Identificados	Intervenção Farmacêutica
<ul style="list-style-type: none"> <li>PRM 1 - Falta de medicamento (<b>Clonazepam</b>) no CAPS. Não adesão ao tratamento.</li> <li>PRM 5 - Interação entre os medicamentos diminuindo a eficácia e segurança do tratamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buscar soluções quanto à falta do medicamento (<b>Clonazepam</b>) no CAPS.</li> <li>Orientação ao paciente quanto a importância do seguimento do tratamento conforme a sugestão do médico.</li> <li>Aumentar os intervalos entre as administrações dos medicamentos.</li> <li>Sugerir outro seguimento terapêutico.</li> </ul>

**PROBLEMAS SAÚDE IDENTIFICADOS**

Problemas de Saúde Identificados	Intervenção Farmacêutica
<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de álcool e cigarro.</li> <li>Dor de cabeça; sonolência; dormência do couro cabeludo; boca seca; cansaço; presença de cálculos renais (pedra nos rins).</li> <li>Obesidade e pressão alta;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não usar bebidas alcoólicas e/ou cigarro.</li> <li>Orientação ao paciente quanto ao risco de uso do álcool junto com os psicofármacos usados no tratamento.</li> <li>Orientação ao paciente quanto às reações adversas e interações entre os medicamentos.</li> <li>Orientação ao paciente quanto à dieta alimentar e à prática de exercício físico (caminhadas leves).</li> </ul>

**REFERÊNCIAS**

DACAMPOS, R.S.; SILVA, A.C.; FARIAS, M.S.; MONTENEGRO, M.F. Interações Medicamentosas. *Revista Médica*, 2006.

DIAZ-RODRIGUEZ, J.L.; LACROIX, J.F.; BRANDELLI, A.L. Clonazepam e Cigarro. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*, 11ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill, 2009.

MONTENEGRO, M.F.; SILVA, A.C.; FARIAS, M.S.; MONTENEGRO, M.F. Administração de Terapias Farmacológicas. *Revista Médica*, 2006, p. 11-17.

**DADOS DO PACIENTE**

**NOME:** Maria Rosa Pereira

**IDADE:** 39 anos

**DATA DE NASCIMENTO:** 15/09/1971

**SEXO:** Feminino

**DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO NO CAPS:** 30/03/2006

**NUMERO DO CADASTRO:** 0061



APÊNDICE IV: Cartaz informativo elaborado sobre dieta alimentar para a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE).



**UFPI**

Universidade Federal do Piauí  
 Centro de Ciências da Saúde/ Curso de Farmácia  
 "Atenção Farmacêutica a Grupos Específicos de Pacientes — CAPS LESTE"  
 Acadêmico Responsável: Marcos Paulo Vasconcelos Gonçalves  
 Orientador: Prof. Dr. Rivalilson Mendes de Freitas



**ATENFAR**

**UMA BOA ALIMENTAÇÃO É IMPORTANTE PARA SUA SAÚDE!!!**




**Beba bastante ÁGUA e SUCOS naturais.** Estes irão melhorar seu bem estar e seu tratamento.



Alimentos ricos em fibras (**AVEIA, LINHAÇA, TRIGO, CASTANHAS**) regulam a função intestinal, melhorando a digestão, o controle da glicose, a pressão arterial e o colesterol.



O **CHOCOLATE** e o **CAFÉ** e a **QUINAÍNA** são estimulantes do Sistema Nervoso Central e seu consumo em excesso pode causar obesidade, diabetes e distúrbios.



Uma dieta rica em **FRUTAS** e **VERDURAS** é uma ótima receita para se manter saudável. Estas contêm antioxidantes que são fundamentais para a saúde e preservação das células do corpo.



Não consuma **QUEIJO ENLATA-DO, VINHO, CERVEJAS**. Estes podem agravar os quadros psicóticos, diminuindo a eficácia do tratamento.



Evite consumir alimentos ricos em **GORDURAS**. Estes alimentos contribuem para doenças do coração, obesidade e pressão alta.



Alimentos ricos em **SAL** causam aumento da pressão arterial e riscos de doenças do coração.

**X NÃO RECOMENDADOS**  
**✓ RECOMENDADOS**



**APÊNDICE V:** Delineamento sobre o Perfil Sócio-Econômico e Problemas Relacionados com Medicamentos de um Usuário Portador de Transtorno Depressivo Recorrente no Serviço de Saúde do CAPS – Leste apresentado durante o I Simpósio Piauiense de Saúde Pública.






## PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E PROBLEMAS RELACIONADOS COM MEDICAMENTOS DE UM USUÁRIO PORTADOR DE **TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE** NO SERVIÇO DE SAÚDE DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Marcos Paulo Vasconcelos Gonçalves<sup>1</sup> e Rivellison Mendes de Freitas<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Diretório de Estágio V do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Piauí

---

### INTRODUÇÃO

Transtorno depressivo recorrente (TDR) é caracterizado por episódios de depressão maior e episódios de recuperação, com sintomas semelhantes ao episódio de início (Furukawa et al., 2002).

Transtorno de início de caráter recorrente. Os sintomas são episódios de depressão maior e episódios de recuperação semelhantes ao episódio de início. O **Transtorno Depressivo recorrente** constitui itself grave em termos clínicos, apresentando um risco de morte por suicídio elevado (DPP) (Méd. Farmácia da UFPA, 2014).

### METODOLOGIA

O estudo foi realizado no período de 01 de outubro de 2017 até setembro de 2018, no Centro de Atenção Psicossocial do município de Teresina, Piauí, com o objetivo de identificar os medicamentos utilizados durante os episódios de depressão maior e episódios de recuperação em um usuário portador de TDR. Para isso, foram realizadas entrevistas com o usuário e familiares, bem como a revisão de prontuários médicos e farmacoterapêuticos.

### SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO




**TABELA 01:** Perfil sócio-econômico caracterizado pelo usuário acompanhado durante o seguimento farmacoterapêutico no serviço do Centro de Atenção Psicossocial do município de Teresina-PI.

IDADE: 39 anos  
 COR DA PELE/AUTISMO: Parda  
 ESTADO CIVIL: Divorçado  
 ESCOLARIDADE: 19 Grau Completo  
 RENDA FAMILIAR: R\$ 1.500,00 Mensal

**TABELA 02:** Principais medicamentos utilizados com prescrição médica pelo usuário acompanhado durante o seguimento farmacoterapêutico no serviço do Centro de Atenção Psicossocial do município de Teresina-PI.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS COM PRESCRIÇÃO MÉDICA/FISIOLÓGIA	
CARBAMAZEPINA (200 mg)	3 vezes ao dia
CLONAZEPAM (3 mg)	2 vezes ao dia

**TABELA 03:** Principais Interações Medicamentosas observadas durante o acompanhamento do usuário acompanhado durante o seguimento farmacoterapêutico no serviço do Centro de Atenção Psicossocial do município de Teresina-PI.

PRINCIPAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS IDENTIFICADAS	
INTERAÇÕES	MECANISMO DA INTERAÇÃO
<b>CARBAMAZEPINA</b>	o carbamazepina interfere com a absorção do folato e seu metabolismo devido à indução da atividade enzimática do citocromo P450
<b>CLONAZEPAM</b>	Interferência à CYP3A4 (RUFENEF, DAB) e CYP2D6

**CONCLUSÃO**

O estudo concluiu que o usuário portador de TDR apresenta um perfil sócio-econômico caracterizado por baixa renda familiar, nível de escolaridade limitado e situação de desemprego.

O usuário utiliza medicamentos para o tratamento de TDR, sendo observado o uso de carbamazepina e clonazepam, com o uso de carbamazepina associado ao uso de folato para evitar a deficiência de ácido fólico. Além disso, foram observadas interações medicamentosas com o uso de carbamazepina e clonazepam, sendo necessário monitorar o usuário durante o tratamento.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

FURUKAWA, T.A.; HAYASHI, K.; KAWASUMI, M.; MATSUDA, H.; NISHIMOTO, T. (2002). *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1799-1805.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2014). *Manual de Orientação para o Tratamento de Transtornos de Ansiedade e Depressão*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2014). *Manual de Orientação para o Tratamento de Transtornos de Ansiedade e Depressão*. Brasília: Ministério da Saúde.

**AGRADECIMENTOS**



### PROBLEMAS RELACIONADOS COM MEDICAMENTOS (PRMs)

PRINCIPAIS PRMs IDENTIFICADOS	
DESCRIÇÃO DOS PRMs	INTERVENÇÃO FARMACÉUTICA
<b>Cefaleia persistente</b>	Diminuir a dose de carbamazepina
<b>Náuseas</b>	Aumentar os intervalos entre as administrações dos medicamentos
<b>Dormência da parte inferior</b>	Não usar bebidas alcoólicas e/ou fumar

**APÊNDICE VI:** Folder informativo elaborado para a usuária durante a prática da ATENFAR no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-LESTE) durante o acompanhamento farmacoterapêutico.

**CAPS - Centro de Atenção Psicossocial - A SENHORA MARI O QUE É?**

É um recurso de saúde mental substitutivo ao modelo atual, de assistência médico-hospitalar que oferece a pessoa muitas alternativas terapêuticas, buscando a reabilitação do indivíduo.

**OBJETIVO:** Oferecer atendimento à população residente e acampanhamentos (diários e sazonais) tanto dos usuários, contribuindo para o resgate da cidadania em função da diversidade por ser acolhido de autônomo processo.

**QUEM PODE PEDIR UM CAPS?**

Homens e mulheres maiores de 18 anos que apresentem sintomas psíquicos que afetem sua qualidade de vida e a realização de suas atividades pessoais e profissionais.

**COMO SE FAZ PARA SER ATENDIDO NOS CAPS?**

Procurar diretamente o serviço ou ser encaminhado pelo programa de saúde da família e por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ser encaminhada por recomendação de um profissional ou encaminhado diretamente ao CAPS, após avaliação a região onde mora.

**ATIVIDADES TERAPÊUTICAS OFERECIDAS NO CAPS?**

São oferecidas atendimentos individuais, em grupo, atividades comunitárias, oficinas terapêuticas, atendimento para a família (visita domiciliar, grupo de familiares).

**QUAL O HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO CAPS?**

O funcionamento do CAPS é de 08h30 às 18h00 e de 17h às 20h.

**REFERÊNCIAS**

1. Soutinho, M., Lima, V., Feller, M., Santiago, M. Intervenções psicossociais. Belo Horizonte, 2008.

2. Bruner, L., Lind, J., Parker, K., Goodman, & Smital. As bases farmacológicas da Terapias. 111 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

Folder elaborado para intervenção farmacológica a partir do CAPS pelo localizador do Curso de Farmácia durante a disciplina de Cálculo V.

Marcos Paulo Vasconcelos Gonçalves<sup>1</sup> e Rivelilson Mendes de Freitas<sup>2</sup>

1-Docente do Curso de Farmácia da UFPI;  
2-Docente do Curso de Farmácia da UFPI.

**APOIO**

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS -**

**Local:** Rua Dirce de Oliveira, 1516, Bairro Ininga - Fone: 3216-3967 Teresina / Piauí

**SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DOS USUÁRIOS DO CAPS - LESTE**

**QUE SÃO OS PSICOFÁRMACOS DO SEU TRATAMENTO?**

- São definidos como medicamentos de controle especial que afetam o humor e o comportamento.
- A **Carbamazepina** é um dos principais fármacos utilizados no tratamento da epilepsia.
- O **Clonazepam** é um medicamento de "classe branca" que possui ação anticonvulsivante, sedativa e efeito tranquilizante.

**COMO A SENHORA DEVE TOMAR OS MEDICAMENTOS?**

- De preferência tomar apenas com **BASTANTE** água. Não tomar os medicamentos com chá, leite e/ou sucos.

- Use os medicamentos de acordo com prescrição médica.

**ATENÇÃO:** o medicamento deve ser tomado todo dia e o tratamento pode ser longo.

**QUAIS ALIMENTOS A SENHORA PODE CONSUMIR?**

- Não consuma alimentos e bebidas fermentadas (**QUEIJO, ENLATADOS, VINHO, CERVEJAS**). Estes podem agravar os quadros psicóticos, diminuindo a eficácia do tratamento.

Dúvidas quanto ao seu tratamento procure seu Médico ou Farmacêutico!!!

**PRECAUÇÕES AO TRATAMENTO DA SENHORA**

- Atenção para as interações medicamentosas entre os psicofármacos e carbamazepina devido ao efeito da clonazepam.

**CLONAZEPAM X CARBAMAZEPINA**

- As principais reações adversas são: dor de cabeça, vertigem, náusea, vômito, diarréia, constipação, tontura e fraqueza.

**"FAÇA SEUS EXAMES SEMPRE QUE O MÉDICO SOLICITAR MANTENHA UMA VIDA SAUOVÉL, PRÁTIQUE ATIVIDADES FÍSICAS (PARABENHA DE 30 MINUTOS 3 VECES POR SEMANA) E NÃO FUME"**

**APÊNDICE VII:** Imagens do CAPS-LESTE durante a prática da ATENFAR.



**Legenda:** Entrada do CAPS-LESTE.



**Legenda:** Área de lazer CAPS-LESTE.



**Legenda:** Desenhos artísticos realizados pela usuária do CAPS-LESTE



**Legenda:** Desenhos artísticos realizado pela usuária M. R. P. do CAPS-LESTE



**Legenda:** Primeira entrevista com a usuária M. R. P.



**Legenda:** Segunda entrevista com a usuária M. R. P.



**Legenda:** *Blister*s dos medicamentos utilizados pela usuária do CAPS-LESTE.

**APÊNDICE VIII:** Imagens dos resultados dos exames realizados pela usuária antes da prática da ATENFAR.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**  
**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR EXAME DR. RAUL BACELLAR**  
 Rua Piripiri, 720 - Bairro São Pedro - Fone : 3215 9190

---

Pedido : 60944-03 - MARIA ROSA FERREIRA  
 Médico : EIVALDO FERREIRA DAS CHAGAS  
 Convênio : SUS  
 Idade: 39 a, 8 m.  
 Endereço: QD 38 CASA 17  
 Cidade: TERESINA  
 Digitador: ANTONIA SOLIMA

Atend.: 05/04/2011  
 Local Entrega : Local de Cadastro  
 Bairro: BELA VISTA I  
 UF: PI  
 softsib  
 Pág.: 1 de 2

---

**GLICEMIA**.....: 85 mg/dl  
 Material: Soro Método:Automação Valor de Referência: 50 a 99 mg/dl

.....

**COLESTEROL TOTAL**.....: 231,0 mg/dl  
 Material: Soro Método:Automação Valor de Referência: Inferior a 200mg/dl

.....

**TRIGLICERÍDEOS**.....: 137,0 mg/d  
 Material: Soro Método: Automação Valor de referência: Até 200 mg/dl

.....

**COLESTEROL HDL**.....: 53,0 mg/dl  
 Material: Soro Método: Automação Valores de Referência:  
 Homens....: Acima de 35,0 mg/dl  
 Mulheres...: Acima de 45,0 mg/dl

.....

**LDL**.....: 150,6 mg/dl  
 Material: Soro Valores de referência:  
 Desejável...: Inferior a 130mg/dl  
 Limitrofre...: De 130 a 159mg/dl  
 Elevado.....: Superior a 159mg/dl

.....

**VLDL**.....: 27.40 mg/dl  
 Material: Soro

.....

*034*  
 Da Direção Geral de Saúde

**Legenda:** Resultado dos exames da usuária M.R.P. obtido antes da prática da ATENFAR.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**  
**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR EXAME DR. RAUL BACELLAR**  
 Rua Piripiri, 720 - Bairro São Pedro - Fone : 3215 9190

Pedido : 60944-03 - MARIA ROSA PEREIRA  
 Médico : EVALDO FERREIRA DAS CHAGAS  
 Convênio : SUS  
 Idade: 39 a,8 m,  
 Endereço: QD 38 CASA 17  
 Cidade: TERESINA  
 Digitador: ANTONIA SOLIMA

Atend.: 05/04/2011  
 Local Entrega : Local de Cadastro  
 Bairro: BELA VISTA I  
 UF: PI  
 SoftLab  
 Pág.: 2 de 2

.....

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO).....	15,0	U/ml
Material: Soro	Método: Automação	Valor de referência: 4 a 32 U/ml

.....

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP).....	19,0	U/ml
Material: Soro	Método: Automação	Valor de referência: 4 a 32 U/ml

.....

FOSFATASE ALCALINA.....	92,0	U/l
Material: Soro	Método: Automação	Valores de referência: Crianças: até 950 U/l Adolescentes: até 720 U/l Homens: 40-129 U/l Mulheres: 35-104 U/l

.....

634  
 Dra. Erice Saraiva da Rocha  
 CRF - 070

**Legenda:** Resultado dos exames da usuária M.R.P. obtido antes da prática da ATENFAR.



**APÊNDICE IX:** Imagens dos resultados dos exames realizados pela usuária depois da prática da ATENFAR.

 <b>Maternidade Dona Evangelino Rosa</b>		INSTITUTO DE PERINATOLOGIA SOCIAL DO PIAUÍ SESAPI - UESPI - UFPI-CCS-DMS		<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS/CITOLOGIA</b>	
Nome: <u>Maria Rosa Pereira</u> Categoria: _____					
Prontuário Nº _____ Sexo: Masculino ( ) Feminino (X)		Idade: <u>39</u>			
Pré-Natal ( ) Rev. Puerperal/Planejamento Familiar ( ) Clínica: Ginecologia ( ) Podiatria ( ) Obstetria ( ) Neonatologia ( )					
Internado: Apartamento _____ Enfermaria _____ Ala _____ Leito _____ Berçário _____					
Incubadora _____ Berço Aquecido _____ Berço _____ UTI Adulto _____ Leito _____					
UTI Neonatal/ Incubadora _____ Berço Aquecido _____ Berço _____ Leito _____					
Médico Solicitante _____					

  

### RESULTADO DE EXAMES

#### HEMOGRAMA

Data: 30/08/2011

SÉRIE ERITROCITÁRIA	RESULTADO
Hematócrito (ml/dl)	<u>39.000</u>
Hemoglobina (mg/dl)	<u>13.8</u>
Hematócrito (%)	<u>37.97</u>
VOLUME CORPUSCULAR MÉDIO (VCM)	
Hemog. Corpuscular Médio (HCM)	
Concentração de Hemog. (CHCM)	
Ritquias	<u>278.000</u>
Observações:	

  

SÉRIE LEUCOCITÁRIA	RESULTADO
Leucócitos totais (g/mm <sup>3</sup> )	<u>10.600</u>

  

CONTAGEM DIFERENCIAL	RESULTADO
Bastões	—
Segmentados	<u>58</u>
Bastãozinhos	<u>02</u>
Mielóides	—
Metamielóides	—
Eosinófilos	<u>02</u>
Baçoífilos	—
Linfócitos Típicos	<u>34</u>
Linfócitos Atípicos	—
Promielócitos	—
Monoócitos	<u>09</u>
Observações:	<u>Neutrofilos e granulócitos fósforos fósforos.</u>

  

COAGULOGRAMA	RESULTADO
TC	
TS	
Prova do Ipp	
Tempo de Protrombina	
Atividade de Protrombina	
Observações	

  

COOMBS: Direto	Indireto
AJD	Rn
VDRL	Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/>
PCR	mg/dl

#### SUMÁRIO DE URINA

Data: 1/1/11

CARACTERÍSTICAS GERAIS	SEDIMENTOSCOPIA
Cor:	Células epiteliais:
Reação:	Pódois:
Densidade:	Hemácias:
Glicose:	Cristais:
Urobilina:	Uratos amorfo:
Hemoglobina:	Fosfatos amorfos:
Albúmina:	Cilindros:
PH:	Filamentos de muco:
Proteínas:	Flores bacterianas:
Sais biliares:	Leveduras:
Observações:	

  

BHCG:  Urina  Sangue

RESULTADO:  NEGATIVO  POSITIVO

  

#### PARASITOLÓGICO DE FEZES

Data: 1/1/11

HELMINTOS	PROTOZOÁRIOS
<input type="checkbox"/> Necator americanus	<input type="checkbox"/> Entamoeba coli
<input type="checkbox"/> Anclostomídeos	<input type="checkbox"/> Entamoeba histolytica
<input type="checkbox"/> Enterobius vermicularis	<input type="checkbox"/> Giardia lamblia
<input type="checkbox"/> Trichuris Trichura	<input type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Isospora	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Negativo	
<input type="checkbox"/> Outros	

  

#### BIOQUÍMICA

Data: 30/08/2011

RESULTADO	RESULTADO
Ácido Úrico:	Glicose: <u>106</u>
Amilase:	Lípidos totais:
B. Total:	Magnésio:
B. Direto:	Microporfirinas:
B. Indireto:	Proteínas totais:
Cálcio:	Globulina:
Cálcio:	Albumina:
Creatinina: <u>0.78</u>	Proteína:
Colésterol Total: <u>217</u>	Sódio:
HDL: <u>45</u>	TGO: <u>15</u>
LDL: <u>135</u>	TGP: <u>23</u>
VLDL: <u>37</u>	Triglicéridos: <u>137</u>
Fosfat. Alcalina: <u>82</u>	Ureia: <u>29</u>
Fosfat. Ácido:	Outros:

Dr. Carlos Sá  
CRF - 232

Dr. Teófilo  
CRF - 125

Dr. João Bastos  
CRF - 103

Dr. Pedro  
CRF - 50

Dr. Ronaldo  
CRF - 230

Dra. Solange  
CRF - 272

Dra. Deusdala  
CRF-279

Dr. Evaldo Pólio  
CRF-326

**Legenda:** Resultado dos exames da usuária M.R.P. obtido depois da prática da ATENFAR.