



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

A INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA COMO FERRAMENTA DO  
ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO VISANDO MELHOR  
QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS

TERESINA- PI

2013

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

LETÍCIA XIMENES FURTADO MARQUES

A INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA COMO FERRAMENTA DO  
ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO VISANDO MELHOR  
QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS

Trabalho de Conclusão de Curso  
submetida ao 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 Graduado em  
Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Rivelilson  
Mendes deFreitas

TERESINA - PIAUÍ

SETEMBRO/2013

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE FARMÁCIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

LETÍCIA XIMENES FURTADO MARQUES

A INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA COMO FERRAMENTA DO  
ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO VISANDO MELHOR  
QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS

Trabalho de Conclusão de Curso defendido em 10 de setembro de 2013.

Banca Examinadora:

Orientador: Prof. Dr.: RIVELILSON MENDES DE FREITAS - UFPI

Assinatura: \_\_\_\_\_

Examinadora: Profa. MSc.: LORENA CITÓ LOPES RESENDE SANTANA–HU/UFPI

Assinatura: \_\_\_\_\_

Examinador: Prof. MSc. JEÓRGIO LEÃO ARAÚJO– UFPI/CET

Assinatura: \_\_\_\_\_

Examinadora: Profa. Dra.: EILIKA ANDRÉA FEITOSA VASCONCELOS - UFPI

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes

**VICE-REITOR**

Profª. Drª. Nadir do Nascimento Nogueira

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE GRADUAÇÃO**

ProfªDrª Maria do Socorro Leal

**DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Profª. Drª. Regina Ferraz Mendes

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

Profª. Drª Lina Gomes dos Santos

**COORDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA**

Profª. Drª. Eilika Andréa Feitosa Vasconcelos

**VICE-COORDENADOR DO CURSO DE FARMÁCIA**

Profª. Drª. Waleska Ferreira de Albuquerque

## DEDICATÓRIA

À minha amada avó, **Maria Amélia**, *in memoriam*, que infelizmente não pode estar compartilhando deste momento comigo, mas a quem dentro de mim irá existir como a jóia mais preciosa da minha vida. Te amo eternamente vovó. Queria muito sua presença aqui perto de mim.

À minha família, apoio sempre constante nas horas mais difíceis e alegria do meu viver.

À todos que participaram, torceram e contribuíram para a realização desta etapa!

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, Amor Maior, que nunca me deixou vacilar e me mostrou sempre a direção a seguir quando eu estava mais perdida.

À toda a minha **família**, exemplos de força, generosidade e respeito e por todo apoio a mim oferecido. Em especial agradeço aos meus avós **Alcino** (*in memorian*), **Maria José**, **José** e **Amélia** (*in memorian*), vocês são um exemplo, sempre me fazendo sentir amada, obrigada por todo o carinho!

Aos meus tios que sempre me ajudaram e por muitas vezes assumiram o papel de pais, me incentivando e apoiando meus estudos e aprendizado. Não conseguiria citar todos, mas agradeço a vocês nas pessoas de **Hélia**, **Leila** e **Karla**, que são praticamente minhas mães e que sempre cuidaram de mim. Agradeço aos meus primos **Pedro Henrique** e **Constantino Neto**, cuja simples presença perto de mim já alegra meu dia.

À minha querida mãe, amiga e protetora, **Vera**, que não mede esforços pra me fazer feliz e que sempre está ao meu lado em todos os momentos. Obrigada pela pessoa doce, companheira e generosa que és, te amo demais mãe!

Obrigada ao meu orientador, **Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas**, pela contribuição, pelos puxões de orelha, pela disponibilidade, pelos ensinamentos e por demonstrar amor à profissão e ao ensino. Agradeço a todos os professores que passaram na minha vida, desde o jardim até a universidade, por tantas lições aprendidas, incluindo professor **Paulo Cavalcanti** e professora **Christina Muratori** pela confiança em mim depositada nos projetos de pesquisa.

Aos meus amigos de curso, os **Farmarrentos: Soane, Vaneska, Sheyla, Clycia, Josany, Anna, Luciana, Rhilder, Ytallo, Immaculée, Hérmeson, Rian, Duaran, Dany, e Dérick**, e aos que não estudam mais conosco, pelo companheirismo em enfrentar tantos obstáculos juntos, sempre com muita alegria e muitas risadas, porque sem elas, tudo ficaria mais difícil quando as situações ruins surgiam. Obrigada principalmente e especialmente ao trio **Soane, Vaneska e Rhilder**, que sempre estiveram por perto nos momentos de felicidade e nos de esforço e aperreio nos estudos! Quantas noites em claro fortaleceram ainda mais essa amizade, obrigada por tudo! Agradeço novamente às minhas amigas

**Soane, Sheyla, Clyciae Luciana**, que nesta etapa final do TCC foram super companheiras e pudemos unir forças umas com as outras para vencer nesta etapa. Quero agradecer ainda às minhas primas e amigas, pelas risadas e conversas, enfim, por ter deixado tudo mais leve, vocês são demais **Marília, Marcela, Ariannee Iolanda!**

Aos meus amigos e amigas do **estágio na Pague Menos**, pela amizade e compreensão por tantas vezes que tive que me ausentar devido às obrigações que tinha que cumprir como estudante.

Agradeço ao acolhimento dos **usuários e funcionários do CAPS II – Leste**, por permitirem a realização deste TCC, pelas lições aprendidas e por ter me feito valorizar ainda mais a profissão que eu abracei.

De um modo geral, agradeço a todos, aos que foram citados e aos que mesmo não tendo o nome presente aqui, contribuíram especialmente para a realização deste trabalho. Muito obrigada!!!!

## **EPÍGRAFE**

“Acredite em si próprio e chegará um dia em que os outros não terão outra escolha senão acreditar com você...”

**Cynthia Kersey**

“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.”

**Charles Chaplin**



## RESUMO

MARQUES, L.X.F. **A intervenção farmacêutica como ferramenta do acompanhamento farmacoterapêutico visando melhor qualidade de vida em portadores de transtornos psicossociais**, 2013. 113p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Farmácia) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2013.

Atualmente, milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais, neurológicas, ou problemas psicossociais. Estudos demonstram que a atuação do farmacêutico junto a equipes de saúde fornece inúmeros benefícios, resolvendo e prevenindo problemas com o tratamento farmacológico. Contudo, pouco se sabe sobre a inserção do profissional farmacêutico na Atenção Farmacêutica no âmbito da Saúde Mental, bem como os resultados clínicos, humanísticos e econômicos das intervenções visando à melhoria da qualidade de vida da pessoa portadora de transtorno psicossocial. O presente trabalho objetivou realizar um acompanhamento farmacoterapêutico com usuários do Centro de Atenção Psicossocial I na zona Leste de Teresina, Piauí, analisando seus estados de saúde e realizando intervenções farmacêuticas no sentido de diminuir os problemas relacionados com sua terapia farmacológica. O estudo foi realizado por meio de consultas farmacêuticas com os usuários e análise dos prontuários no período de Outubro de 2012 a Agosto de 2013. Para dar início ao acompanhamento farmacoterapêutico, foram selecionados dois usuários dos serviços de saúde CAPS. O estudo só foi iniciado após o consentimento dos mesmos e as assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido. Inicialmente foram analisados seus tratamentos, medicamentos, patologias, para que à medida que surgissem resultados negativos a medicação (RNMs) e problemas relacionados com os medicamentos (PRMs), fossem adotadas as intervenções farmacêuticas necessárias que buscavam amenizar ou mesmo sanar estes problemas. O acompanhamento farmacoterapêutico identificou quatro PRMs/RNMs: problema de saúde não tratado, efeito do medicamento não necessário, inefetividade quantitativa, bem como insegurança não-quantitativa devido ao aparecimento de RAMs. É evidente a importância do profissional farmacêutico no contexto da Atenção Farmacêutica já que sua intervenção junto ao tratamento do paciente promove a diminuição dos problemas relacionados à terapêutica farmacológica, promovendo a evolução do quadro de saúde dos usuários e a promoção do uso racional de medicamentos.

Palavras-chave: Atenção Farmacêutica, Intervenções Farmacêuticas, Saúde Mental

## ABSTRACT

MARQUES, L.X.F. **Pharmaceutical intervention as a tool of pharmacotherapeutic monitoring seeking better quality of life in patients with psychosocial disorders**, 2013.113p. End of Course Work (Bachelor of Pharmacy) - Federal University of Piauí, Teresina, 2013.

Currently, millions of people suffer from mental, neurological or psychosocial problems. Studies show that the performance of the pharmacist along with health teams provides numerous benefits, resolving and preventing problems with pharmacological treatment. However, little is known about the insertion of the pharmacist in pharmaceutical care within the Mental Health as well as the clinical, humanistic and economic interventions aimed at improving the quality of life of the person with a psychosocial disorder. This study aimed to conduct a pharmacotherapeutic monitoring users of the Center for Psychosocial Care II in the east of Teresina, Piauí, analyzing their health status and performing pharmaceutical interventions in order to reduce the problems associated with their drug therapy. The study was conducted by pharmaceutical consultations with users and analysis of medical records for the period October 2012 to August 2013. To start pharmacotherapeutic monitoring, we selected two users of health services CAPS. The study was initiated only after their consent and signatures of the terms of consent. Initially we analyzed their treatments, medications, diseases, as they arise a Negative Outcomes associated with Medication (NOMs) and Drugs Related Problems (DRPs) were adopted pharmaceutical interventions needed to ameliorate or even sought to remedy these problems. The pharmacotherapeutic monitoring identified four DRPs / NOMs: untreated health problems, not necessary drug effect, ineffectiveness quantitative and non-quantitative uncertainty due to the appearance of Adverse Reactions to Drugs (ADRs). Clearly the importance of the pharmacist in the context of pharmaceutical care as its intervention in the treatment of patients promotes the reduction of problems related to drug therapy, promoting the evolution of the users' health and the promotion of rational use of medicines.

Keywords: Mental Health, Pharmaceutical Care, Pharmaceutical Interventions.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**ILUSTRAÇÃO 1:** Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos usuários A.A.O e M.R.F.

**ILUSTRAÇÃO 2:** Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico

**ILUSTRAÇÃO 3:** Exames laboratoriais da usuária M.R.F.

**ILUSTRAÇÃO 4:** Consulta farmacêutica com o usuário A.A.O durante a prática da ATENFAR

**ILUSTRAÇÃO 5:** Aferição da pressão arterial sistêmica do usuário A.A.O.durante a prática da ATENFAR.

**ILUSTRAÇÃO 6:** Verificação da glicemia casual do usuário A.A.O.durante a prática da ATENFAR.

**ILUSTRAÇÃO 7:** Boletim informativo “Quais os seus medicamentos?” elaborado para o usuário A.A.O do CAPS II Leste durante a prática da Atenção Farmacêutica

**ILUSTRAÇÃO 8:** Cardápios para café-da-manhã, almoço, lanche da tarde e jantar destinados ao usuário A.A.O.

**ILUSTRAÇÃO 9:** Boletim informativo intitulado: “Automedicação” destinado ao usuário A.A.O

**ILUSTRAÇÃO 10:** Cartão de monitoramento dos parâmetros destinado ao usuário A.A.O.

**ILUSTRAÇÃO 11:** Jogo de palavras cruzadas destinado ao usuário A.A.O

**ILUSTRAÇÃO 12:** Consulta farmacêutica com a usuária M.R.F. durante a prática da ATENFAR

**ILUSTRAÇÃO 13:** Aferição da pressão arterial sistêmica da usuária M.R.F. durante a prática da ATENFAR

**ILUSTRAÇÃO 14:** Verificação da glicemia casual da usuária M.R.F. durante a prática da ATENFAR

**ILUSTRAÇÃO 15:** Boletim informático: “Controlando a Hipertensão Arterial” destinado à usuária M.R.F.

**ILUSTRAÇÃO 16:** Boletim informativo “Controlando a Diabetes” destinado à usuária M.R.F.

**ILUSTRAÇÃO 17:** Cartão para preenchimento das doses e horários dos medicamentos, destinado à usuária M.R.F.

**ILUSTRAÇÃO 18:** Cardápio para café-da-manhã, almoço, lanche e jantar destinado à usuária M.R.F.

**ILUSTRAÇÃO 19:** Cartão de Monitoramento dos Parâmetros destinado à usuária M.R.F.

**ILUSTRAÇÃO 20:** Jogo educativo destinado à usuária M.R.F.

## LISTA DE TABELAS

**TABELA 1:** Principais fatores de risco da possível patologia apresentada pelo usuário A.A.O.do CAPS II – Leste.

**TABELA 2:** Principais fatores de risco associados às patologias identificadas no prontuário da usuária M.R.F. do CAPS- LESTE II, durante a prática de Atenção Farmacêutica.

**TABELA 3:** Classificação dos fármacos utilizados pelo usuário A.A.O., segundo o *AnatomicalTherapeuticalChemicalClassification System* – ATC, níveis 1, 2 e 3.

**TABELA 4:** Classificação dos fármacos utilizados pela usuária M.R.F., segundo o *AnatomicalTherapeuticalChemicalClassification System* – ATC, níveis 1, 2 e 3.

**TABELA 5:** Descrição farmacológica dos psicotrópicos e avaliação da indicação (AI) pelo usuárioA.A.O. do CAPS II-LESTE.

**TABELA 6:** Estudo da farmacoterapia dos psicotrópicos utilizados pelo usuário A.A.O.durante o acompanhamento farmacoterapêutico realizado no CAPS II-LESTE.

**TABELA 7:** Descrição farmacológica dos psicotrópicos e avaliação da indicação (AI) dos medicamentos utilizados pela usuária M.R.F..do CAPS II-LESTE.

**TABELA 8:** Estudo da farmacoterapia dos psicotrópicos utilizados pela usuária M.R.F. durante o acompanhamento farmacoterapêutico realizado no CAPS II-LESTE.

**TABELA 9:** Perfil das interações medicamento-medimento entre os fármacos utilizados pela usuária M. R. F. do CAPS-LESTE II no município de Teresina, PI.

**TABELA 10:** Perfil das interações medicamentosas fármaco-álcool/tabaco baseado no estudo da farmacoterapia da usuária M. R. F. do CAPS II - LESTE

**TABELA 11:** Valores da Pressão Arterial (P.A) e Glicemia Casual do usuário A.A.O. do CAPS II-LESTE durante o acompanhamento farmacoterapêutico.

**TABELA 12:** Valores da Pressão Arterial (P.A) e Glicemia Casual da usuária M.R.F. do CAPS II-LESTE durante o acompanhamento farmacoterapêutico.

**TABELA 13:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre os problemas de saúde identificados nos usuários do CAPS II-LESTE.

**TABELA 14:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre os problemas de saúde identificados na usuária M.R.F. do CAPS II-LESTE.

**TABELA 15:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre as RAMs identificadas no usuário A.A.O do CAPS II-LESTE.

**TABELA 16:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre as RAMs identificadas na usuária M.R.F. do CAPS II-LESTE no município de Teresina-PI.

**TABELA 17:** Principais Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs) identificados, adesão às intervenções realizadas e efetividade.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AFT – Acompanhamento Farmacoterapêutico.

AI- Avaliação da indicação.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

ATC - *Anatomical Therapeutic and Chemical Classification*.

ATENFAR - Atenção Farmacêutica.

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

CERSAMs - Centros de Referência em Saúde Mental

CID - Classificação Internacional de Doenças.

CYP - *Cytochrom*P450

DM – Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IFs – Intervenções Farmacêuticas.

IMC - Índice de Massa Corpórea.

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

OMS - Organização Mundial da Saúde.

OPAS - Organização Panamericana da Saúde.

PA - Pressão Arterial.

PRMs - Problemas Relacionados com Medicamentos.

QI – Coeficiente de Inteligência.

RAMs - Reações Adversas aos Medicamentos.

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RNM - Resultado Negativo Associado ao Medicamento.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SM –Saúde Mental

SNC - Sistema Nervoso Central.

SUS - Sistema Único de Saúde.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 Objetivos	24
1.1.1 Geral	24
1.1.2 Específicos	24
1.2 Justificativa	25
2 REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 Atenção Farmacêutica (ATENFAR)	26
2.2 Acompanhamentofarmacoterapêutico e Método Dáder	27
2.3 Problemas Relacionados ao Medicamento (PRMs) e Resultados Negativos Associados ao Medicamento (RNMs)	28
2.4 Uso de medicamentos psicoativos	31
2.5 Adesãoa farmacoterapia	32
2.6 Equipe multidisciplinar em saúde mental	33
3 MATERIAL E MÉTODOS	35
3.1 Tipo de estudo	35
3.2 Local e amostra do estudo	35
3.3 Coleta de dados	35
3.3.1 Instrumentos	35
3.3.2 Fontes de dados	45
3.4 Sujeitos	47
3.5 Limitação do trabalho	48
3.6 Análise dos dados	48
3.7 Questões de ética	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1) Relatos de casos dos usuários durante acompanhamento farmacoterapêutico em unidade do CAPS	50

4.1.1) Relato de caso A.A.O	50
4.1.1.1 Primeira consulta farmacêutica	50
4.1.1.2 Segunda consulta farmacêutica	53
4.1.1.3 Terceira consulta farmacêutica	53
4.1.1.4 Quarta consulta farmacêutica	55
4.1.1.5 Quinta consulta farmacêutica.	55
4.1.1.6 Sexta consulta farmacêutica	59
4.1.1.7 Sétima consulta farmacêutica	60
4.1.1.8 Oitava consulta farmacêutica	61
4.1.1.9 Nona consulta farmacêutica	61
4.1.1.10 Décima consulta farmacêutica	61
4.1.2) Relato de caso M.R.F.	62
4.1.2.1 Primeira consulta farmacêutica	63
4.1.2.2 Segunda consulta farmacêutica	66
4.1.2.3 Terceira consulta farmacêutica	66
4.1.2.4 Quarta consulta farmacêutica	67
4.1.2.5 Quinta consulta farmacêutica	70
4.1.2.6 Sexta consulta farmacêutica	70
4.1.2.7 Sétima consulta farmacêutica	72
4.1.2.8 Oitava consulta farmacêutica	74
4.1.2.9 Nona consulta farmacêutica	74
4.1.2.10 Décima consulta farmacêutica	76
4.2 Patologias e medicamentos utilizados pelos usuários do CAPS II	78
4.3 Medicamentos utilizados	82
4.4 Interações medicamentosas	89
4.5 Avaliação dos parâmetros biológicos observados durante o acompanhamento farmacoterapêutico	91

4.6 Intervenções farmacêuticas realizadas durante o acompanhamento farmacoterapêutico no CAPS II LESTE	94
5 CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS	107

## 1.INTRODUÇÃO

Os medicamentos atraem grande atenção por parte dos gestores, uma vez que a sua utilização gera distorções comuns à maioria dos países: utilização de produtos desnecessários ou com potencial tóxico inaceitável; prescrições irracionais; desperdícios e outras, elevando o custo com a morbidade e mortalidade relacionadas a eles (Johnson;Bootman, 1997; OPAS, 2008). Johnson e Bootman (1997) desenvolveram um modelo que estima o custo da morbidade e mortalidade em relação aos fármacos e também elaboraram um modelo de probabilidades que estima “*até que ponto o cuidado farmacêutico conseguiria minimizar os resultados terapêuticos negativos*”. As conclusões apontaram a atenção farmacêutica como ferramenta capaz de reduzir os problemas ou as distorções relacionados a medicamentos.

Dentro desta conjuntura, a OPAS (2002) define que a Atenção Farmacêutica “É 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, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde”

Ainda nesse sentido foi empregado outro conceito de atenção farmacêutica empregado por Strand (1997) no qual a atenção farmacêutica é um exercício profissional no qual o farmacêutico assume a responsabilidade de atender às necessidades do paciente em relação ao emprego de medicamentos e adquire um compromisso a esse respeito.

Estudo realizado por Strande colaboradores (2004) demonstra que nos 25 anos de experiência na prática da Atenção Farmacêutica, a atuação do farmacêutico junto a equipes de saúde traz inúmeros benefícios, com impacto clínico e econômico, resolvendo e prevenindo problemas com o tratamento farmacológico. O mesmo estudo demonstra que os médicos percebem a importância do trabalho dos profissionais na assistência farmacêutica e os pacientes reconhecem os benefícios na sua saúde.

Contudo, pouco se sabe sobre a inserção do profissional farmacêutico no âmbito da atenção farmacêutica em SM, suas ações, bem como os resultados clínicos, humanísticos e econômicos das intervenções visando à melhoria da qualidade de vida da pessoa portadora de transtorno mental (MASTROIANNI;LUCCHETTA, 2012).

No CAPS não há a inserção do profissional farmacêutico, então, com isso, o usuário deste serviço de saúde acaba sendo prejudicado com a ausência deste profissional que tanto contribuiria para a sua qualidade de vida, através de orientações que compreendem parte importante de seu tratamento que é o uso do medicamento. Segundo Mastroianni (2011) as classes terapêuticas que mais apresentam inadequações de uso são os medicamentos antidepressivos, ansiolíticos e antibióticos, mostrando em seus estudos a imediata necessidade de uma maior atenção à população usuária destes medicamentos. Tendo como abordagem os 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).

Atualmente, milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de perturbações mentais, neurológicas ou problemas psicossociais, como o uso abusivo de álcool e drogas. A grande maioria sofre silenciosamente com sua doença, e também com a exclusão social que a doença provoca (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).Conforme Machado e Colvero (2003) a forma de tratamento desses pacientes era bem diferente do que é preconizado nos tempos atuais, antes utilizava-se o modelo de internação psiquiátrica, ou seja, os pacientes eram hospitalizados, submetidos às contenções físicas e medicamentos, e na sequência os mesmos eram considerados inaptos para o convívio social. Esse era um modelo assistencial curativo, e não preventivo, individualizado, e não coletivo, ou seja, privilegiava-se a internação e o hospital era eleito como um local direto de tratamento.

Os autores ainda acrescentam que em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental que recomendou o combate à psiquiatrização do social, promovendo a Saúde Mental, a defesa dos direitos dos doentes mentais e a priorização dos investimentos extra-hospitalares. O processo da reforma psiquiátrica, também conhecida como psiquiatria da desinstitucionalização, busca atender o novo paradigma emergente da Saúde Mental, que dá enfoque à desospitalização do cuidado, à abordagem comunitária, ao atendimento multidisciplinar, à reabilitação, à ressocialização do indivíduo e ao apoio dos familiares no cuidado.

Nesse sentido, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. Os CAPS – de forma semelhante aos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O futuro da Farmácia Psiquiátrica é incentivador e promissor, se levarmos em consideração que a Organização Mundial da Saúde, em 1996, declarou que o problema dos transtornos psiquiátricos tem sido subestimado e que cinco das 10 causas que mais causam incapacidades no mundo são depressão, abuso de álcool, transtorno bipolar, esquizofrenia e transtorno obsessivo compulsivo. Convém ressaltar que o farmacêutico não pode e não deve ficar à margem da farmácia psiquiátrica, este deve estar preparado para enfrentá-la com a quantidade de conhecimentos necessários para melhorar a qualidade de vida destes pacientes (FRIDMAN, 2001). A contribuição do profissional farmacêutico pode ser expressa através da grande importância das intervenções farmacêuticas, que orientam o usuário no sentido de que este tenha uma terapêutica adequada com o uso racional de seus medicamentos, sobretudo em um centro de saúde como o CAPS, onde seus usuários são carentes deste tipo de serviço devido à ausência do profissional farmacêutico neste estabelecimento.

## **1.1 OBJETIVOS**

### 1.1.1 Geral

Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de usuários do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) na zona Leste de Teresina, Piauí, analisando seus estados de saúde e realizando intervenções farmacêuticas com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida.

### 1.1.2 Específicos

- Analisar o prontuário e, por meio de consultas farmacêuticas com os usuários, promover a busca por problemas relacionados com medicamentos, evitando o surgimento de resultados negativos aos medicamentos prescritos aos usuários;
- Verificar glicemia e pressão arterial, bem como realização da medida do peso e altura para o cálculo de IMC;
- Buscar em base de dados *Micromedex* há possíveis interações medicamento-medicamento, medicamento-alimento, medicamento-etanol, medicamento-tabaco no caso específico de cada usuário;
- Esclarecer quaisquer dúvidas apresentadas pelos usuários sobre o seu tratamento farmacológico, incluindo posologia, finalidade do uso do medicamento, reações adversas comuns com o uso do medicamento, horário de administração; hábitos higiênico-dietéticos e práticas de exercícios físicos;
- Elaborar cardápios para café da manhã, almoço, lanche e jantar com auxílio de um nutricionista;
- Desenvolver boletins informativos auxiliando o entendimento dos pacientes sobre sua terapia medicamentosa e patologia;
- Elaborar jogos educativos e lúdicos que permitam que o usuário desempenhe de forma prática as orientações prestadas no decorrer do acompanhamento farmacoterapêutico.

## 1.2.JUSTIFICATIVA

A forma de tratamento abordada ao portador de transtorno mental passou por diversas mudanças as quais hoje possibilitam uma maior inserção desses pacientes junto à sociedade. Neste contexto pode ser mencionada a importância de um trabalho multidisciplinar em um ambiente como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) já que vários fatores inespecíficos podem contribuir para o agravamento das enfermidades do usuário deste serviço. O papel do farmacêutico no âmbito da saúde mental ainda é pouco conhecido e divulgado. No entanto, o desenvolvimento de suas ações no acompanhamento farmacoterapêutico incluindo a prevenção e resolução de problemas relacionados com medicamento pode influenciar de forma totalmente benéfica no tratamento do portador de transtorno mental.

Particularmente no local de realização do estudo não há a presença de um farmacêutico na equipe de profissionais de saúde do CAPS, ampliando a dificuldade dos usuários em receber orientações e informações mais precisas a respeito dos medicamentos de seu tratamento e das implicações de seu uso. Assim, a probabilidade de surgirem situações que prejudiquem o tratamento, como erros de posologia e administração, é bem maior de ocorrer. A necessidade de um acompanhamento direto de um profissional de saúde se torna evidente e necessária nesse tipo de transtorno psicossocial que acomete à saúde da população, até mesmo devido à complexidade dos usuários em aderir à terapêutica recomendada e pelo fato de que os transtornos mentais podem apresentar uma elevada distribuição pelo mundo todo. Deste modo, o acompanhamento farmacoterapêutico pelo profissional farmacêutico se torna de grande importância, já que reduziria o uso inadequado dos medicamentos por parte do usuário.

Diante da importância demonstrada da presença do farmacêutico no ambiente de saúde, o presente estudo foi norteado para realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de dois usuários do CAPS II – LESTE, Teresina, Piauí, buscando e identificando problemas relacionados com medicamentos, como a possível presença de reações adversas a medicamentos (RAMs) e interações medicamentosas, bem como solucioná-los e/ou minimizá-los por meio da prática da Atenção Farmacêutica (ATENFAR) e do contato direto com o paciente, auxiliando na melhoria dos seus estados de saúde e demonstrando a importância do farmacêutico no âmbito da saúde mental.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**



## **2.1. ATENFAR**

A Atenção Farmacêutica é um conceito de prática profissional em que o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. Esta prática compreende as atitudes, os comportamentos, os compromissos, as inquietudes, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as destrezas do farmacêutico na provisão da farmacoterapia com o objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente (OMS, 1993).

No entanto, o conceito de Atenção Farmacêutica começou a ser construído, em 1975 por Mikeale colaboradores, através da publicação de um trabalho que visava nortear e estender a atuação do profissional farmacêutico para as ações de atenção primária em saúde, tendo o medicamento como insumo estratégico e o paciente como foco principal. Nesse trabalho afirmaram que o farmacêutico deveria prestar a “atenção que dado paciente requer e recebe com garantias de um uso seguro e racional dos medicamentos” (MIKEAL et al., 1975 apud PEREIRA; FREITAS, 2007).

Em um cenário globalizado de mudanças significantes nos sistemas de atenção sanitária, a Atenção Farmacêutica foi definida como sendo: “provisão responsável da farmacoterapia, visando alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida da população” (HEPLER; STRAND, 1990).

A busca pela promoção da Atenção Farmacêutica no Brasil não deve ser entendida como um evento isolado. Este movimento, que vem ganhando o centro de discussões entre pesquisadores, formuladores de políticas e profissionais, tem sido introduzido no Brasil com diferentes vertentes e compreensões, sem diretrizes técnicas sistematizadas e muitas vezes sem levar em conta as características do país e seu sistema de saúde (OPAS, 2002).

Para que a Atenção Farmacêutica seja praticada é necessário estabelecer uma relação entre o farmacêutico e o paciente, que permita um trabalho em comum com o objetivo de prevenir, identificar e resolver os problemas que possam surgir durante o tratamento farmacológico desses pacientes (FAUS, 1999).

## **2.2) ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO E MÉTODO DÁDER**

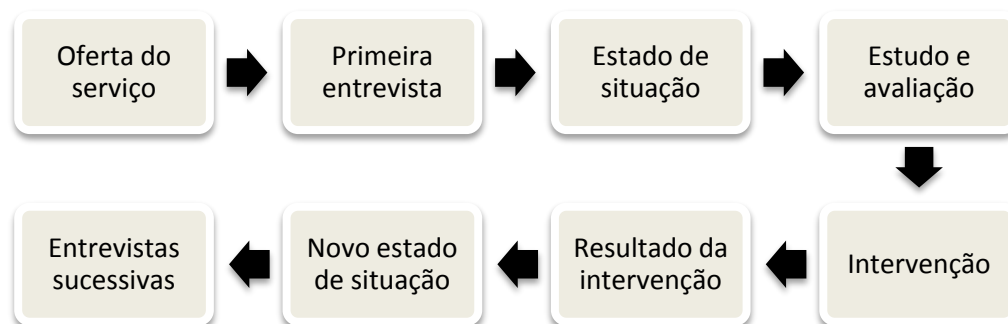
Em trabalho realizado por Chamorro e colaboradores (2006) na Espanha, foi observado que 18,61% dos pacientes não utilizavam o medicamento por desconfiança do tratamento, 16,28% por crerem estar curados, 11,62% devido à presença de reações adversas, 9,3% por sensação de excesso de medicação prescrita pelo médico, 4,65% por desconfiança do médico e 2,33% por não adquirirem o medicamento receitado. A não adesão por esquecimento ou por não compreensão das instruções correspondeu a 11,62% dos casos e, por problemas econômicos, 2,33%.

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

Atualmente, pode ser definido o Acompanhamento Farmacoterapêutico (AFT) como “O serviço profissional que tem como objetivo detectar problemas relacionados com medicamentos (PRM), para prevenir e resolver os resultados negativos associados à medicação (RNM). Este serviço implica em compromisso e deve ser disponibilizado de um modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o doente e com os profissionais do sistema de saúde, com a finalidade de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente” (HERNÁNDEZ et al., 2007).

O acompanhamento farmacoterapêutico (AF) é um grande desafio para o profissional farmacêutico e se torna ferramenta importante para reduzir erros com medicações, o que implica a eficácia do tratamento e a melhora da qualidade de vida (MACEDO et al, 2005). O AF pode ser realizado através de metodologias, como o Método Dader, desenvolvido em 1999 pelo Grupo de Pesquisa de Assistência Farmacêutica da Universidade de Granada, na Espanha (FAUS et al., 2000; MACHUCA et al, 2003). O Método Dáder é baseado na obtenção da História Farmacoterapêutica do doente, isto é, nos problemas de saúde que este apresenta, nos medicamentos que utiliza e na avaliação do seu Estado de Situação numa determinada data, de forma a identificar e resolver os possíveis problemas relacionados com medicamentos (PRM) que o doente apresenta. Após esta identificação são realizadas as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRM e posteriormente avaliar os resultados obtidos. (HERNÁNDEZ et al., 2009)

O método Dáder considera a história farmacoterapêutica do paciente por meio da análise dos seus problemas de saúde, de suas queixas e da sua farmacoterapia. O método consta das seguintes fases: oferta do serviço; primeira Entrevista; estado de situação; fase de estudo; fase de avaliação; fase de intervenção; resultado da intervenção; novo estado de situação e entrevistas sucessivas, com novos estados de situação, até que todos os PRMs sejam resolvidos (**Fluxograma 1**). Posteriormente, são determinados possíveis problemas relacionados com a medicação (PRMs) naquele estado de situação do paciente e assim, são montadas intervenções farmacêuticas em acordo com o usuário do serviço de saúde, com o médico responsável e com os demais profissionais de saúde envolvidos, para tentar resolver os PRMs e prevenir resultados negativos associados aos medicamentos (RNMs) (HERNÁNDEZ et al., 2009).



Fluxograma1: Descrição das fases do Método Dáder

### 2.3. PROBLEMAS RELACIONADOS COM OS MEDICAMENTOS E RESULTADOS NEGATIVO ASSOCIADOS A MEDICAMENTOS

O Terceiro Consenso de Granada define problemas relacionados com medicamentos (PRM) como as situações em que o processo de uso de medicamentos causa, ou pode causar, o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso de medicamento; e resultados negativos associados a medicamentos (RNM) como resultados na saúde do paciente não adequados ao objeto da farmacoterapia e associados ao uso ou falha no uso deles (COMITÊ DE CONSENSO, 2007).

A suspeita de RNMs pode ser definida como a situação em que o paciente tem risco de sofrer problema de saúde associado ao uso de medicamentos, geralmente pela existência de um ou mais PRMs, que se pode considerar como fatores de risco no aparecimento de RNMs. O Terceiro Consenso de Granada propõe classificação de RNM com base em

requerimentos que todo medicamento deve ter para ser utilizado: efetividade e segurança; e adaptou a definição de seguimento farmacoterapêutico do Documento de Consenso em Atenção Farmacêutica do Ministério de Saúde e Consumo da Espanha, de 2001, como a prática profissional em que o farmacêutico se torna responsável quanto às necessidades do paciente relacionadas com os medicamentos. Isto se realiza pela identificação de problemas relacionados com medicamentos (PRM). Este serviço implica um compromisso, e deve ser provido de forma continuada, sistemática e documentada, em colaboração com o próprio paciente e com os demais profissionais do sistema de saúde, com o fim de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente (COMITÊ DE CONSENSO, 2007).

O primeiro estudo definiu PRM como "uma indesejável experiência do paciente, envolvendo terapia farmacológica, o que interfere, seja em potencial ou reais termos, com os resultados desejados, pelo paciente. O trabalho também especifica que, pelo menos, duas condições devem ser cumpridas a fim de considerar um evento como um PRM: 1) o paciente deve ser afetado por, ou possivelmente sofrendo de uma doença ou sintomas de uma doença e 2) Essa patologia deve ter uma associação capaz ou suspeita de identificação com terapia farmacológica (STRAND, 1990). O **Quadro 1** fornece a lista dos problemas relacionados com a medicação estabelecidos no Fórum de Atenção Farmacêutica de 2006.

**Quadro1:** Lista dos Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM).

#### **Problemas relacionados com medicamentos**

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 Atenção Farmacêutica, 2006.

Os RNMs são definidos como resultados de saúde do paciente que não são consistentes com os objetivos da farmacoterapia e são relacionados com a utilização de medicamentos. "Suspeita de um RNM "é definido como a situação em que o paciente está em risco de sofrer de um problema de saúde associado com o uso de medicamentos, em geral, devido à existência de um ou mais PRMs, que podemos considerar como fatores de risco desta RNM(**Quadro 2**)(FORO, 2006).

Os RNM são problemas de saúde, alterações não desejadas no estado de saúde do doente atribuíveis ao uso (ou desuso) dos medicamentos. Para medi-los utilizase uma variável clínica (sintoma, sinal, evento clínico, medição metabólica ou fisiológica, morte), que não atinge os objetivos terapêuticos estabelecidos para o doente (HERNÁNDEZ, 2009).

**Quadro2:** Classificação dos Resultados Negativos Associados à Medicação.

#### NECESSIDADE

RNM 1 Problema de saúde não tratado: O paciente sofre um problema de saúde associado ao fato de não receber um medicamento que necessita.

RNM 2 Efeito do medicamento não necessário: O paciente sofre um problema de saúde associado ao fato de receber um medicamento que não necessita

#### **EFETIVIDADE**

RNM 3 Inefetividade não quantitativa: O paciente sofre um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa do medicamento.

RNM 4 Inefetividade quantitativa: O paciente sofre um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa do medicamento.

#### **SEGURANÇA**

RNM 5 Insegurança não quantitativa: O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento.

RNM 6 Insegurança quantitativa: O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento.

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

No que respeita ao termo PRM, o Foro sobre Atenção Farmacêutica (2006) propõe que passem a denominar-se PRM “aquelas situações que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso dos medicamentos”. Portanto, os PRMs passam a ser todas as situações que colocam o utilizador de medicamentos em maior risco de sofrer um RNM. Neste momento, os PRM deixam de ser conceptualmente equivalentes aos RNM, ficando perfeitamente diferenciados.

## **2.4. USO DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS**

Os medicamentos psicotrópicos (psique=mente, topos=alteração), são modificadores seletivos do Sistema Nervoso Central e podem ser classificados, segundo a Organização Mundial de Saúde em: ansiolíticos e sedativos; antipsicóticos (neurolépticos); antidepressivos; estimulantes psicomotores; psicomiméticos e potencializadores da cognição (RANG; DALE; RITTER, 2007).

Os psicofármacos são medicamentos necessários e seguros, mas podem causar dependência física e/ou psíquica. Segundo Paulo e Zanini (1997), a dependência psíquica favorece o desenvolvimento da procura compulsiva do fármaco, surgindo o vício, o que leva à distorção dos valores pessoais e sociais do indivíduo, prejudicando o seu comportamento social. A OMS recomenda a adoção de ações visando o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental, assim como a oferta de medicamentos psicotrópicos e inclusão destes nas listas de medicamentos essenciais (OMS, 2002).

Diante da frequência dos erros de medicação envolvendo psicofármacos - 0,79 por 1000 pacientes-dia (ITO; YAMAZUMI, 2003) é necessário algo além da simples oferta dos medicamentos. Nesse contexto, no Brasil, a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos junto da Assistência Farmacêutica propõem, além da revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a oferta de orientações e informações sobre o uso dos medicamentos aos usuários e familiares (BRASIL, 2002a), também a definição de uma política de assistência farmacêutica na área de saúde mental (SM), na qual constem mecanismos de seguimento terapêutico, avaliação do uso de medicamentos e exigência da presença do profissional farmacêutico nos programas de SM visando à promoção do uso racional dos psicofármacos (BRASIL, 2005).

## **2.5. ADESÃO A FARMACOTERAPIA**

A adesão ao tratamento pode ser referida como a extensão com que os pacientes aceitam e seguem as recomendações, de médicos ou de outros profissionais de saúde, em relação ao uso de uma determinada terapêutica (KURITA & PIMENTA, 2002; SANTIN, CERESER; ROSA, 2005; ROSA *et al.*, 2006; DEWULF *et al.*, 2006). Vários fatores contribuem para a baixa adesão, como por exemplo, os efeitos colaterais dos medicamentos, a necessidade de administração contínua e a própria natureza dos transtornos psiquiátricos (OLIVEIRA *et al.*, 2003). Outros fatores que também podem levar à não-adesão são aspectos do relacionamento com a equipe multiprofissional, características demográficas e sócio-econômicas, regimes complexos de tratamento, interações medicamentosas e a própria negação da existência da doença (ROSA *et al.*, 2006; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; KURITA; PIMENTA, 2002; GONÇALVES, *et al.*, 1999).

Para Chatkin e colaboradores (2006) os pacientes considerados não aderentes a um tratamento podem ter recebido poucas orientações e podem não ter entendido corretamente as informações que lhes foram repassadas. De acordo com Leite e Vasconcellos (2003), as razões de não adesão ao tratamento medicamentoso são: o acesso econômico aos medicamentos, o número muito alto de medicações prescritas e o esquema terapêutico, mesmo quando o medicamento é fornecido gratuitamente, os efeitos colaterais e a ausência de sintomas em algumas fases da doença. Alguns pacientes não aderem ao tratamento porque se recusam a aceitar que possuem a doença (SANTIN; CERESER; ROSA, 2005).

Segundo Rosa e colaboradores(2006) e Santin, Cereser e Rosa (2005) existem diversos métodos para medir adesão ao tratamento medicamentoso. Dentre esses métodos, podem ser destacados: entrevista com o paciente, análise de prescrições anteriores, escalas de adesão, monitoramento terapêutico do fármaco ou metabólico, contagem de pílulas e monitoramento eletrônico da embalagem.

## **2.6. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE MENTAL**

A presença de múltiplos profissionais é realidade cada vez mais concreta no cotidiano dos serviços de saúde e, no fundo, remete ao processo de parcelamento do trabalho em múltiplos compartimentos, funções e profissões, vivenciado por essas instituições desde o século XIX. No Brasil, desde a década de 1970, o trabalho em saúde passou a priorizar a composição de equipes de profissionais com diferentes formações. Esse movimento fornece inequivocamente a benesse de incrementar as possibilidades terapêuticas, mas é acompanhado também do risco de fragmentação do trabalho, impondo assim a necessidade de integração verdadeiramente interdisciplinar. (SCHRAIBER, 1993; GOMES et al,2005)

A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral. Erroneamente pode ser confundida com interdisciplinaridade. A primeira retrata uma justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado; o processo terapêutico é fragmentado. A segunda implica na interação entre duas ou mais disciplinas, sendo que essa interação se reflete na integração de conceitos chave, na epistemologia e na organização da pesquisa e do ensino. Os primeiros trabalhos multiprofissionais surgiram nas décadas de 1930 e 1940, e podem estar ligados à área de saúde mental. Isto decorreu da proposta de desumanização da atenção ao doente mental, do aumento da demanda por serviço de saúde e da incorporação de tecnologias cada vez mais complexas (CAMPOS, 1992; DYTZ et al, 1997).

Equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998). O trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho, tal como encontradas na atualidade, nas quais se mantêm relações hierárquicas



entre médicos e não-médicos e diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência.

Portanto, há possibilidade de construção da equipe-integração mesmo nas situações nas quais se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais. O que poderá diferenciar a maior ou menor integração será a prática de arguição da técnica e da desigual valorização social dos distintos trabalhos por meio do agir-comunicativo, visto que este pressupõe não somente compartilhar premissas técnicas mas, sobretudo, um horizonte ético (PEDUZZI, 2001).

### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDO**

O andamento do estudo se deu através de sucessivas consultas farmacêuticas com dois usuários do CAPS II - Leste em Teresina, Piauí, com base no método Dáder de

acompanhamento farmacoterapêutico. Os prontuários de ambos os pacientes também foram analisados adicionando informações sobre seu diagnóstico e terapêutica utilizados. O estudo foi realizado durante os meses de Outubro de 2012 à Agosto de 2013. Após a coleta dos dados, foi realizada a busca por PRMs e RNMs bem como a avaliação do estado de saúde dos usuários.

### **3.2. LOCAL E AMOSTRA DO ESTUDO**

O trabalho se desenvolveu no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), localizado na Rua Visconde da Parnaíba, bairro Horto Florestal, número 2435, na zona Leste de Teresina, Piauí. O CAPS acolhe pacientes com transtornos mentais oferecendo a estes o auxílio de profissionais diversos como: médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentre outros profissionais. Além disso, são disponibilizadas oficinas terapêuticas, reuniões de grupo, atividades, suportes aos familiares dos usuários, visitas domiciliares.

O usuário dentro do CAPS possui um projeto terapêutico individual, podendo freqüentar o estabelecimento de modo intensivo, ou seja, diariamente; quando o atendimento é feito até 12 dias no mês, pode ser chamado atendimento semi-intensivo; já quando o usuário não precisa de suporte contínuo da equipe do CAPS e recebe o acompanhamento, em média, três vezes por mês, o atendimento é não-intensivo.

### **3.3. COLETA DE DADOS**

#### **3.3.1. INSTRUMENTOS**

**3.3.1.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** que após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, foi assinado por ambos os usuários do CAPS, acordando participar do processo de Acompanhamento farmacoterapêutico, assim sendo incluídos no estudo. (**ILUSTRAÇÃO 1**).

**ILUSTRAÇÃO 1:** Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos usuários A.A.O e M.R.F.



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

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

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

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

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

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

Prezado(a) Senhor(a):

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

#### Objetivo do estudo:

O objetivo do estudo é coletar e registrar dados para subsidiar a implantação de um programa de orientação sobre os medicamentos que serão usados durante o seu atendimento ambulatorial realizado pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Leste. Essas informações serão usadas também para a estruturação das atividades

de artesanato, cerâmica, entre outros (oficinas) e os grupos de orientação individual (grupos terapêuticos) sobre as doenças e os medicamentos usados durante o tratamento.

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
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)

atendimento ambulatorial realizado pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Leste. Essas informações serão usadas também para a estruturação das atividades de artesanato, cerâmica, entre outros (oficinas) e os grupos de orientação individual (grupos terapêuticos) sobre as doenças e os medicamentos usados durante o tratamento.

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

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

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

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

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

Tereina, PI - de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
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)

**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 com os medicamentos (PRMs); Reações negativas associadas aos medicamentos (RNMs) Intervenções Farmacêuticas (IFs) e parâmetros/indicadores biológicos (**ILUSTRAÇÃO 2**).

## ILUSTRAÇÃO 2: Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico



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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





### INTERVENÇÕES FARMACÉUTICAS AO PACIENTE

Intervenção farmacêutica	Data	Aceita	Impacto	Desfecho	M.C.	Comunicado	P.S. resolvido

**Legenda:**

**Intervenção farmacêutica:**

- 01 – Sugerido aumentar a concentração/posologia do medicamento prescrito;
- 02 – Sugerido diminuir a concentração/posologia do medicamento prescrito;
- 03 – Sugerido alterar a via de administração do medicamento prescrito;
- 04 – Alertado para a omissão na administração do medicamento prescrito;
- 05 – Alertado para a administração do medicamento prescrito com um quantitativo superior ao prescrito;
- 06 – Alertado para a administração do medicamento prescrito com um quantitativo inferior ao prescrito;
- 07 – Alertado da inadequação da administração que leva a alteração dos parâmetros farmacocinéticos/farmacodinâmicos;
- 08 – Alertado para potencial desenvolvimento da reação adversa por algum medicamento da terapia prescrita (alergias);
- 09 – Alertado para identificação da reação adversa medicamentosa;
- 10 – Outros (Especificar);

**Impacto:**

- 01 – prevenção/resolução PRM 1; 02 – Prevenção/resolução PRM2; 03 – Prevenção/resolução PRM3; 04 – Prevenção/resolução PRM4; 06 – Prevenção/resolução PRM5; 06 – Prevenção/resolução PRM6; 07 – Outros (especificar);

**Desfecho:**

- 01 – suspensão do item prescrito, após contato com o médico;
- 02 – modificado para outro medicamento com indicação semelhante;
- 03 – informado/retificado pelo médico/enfermagem a informação omissa/incompleta;
- 04 – aumentada a dose do medicamento prescrito;
- 05 – diminuída a dose do medicamento prescrito;
- 06 – alterada a via de administração do medicamento prescrito;
- 07 – ratificada a informação técnica da prescrição (medicamento selecionado, concentração, via de administração e posologia);
- 08 – Outros (Especificar);

**Meio de comunicação:** 01 – telefone; 02 – comunicação escrita; 03 – comunicação verbal; 04 – outros;

**Comunicado:** 01 – médico; 02 – enfermeiro; 03 – paciente; 04 – cuidador; 05 – outros (especificar);

**Aceita:** 01 – sim; 02 – não.

**Problema de saúde resolvido:** 01 – sim; 02 – não.

## 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

---

**PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS**


---

MEDICAMENTO	Data	PRM	DESCRIÇÃO DA SUSPEITA DE PRM	CAUSA

**Legenda:****Causas:**

01 – acesso em receber o medicamento; 02 – interação; 03 – não adesão; 04 – erro de prescrição; 05 – erro de dispensação; 06 – erro da administração; 07 – outros (Especificar).

### 3.3.2. FONTES DE DADOS


3.3.2.1 - Entrevistas diretas com os dois usuários realizada pela acadêmica do curso de farmácia da Universidade Federal do Piauí (treinada e sob supervisão).

3.3.2.2 - Prontuários Médicos com relatos da equipe multidisciplinar.

3.3.2.3 - Prescrições Médicas anexadas aos prontuários .

3.3.2.4 - Resultados de exames laboratoriais/complementares presentes no prontuário médico (**ILUSTRAÇÃO 3**)

**ILUSTRAÇÃO 3:** Exames laboratoriais da usuária M.R.F.



CNPJ: 35.145.432/0001-75  
 Cx. Postal 421 - CEP: 64.001-970  
 Teresina - Piauí - Brasil  
 funaci@hotmail.com

**PACIENTE:** [REDACTED]  
**ENDEREÇO:** RUA JOAO DE BARRO 1150 VILA M. NORTE  
**MÉDICO SOLICITANTE:** Dr. MARA RAQUEL  
**REGISTRO:** 021  
**DATA:** 28/05/2013

EXAME: HEMOGRAMA		
	Encontrado	Normais
Hematócrito	39%	37 a 45%
Hemoglobina	13	12 a 16%
Hemácias	4.300.000	4,8 - 6 mm <sup>3</sup>
Leucócitos	6.400	6.000 a 8.000
Eosinófilos	02	1 - 4%
Bastonetes	02	3 - 5%
Segmentados	56	51 - 60%
Linfócitos	38	25 - 33%
Monócitos	02	3 - 7%
Basófilos		0 - 1%
Hetamielócitos		01%
Mielócitos		0%
Plaquetas		200 a 350.000mm <sup>3</sup>

**OBS:** Plaquetas normais.

J

Reconhecida de utilidade pública federal conforme Portaria nº 120 de 08/02/2002, e resolução nº 125, de 14/06/2000 do Conselho Nacional de Assistência Social, como entidade filantrópica.



"Crescer e Fazer Crescer"


CNPJ: 35.145.432/0001-75  
 Cx. Postal 421 - CEP: 64.001-970  
 Teresina - Piauí - Brasil  
 funack@hotmail.com

PACIENTE: [REDACTED] MA  
 ENDEREÇO: RUA JOÃO DE BARRO 1150 VILA M. NORTE  
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. MARA RAQUEL  
 REGISTRO: 021  
 DATA: 28/05/2013

BIOQUÍMICA						
	VALOR TOTAL		VALOR ENCONTRADO		VALOR NORMAL	VALOR ENCONTRADO
GLICOSE Mg/100ml	70 a 100		86mg%	-D TGO Unidade/ml	4 a 36	
UREIA Mg/100ml	15 a 40		20	-D TCP Unidade/ml	4 a 32	
CREATININA Mg/100ml	0,4 a 1,3		0,7	BILIRRUBINA DIRETA Mg/100 ml	Até 0,4	
ACIDO ÚRICO Mg/100ml	HOMEM	2,5 a 7,0		BILIRRUBINA INDIRETA Mg/100ml	Até 0,5	
	MULHER	1,5 a 6,0				
SODIO Meq/L	131 a 146			BILIRRUBINA TOTAL	Até 1,2	
POTÁSSIO Meq/L	3,5 a 5,4			FOSFATASE DE ALCALINA	13 a 43UI	
CLORO Meq/L	95 a 103			ASO	ATÉ 200 UI	
COLESTEROL Mg/L	150 a 200		187	MUCO PROTEINA	45 a 117mg	
TRIGLICERIDES Mg/100	HOMEM	10 a 150	108	AMILASE	60 a 160mg/dl	
	MULHER	10 a 150				
LÍPIDIOS TOTAIS Mg/100ml	400 a 600			PROTEINAS TOTAIS	6,0 a 8,0	
HDL			28	ALBUMINA	3,5 a 5,5	
LDL			128	GLOBULINA		
VLDL				VDRL		

JU [REDACTED] TO

49

  
 "Crescer e Fazer Crescer"

F [REDACTED]  
 CNPJ: 35.145.432/0001-75  
 Cx. Postal 421 - CEP: 64.001-970  
 Teresina - Piauí - Brasil  
 funacci@hotmail.com

[REDACTED] D

PACIENTE: [REDACTED]  
 ENDEREÇO: RUA JOÃO DE BARRO 1150 VILA M. NORTE  
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. MARA RAQUEL  
 REGISTRO: 021  
 DATA: 28/05/2013

**EXAME: SUMÁRIO DE URINA**

COR AMARELA	ELEMENTOS ANORMAIS		SEDIMENTOSCOPIA COM AUMENTO 400 X LORESNIDADE POR CAMPO
ASPECTO TRANSPARENTE	PROTEÍNAS AUSENCIA	SAIS BILIARES AUSENCIA	Varias células epiteliais Píocitos 2/campo
REAÇÃO ACIDA	GLICOSE AUSENCIA	PIG. BILIARES AUSENCIA	
PH 06	CETONA NORMAL	UROBILIOGENIO NORMAL	
DENSIDADE 1030	HEMOGLOBINA AUSENCIA		
DEPÓSITO			

[REDACTED] JU [REDACTED]

Reconhecida de Utilidade Pública Federal conforme Portaria nº 120 de 08/02/2002, e resolução nº 125, de 14/08/2000 do Conselho Nacional de Assistência Social, como Entidade Filantrópica.

### 3.4. SUJEITOS

O primeiro usuário convidado e depois selecionado para o estudo foi um usuário adulto, cujo transtorno mental começou a se manifestar com 8 anos de idade e é cadastrado

no CAPS com todo o quadro de saúde descrito em prontuário desde junho de 2012. Já a segunda usuária adulta selecionada, procurou o CAPS alegando períodos de agitação, agressividade, insônia, cansaço, dor de cabeça, dor nas pernas e a descrição de seu quadro de saúde pela equipe multiprofissional do estabelecimento consta desde outubro de 2008.

O primeiro passo dado no estudo foi o preenchimento da ficha AFT durante a primeira consulta farmacêutica de ambos os usuários para a elaboração do caso clínico e avaliação do estado de situação. Após isto, foram realizadas entrevistas diretas com os pacientes, a fim de conhecer mais profundamente os casos de saúde, fornecendo subsídios para o acompanhamento farmacoterapêutico e implementação da ATENFAR.

### **3.5. LIMITAÇÃO DO TRABALHO**

Os problemas enfrentados durante o estudo consistiram basicamente na dificuldade de ambos os usuários em relatar ao certo seu estado de saúde, além da indisponibilidade de realização das entrevistas em alguns dias combinados. Outro fator que dificultou o estudo foi a suspensão da usuária M.R.F. do CAPS por 15 dias, o que descontinuou o acompanhamento farmacoterapêutico.

### **3.6. ANÁLISE DOS DADOS**

O estudo utilizou como fonte de informação técnica a base de dados MICROMEDEX, publicações nacionais e internacionais acerca do tema atenção Farmacêutica ao usuário com transtorno mental, além dos livros citados na bibliografia. A classe terapêutica dos medicamentos dos usuários acompanhados foi determinada de acordo com a classificação *AnatomicalTherapeuticalChemicalClassification System* (ATC), que agrupa os medicamentos de acordo com o órgão ou sistema que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas, e que é adotada pela Organização Mundial de Saúde.

### **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 (TCLE), no qual foram respeitados todos os direitos da usuária à autonomia.

O preenchimento da ficha de acompanhamento farmacoterapêutico foi iniciado após a aprovação do CEP e assinatura do TCLE pela usuária 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. Relatos de casos dos usuários durante acompanhamento farmacoterapêutico em unidade do CAPS.**

#### **4.1.1. Relato de caso A.A.O.**

A.A.O, sexo masculino, 24 anos, natural de Teresina (PI), ensino fundamental completo, peso 61,0 kg, altura 1,64m e IMC de 22,76 kg/m<sup>2</sup>. O usuário apresenta alterações comportamentais desde os seus 8 anos de idade, sendo que aos 12 anos, chegou a bater e a cuspir em pessoas. O paciente procurou o CAPS II Leste em junho de 2012, apresentando-se com os seguintes sintomas: agitação psicomotora, falando sozinho, medo de ser seqüestrado, alucinações, logorréico e ansioso. No seu prontuário não consta a sua hipótese diagnóstica, no entanto, nas entrevistas o paciente revela ser consciente de possuir esquizofrenia. Desde o primeiro dia de tratamento até hoje, o paciente faz uso das mesmas substâncias, a saber: maleato de levomepromazina (100 mg) , 1 comprimido à noite, carbamazepina (200 mg), 1 comprimido à noite e clorpromazina(100 mg), 1 comprimido à noite.

De acordo com o que foi visto na história clínica do paciente, este não apresenta doenças crônicas nem fuma ou ingere bebidas alcoólicas ou outras drogas. Alimenta-se balanceadamente, no entanto não realiza atividades físicas. Ele se diz satisfeito com o serviço oferecido pelo CAPS, indo dois dias na semana. Mora com sua mãe, padrasto e mais 4 irmãos, onde a mãe é sua cuidadora. A obtenção dos dados do usuário foram de grande valia no auxílio ao acompanhamento farmacêutico, em adição à análise do prontuário e às consultas farmacêuticas diretas.

##### **4.1.1.1. Primeira consulta farmacêutica**

No dia 31 de outubro de 2012, às 9 horas da manhã, a primeira entrevista com o usuário A.A.O foi realizada no CAPS II LESTE, e, a partir desta entrevista, realizaram-se outras com o objetivo de colher dados sobre o estado de saúde do paciente, a fim de solucionar ou amenizar possíveis PRM's através de intervenções farmacêuticas. **(ILUSTRAÇÃO 4)**



**ILUSTRAÇÃO 4:** Consulta farmacêutica com a usuária durante a prática da ATENFAR.

O usuário encontrava-se calmo, falante, dizendo-se satisfeito com o tratamento e o CAPS. Dizia não apresentar problemas com o uso das medicações, no entanto, revelou já ter se esquecido de tomar uma vez a carbamazepina (200 mg). Não realiza exames médicos regularmente e afirma ser um pouco sedentário, já que não realiza atividades físicas. A pressão arterial foi aferida e determinada em 130 por 70 mmHg e a glicemia casual em 109 mg/dl (**ILUSTRAÇÕES 5 e 6**).

**ILUSTRAÇÃO 5:** Aferição da pressão arterial sistêmica do usuário A.A.O durante a prática da ATENFAR..



**ILUSTRAÇÃO 6:** Verificação da glicemia casual do usuário A.A.O. durante a prática da ATENFAR.



#### 4.1.1.2) Segunda consulta farmacêutica

No dia 14 de novembro de 2012, às 9 e meia da manhã, foi realizada a segunda consulta farmacêutica com o usuário A.A.O no CAPS II Leste. Ele relatou estar um pouco chateado devido, devido à brigas na família. O usuário disse ter deixado de tomar o medicamento carbamazepina (200 mg) já que segundo ele, este medicamento estava ausente no CAPS. No entanto, disse que sua mãe e cuidadora, já estava providenciando o medicamento junto ao Hospital Aerolino de Abreu, Teresina, Piauí.

Ao usuário foi solicitado que na próxima consulta farmacêutica levasse a sacola de medicamentos. O usuário relatou ainda que toma seus medicamentos com um copo cheio de água todos os dias e sempre no mesmo horário, contando com a ajuda de sua mãe. A pressão foi aferida e determinada em 110 por 70 mmHg e a glicemia casual 103 mg/dL.

**PRMs/RNMs identificados:** Necessidade, associado ao fato de não receber um medicamento que necessita (ausência da carbamazepina no CAPS)

#### 4.1.1.3) Terceira consulta farmacêutica

A terceira consulta farmacêutica com o usuário foi realizada no dia 5 de dezembro de 2012 às 9 horas da manhã no CAPS II Leste. O usuário estava impaciente durante a entrevista esperando que o bingo promovido pelo CAPS começasse. Afirmou já ter recebido o medicamento Carbamazepina (200 mg), que possuía a quantidade certa do medicamento para o prosseguimento do tratamento até a próxima consulta e estava se sentindo muito bem. O paciente levou a sacola de medicamentos e vimos que todos condiziam com os prescritos no seu tratamento. O usuário disse que ao tomar os medicamentos não sente nenhum efeito colateral além de sonolência.

Nesta entrevista alertamos ao usuário sobre a importância de se fazer o tratamento corretamente, sem interrupções em seu uso e seguindo à risca o que lhe foi recomendado pelo médico. A alerta foi feita com o auxílio do boletim informativo “Quais os seus medicamentos?” (**ILUSTRAÇÃO 7**), onde lhe foi explicado sobre a função de cada medicamento sobre seu estado de saúde e também lhe foi dado orientações de como tomar os seus medicamentos. A pressão foi aferida e determinada em 120 por 90 mmHg e a glicemia casual 96 mg/dL.

**ILUSTRAÇÃO 7:** Boletim informativo “Quais os seus medicamentos?” elaborado para o usuário A.A.O do CAPS II Leste durante a prática da Atenção Farmacêutica.



Universidade Federal do Piauí  
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia  
“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de usuários”  
- CAPS II Leste -



Responsável: Letícia Ximenes Furtado Marques / Orientador: Prof. Dr. Rivellison Mendes de Freitas

## Quais os seus medicamentos?



<p><b>LONGACTIL</b> (CLORPROMAZINA) 100 mg</p>	<p>É um <u>antipsicótico</u> típico que possui grande valor no tratamento das perturbações mentais e emocionais.</p>
<p><b>MEPROZIN</b> (LEVOMEPROMAZINA) 100 mg</p>	<p>É um medicamento cuja ação esperada é a sedação, além da redução da dor e melhora de quadros mentais, como a ansiedade.</p>
<p><b>CARBAMAZEPINA</b> (200 mg)</p>	<p>Além de ser um anticonvulsivante, é também utilizado no tratamento dos transtornos afetivos bipolares.</p>

**CUIDE-SE!**

Não consuma bebidas alcoólicas, cigarro e outras drogas, pois prejudicam sua saúde!





**DICAS**



Tome seu medicamento com bastante água!



Siga a prescrição médica quando for tomar seus medicamentos!



Não se descuide quanto ao horário de tomar os medicamentos!

QUALQUER DÚVIDA QUE VOCÊ TIVER SOBRE SEU MEDICAMENTO, PROCURE O MÉDICO OU FARMACÊUTICO!



NOME: A.A.O

DADOS DO PACIENTE:  
SEXO: MASCULINO

IDADE: 24 anos

#### **4.1.1.4) Quarta consulta farmacêutica**

A quarta consulta farmacêutica com o usuário foi realizada no dia 14 de janeiro de 2013 às 9 horas da manhã no CAPS II Leste. O usuário encontrava-se bem, falante e demonstrava estar empolgado com o acompanhamento farmacoterapêutico. Relatou que tinha alergia à poeira e à fumaça de cigarro e que costumava tomar um xarope, mas que não lembrava qual era. A estudante responsável pelas entrevistas pediu para que na próxima entrevista o usuário levasse o medicamento que ele estava tomando para sua alergia para que pudéssemos avaliar as implicações de seu uso.

O usuário afirmou ainda que possuía quantidade suficiente de todos os medicamentos até a próxima consulta com a médica, e que sabia que tinha que tomar os medicamentos de forma correta para garantir um bom tratamento de sua enfermidade. A pressão foi aferida e determinada em 130 por 90mmHg e a glicemia casual 124 mg/mL.

#### **4.1.1.5) Quinta consulta farmacêutica**

A quinta consulta farmacêutica com o usuário foi realizada no dia 27 de fevereiro de 2013 às 9 horas da manhã no CAPS II Leste. O usuário sente-se bem com o tratamento, afirma estar controlado, não se sente inseguro com os medicamentos que utiliza. O paciente afirmou que como não tem recebido a quantidade correta do medicamento Carbamazepina no CAPS II Leste, tem conseguido essa medicação no Hospital Aerolino de Abreu, para não ficar sem usá-lo.

O usuário levou à entrevista a embalagem do xarope Dropropizina (3mg/mL), relatando que somente faz uso deste medicamento quando desenvolve tosse em virtude de sua alergia à fumaça de cigarro e poeira. Para promover uma melhor qualidade de vida ao usuário em questão, produzimos cardápios para café-da-manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, contendo alimentos saudáveis e acessíveis à condição econômica do usuário. **(ILUSTRAÇÃO 8)**. A pressão foi aferida e determinada em 110 por 70 e a glicemia casual 120 mg/mL.

**ILUSTRAÇÃO 8:** Cardápios para café-da-manhã, almoço, lanche da tarde e jantar destinados ao usuário A.A.O.



**UFPI**

Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso :Farmácia  
 "Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – CAPS II LESTE –"  
 Responsáveis: Letícia Ximenes Furtado Marques (Acadêmica de Farmácia)  
 Prof. Msc. Jailane Alves Pereira (Nutricionista)  
 Orientador: Prof. Dr. Rivelison Mendes de Freitas (Farmacêutico)



**ATENFAR**

## CAFÉ DA MANHÃ

PÃO



PÃO DE FORMA



BOLACHA SALGADA



Você pode passar no seu pão manteiga, margarina ou requeijão!

LEITE



CHÁ



CAFÉ



LIMONADA



**LANCHE DA MANHÃ: FRUTAS (maçã, laranja, banana, goiaba, caju, uva, etc.)**








DADOS DO PACIENTE:

NOME: A.A.O

SEXO: MASCULINO

IDADE: 24 anos



Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso Farmácia  
 "Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – CAPS II LESTE"  
 Responsáveis: Letícia Ximenes Furtado Marques (Acadêmica de Farmácia)  
 Prof. Msc. Joilane Alves Pereira (Nutricionista)  
 Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas (Farmacêutico)



### SUGESTÕES DE ALIMENTOS PARA O ALMOÇO

6 colheres (sopa) de arroz + 3 colheres (sopa) de feijão + 2 porções de carne magra (Filé de frango, filé de peixe, carne de vaca, salsicha) + salada com legumes e verduras (batata, alface, repolho, pimentão, tomate, pepino, cenoura, etc).



E de sobremesa...a melhor opção são FRUTAS (melão, laranja, melancia, maçã, goiaba, banana, caju, mamão, etc)!



Para o LANCHE DA TARDE: 1 copo de leite + 1 pão com margarina + 1 porção de fruta



DADOS DO PACIENTE:

NOME: A.A.O

SEXO: MASCULINO

IDADE: 24 anos



Universidade Federal do Piauí/Centro de Ciências da Saúde/ Curso :Farmácia  
 "Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – CAPS II LESTE"  
 Responsáveis: Leticia Ximenes Furtado Marques (Acadêmica de Farmácia)  
 Prof. Msc. Joliane Alves Pereira (Nutricionista)  
 Orientador: Prof. Dr. Rivellison Mendes de Freitas (Farmacêutico)



### SUGESTÕES DE ALIMENTOS PARA O JANTAR

6 colheres (sopa) de arroz + 3 colheres (sopa) de feijão + 2 porções de carne magra (Filé de frango, filé de peixe, carne de vaca, salsicha) + salada com legumes e verduras (batata, alface, repolho, pimentão, tomate, pepino, cenoura, etc).



### SUGESTÕES DE ALIMENTOS PARA O LANCHE DA NOITE

1 copo pequeno (200 ml) de leite desnatado, 1 copo de iogurte (200 ml) ou 1 fatia de queijo



NOME: A.A.O

DADOS DO PACIENTE

SEXO: MASCULINO

IDADE: 14 anos



#### 4.1.1.6. Sexta consulta farmacêutica

A sexta consulta farmacêutica com o usuário foi realizada no dia 15 de março de 2013 às 9 horas da manhã no CAPS II Leste. O usuário estava calmo, conversava bem, não apresentava sinais de agitação nem ansiedade. Relatou ainda que estava dormindo bem, não sentia nada de diferente devido à alteração da concentração do medicamento. Neste dia o usuário recebeu um boletim informativo intitulado: “Automedicação” (**ILUSTRAÇÃO 9**), que além do tema principal abordava sobre o medicamento utilizado para a alergia, dando orientações e esclarecendo suas dúvidas. A pressão foi aferida e determinada em 120 por 70mmHg e a glicemia casual 96 mg/mL.

**ILUSTRAÇÃO 9:** Boletim informativo intitulado: “Automedicação” destinado ao usuário A.A.O

UFPI Universidade Federal do Piauí  
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia  
"Atenção Farmacêutica a grupos específicos de usuários"  
- CAPS II Leste -  
Responsável: Letícia Ximenes Furtado Marques/ Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

**ATENFAR**

## AUTOMEDICAÇÃO

**O que é?**  
É a prática de ingerir medicamentos por conta própria, sem o aconselhamento de um profissional qualificado.

Seu medicamento para **ALERGIA**: DROPROPIZINA 15mg/5ml  
Este medicamento apresenta uma discreta **ação antialérgica**, podendo ser usado no tratamento da tosse associada a condição alérgica.

**CUIDADO**  
AUTOMEDICAÇÃO NÃO!

O uso deste xarope junto com **ÁLCOOL** e com **DEPRESSORES DO SNC** pode levar a um aumento dos efeitos colaterais da **dropropizina**, como a **HIPOTENSÃO** e **SONOLÊNCIA**.

Informe ao seu médico ou farmacêutico sobre os medicamentos que você utiliza. **NÃO tome medicamento por conta própria!**

NOME: A.A.O. DADOS DO PACIENTE: SEXO: MASCULINO IDADE: 23 anos



#### **4.1.1.8. Oitava consulta farmacêutica**

A oitava consulta farmacêutica com o usuário foi realizada no dia 03 de maio de 2013 às 9 horas da manhã no CAPS II Leste. O paciente encontrava-se um pouco irritado devido à brigas familiares mas relatou que fora isso estava seguindo tranquilamente com o tratamento. Estava tomando os medicamentos de forma satisfatória e não apresentava reações adversas ao uso dos seus medicamentos.

Para auxiliar o usuário a lembrar a posologia e horário da administração de seus medicamentos, confeccionamos uma tabela que pudesse ser preenchida com o nome dos medicamentos assim como sua dose e horário de administração. A pressão foi aferida e determinada em 120 por 80mmHg e a glicemia casual 93 mg/mL.


#### **4.1.1.9. Nona consulta farmacêutica**

A nona consulta farmacêutica com o usuário foi realizada no dia 17 de maio de 2013 às 9 horas da manhã no CAPS II Leste. Da mesma forma que a entrevistas anteriores o paciente estava seguindo o tratamento de forma tranqüila, sem intercorrências. Demonstrou estar seguindo as recomendações propostas no acompanhamento farmacoterapêutico, então a partir daí, também procuramos estimular o paciente a buscar realizar rotineiramente atividades físicas, que em adição aos cardápios confeccionados ao paciente, beneficiariam ainda mais a sua saúde. A pressão foi aferida e determinada em 130 por 90mmHg e a glicemia casual 98 mg/mL.

#### **4.1.1.10. Décima consulta farmacêutica**

A décima consulta farmacêutica com o usuário foi realizada no dia 29 de maio de 2013 às 9 horas da manhã no CAPS II Leste. O usuário se sentia muito bem, disse ter gostado muito do acompanhamento farmacoterapêutico e se sentia bastante agradecido. Hoje levamos ao usuário um jogo no qual ele tinha que desempenharna prática o que aprendeu durante o acompanhamento (**ILUSTRAÇÃO 11**). A pressão foi aferida e determinada em 130 por 90 e a glicemia casual 96 mg/mL.

## ILUSTRAÇÃO 11: Jogo de palavras cruzadas destinado ao usuário A.A.O



**ATENFAR**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

**"ATENÇÃO FARMACÊUTICA A GRUPOS ESPECÍFICOS DE USUÁRIOS – CAPS II LESTE"**

RESPONSÁVEIS:

Leticia Ximenes Furtado Marques<sup>1</sup>; Rivelilson Mendes de Freitas<sup>2</sup>

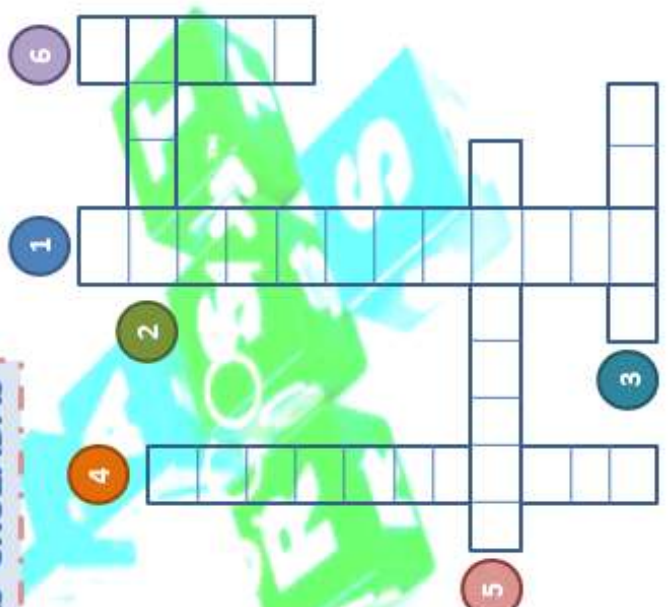
<sup>1</sup>Discente do Curso de Graduação em Farmácia da UFPI.

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

### PALAVRAS CRUZADAS

**DICAS**

- 1) Profissional que pode esclarecer suas dúvidas sobre os medicamentos que você toma diariamente.
- 2) Você deve tomar seus medicamentos com um copo cheio de \_\_\_\_\_.
- 3) O principal sintoma que você sente ao utilizar seus medicamentos é o \_\_\_\_\_.
- 4) Não se deve consumir \_\_\_\_\_ sem orientação médica ou de um profissional qualificado.
- 5) Utilize seus medicamentos de acordo com o que está prescrito na \_\_\_\_\_ e não quando sentir alguma dor ou tiver vontade.
- 6) Cuide bem da sua \_\_\_\_\_! Tome seus medicamentos na \_\_\_\_\_ certa e na quantidade certa. Pratique exercícios, se alimente bem e evite os vícios!



Respostas: 1) farmacêutico; 2) água; 3) sono; 4) medicamento; 5) receita; 6) saúde

### 4.1.2. Relato de caso M.R.F.

M.R.F, sexo feminino, 55 anos, natural de Teresina, Piauí, analfabeta, peso 73,0 kg, altura 1,50m e IMC 32,44 kg/m<sup>2</sup>. Os motivos da procura pelo CAPS II Leste, e outubro de 2008, foram: períodos de agitação, agressividade, insônia, cansaço, dor de cabeça e dor nas pernas. A usuária possuía, desde criança, crises convulsivas. No prontuário constam como

hipótese diagnóstica outros transtornos ansiosos – CID 10 F41 e retardo mental leve – CID 10 F70. Há ainda descrição de que a usuária possui diabetes e hipertensão, no entanto, nas entrevistas, a mesma foi questionada a respeito dessas enfermidades e afirmou não ter conhecimento de possuir estas doenças. Assim que entrou no CAPS II Leste, a prescrição à usuária constava de clonazepam (2mg), 1 comprimido à noite, e carbamazepina (200 mg) meio comprimido de manhã e à noite.

Depois, devido ao surgimento de crises, choros freqüentes e alucinações, a prescrição foi alterada para haloperidol (1mg), meio comprimido à noite, carbamazepina (200 mg), 3 vezes ao dia, clonazepam (2mg), meio comprimido à noite e amplictil (25mg), 1 comprimido à noite. Após isto, a usuária apresentou disforia, compulsividade e polidipsia, sendo sua prescrição alterada pra haldol (1mg), meio comprimido 3 vezes ao dia, carbamazepina (200 mg), 3 vezes ao dia, diazepam (5mg), 2 comprimidos, 3 vezes ao dia e clorpromazina (100 mg), 1 comprimido à noite. Atualmente, seguindo a mais recente prescrição médica, datada de abril de 2013, a usuária faz uso de carbamazepina (200 mg), 3 vezes ao dia, clonazepam (2mg), 1 comprimido à noite, haldol (1mg), 1 comprimido à noite e akineton (2mg), 1 comprimido à noite.

#### **4.1.2.1. Primeira consulta farmacêutica**

A primeira consulta farmacêutica com a usuária M.R.F foi realizada no dia 15 de abril de 2013 às 8:30 horas da manhã no CAPS II Leste. A usuária estava disposta a participar do acompanhamento farmacoterapêutico fornecendo informações necessárias ao estudo do seu estado de saúde(**ILUSTRAÇÃO 12**).

**ILUSTRAÇÃO 12:** Consulta farmacêutica com a usuária M.R.F. durante a prática da ATENFAR



Nesta consulta farmacêutica a usuária relatou estar sentindo uma leve dor de cabeça e disse também estar com raiva pelo fato de que alguns comprimidos do seu tratamento terem desaparecido de sua bolsa. Afirmou ainda se sentir ansiosa e um pouco agitada, além disso, no momento da entrevista, demonstrava estar um pouco desconfiada. Relatou que possui alguns vícios, tem bebido de vez em quando e fuma uma vez por semana. Não pratica atividades físicas nem possui uma alimentação balanceada, já que muitas vezes nem almoça. Pedimos que na próxima entrevista a usuária levasse sua sacola de medicamentos. A pressão foi aferida e determinada em 110 por 70mmHg e a glicemia casual 117 mg/mL (**ILUSTRAÇÃO 13 e 14**)

**PRMs/RNMs identificados:** insegurança não quantitativa, devido a observação de algumas reações adversas ao medicamento.

**ILUSTRAÇÃO 13:** Aferição da pressão arterial sistêmica da usuária M.R.F. durante a prática da ATENFAR



**ILUSTRAÇÃO 14:** Verificação da glicemia casual da usuária M.R.F. durante a prática da ATENFAR.



#### 4.1.2.2. Segunda consulta farmacêutica

A segunda consulta farmacêutica com a usuária M.R.F foi realizada no dia 19 de abril de 2013 às 8:30 horas da manhã no CAPS II Leste. A usuária relatou que naquele momento não estava se sentindo muito bem devido à problemas familiares, envolvendo brigas e discussões.

No momento da entrevista, era visível sua agitação e desânimo. A usuária desabafou afirmando que sentia-se bem quando ia ao CAPS, já que sua estadia lá a fazia esquecer de seus problemas. Relatou ainda que sentia dor de cabeça e tontura às vezes. Como combinado, a usuária levou sua sacola de medicamentos e pudemos observar se estes condiziam com os prescritos pelo médico, além de avaliar seus aspectos físicos. A usuária guarda seus medicamentos dentro de um estojo, que coloca em sua mochila. Afirmou, ainda, que mesmo sem deixar os medicamentos dentro de sua embalagem original, consegue identificá-los pelos seus blisters.

Com a observação de seu estojo, percebemos que a usuária possuía 5 medicamentos, sendo que um deles, a Oxcarbamazepina (300 mg), não está prescrita para o seu tratamento. Assim que vimos este medicamento, questionamos à usuária sobre onde ela o conseguiu, e esta afirmou que todos os medicamentos que ela usa, os obtêm no CAPS, não usando nenhum outro medicamento que não seja proveniente deste estabelecimento. A usuária relatou que dos 5 medicamentos que possui, 3 ela ingere juntos. A pressão foi aferida e determinada em 110 por 70 mmHg e a glicemia casual 104 mg/mL.

**PRMs/RNMs identificados:** insegurança não quantitativa, devido a observação de algumas reações adversas ao medicamento; necessidade quantitativa, a usuária sofre um problema de saúde associado ao fato de receber um medicamento que não necessita; Inefetividade quantitativa, relacionada à possibilidade de interações medicamentosas.

#### 4.1.2.3. Terceira consulta farmacêutica

A terceira consulta farmacêutica com a usuária M.R.F foi realizada no dia 26 de abril de 2013 às 9 horas da manhã no CAPS II Leste. Nesta entrevista a paciente relatou novamente que sentia dor de cabeça às vezes, então perguntamos o que ela tomava quando



sentia esse incômodo. A usuária falou que até mesmo quando sente dor de cabeça, o que ela toma são medicamentos dados no CAPS, e no caso, para este incômodo, ela toma dipirona que disse ter recebido lá. Conversamos com a paciente, para que procurasse um médico a respeito desse incômodo da dor de cabeça, já que este poderia advir de vários fatores, inclusive dos medicamentos utilizados para o transtorno mental.

Apesar de não constar no prontuário da usuária a informação de que esta possui diabetes e hipertensão arterial, em sua avaliação nutricional consta esta informação. Então, questionamos à usuária se a mesma tomava algum medicamento para diabetes e para hipertensão arterial, e esta falou que não tinha conhecimento de possuir esta condição de diabética e hipertensa. Desta forma solicitamos que a paciente conversasse com o médico para saber de seu estado de saúde, além da solicitação de exames. A pressão foi aferida e determinada em 120 por 70mmHg e a glicemia casual 123 mg/mL.

**PRMs/RNMs identificados:** insegurança não quantitativa, devido a observação de algumas reações adversas ao medicamento.

#### **4.1.2.4. Quarta consulta farmacêutica**

A quarta consulta farmacêutica com a usuária M.R.F foi realizada no dia 3 de maio de 2013 às 9 horas da manhã no CAPS II Leste. A usuária relatou que na noite passada não teve um sono tranquilo, sentindo-se cansada e fraca nesta manhã. Reforçamos verbalmente sobre a importância de seguir corretamente o tratamento prescrito, utilizando corretamente os medicamentos, além de adotar uma vida saudável, livre de vícios, com uma alimentação saudável e praticando atividades físicas.

A aluna responsável pelas entrevistas mostrou à paciente um boletim informativo abordando sobre o que é e o como se controla a hipertensão arterial – “Controlando a hipertensão arterial” (**ILUSTRAÇÃO 15**)- e sobre o que é e como se controla a diabetes (**ILUSTRAÇÃO 16**) – “Controlando a diabetes”, mostrando a importância de se manter a pressão arterial e a glicemia dentro dos parâmetros, além de estimular um vida mais saudável, sem vícios, praticando atividades físicas e alimentando-se bem. A pressão foi aferida e determinada em 120 por 70mmHg e a glicemia casual 125 mg/mL.

**ILUSTRAÇÃO 15:** Boletim informático: “Controlando a Hipertensão Arterial” destinado à usuária M.R.F.



Universidade Federal do Piauí  
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia  
“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de usuários”  
- CAPS II Leste -



Responsável: Leticia Ximenes Furtado Marques / Orientador: Prof. Dr. Rivellison Mendes de Freitas

## Controlando a Hipertensão arterial

VOCÊ **?** SABIA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL** é uma doença que ataca os vasos sanguíneos, coração, cérebro, olhos e pode causar paralisção dos rins.







### O QUE VOCÊ PODE SENTIR?



**Dor de cabeça**



**Dor no peito**



**Tontura**



**Fraqueza**



**Visão embaçada**

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 160	< 90

## DICAS








**NÃO DEIXE DE PROCURAR O MÉDICO OU FARMACÊUTICO PARA ESCLARECER QUALQUER DÚVIDA! CUIDE-SE!**

**NOME:** M.R.F.

**DADOS DO PACIENTE:**  
**SEXO:** FEMININO

**IDADE:** 55 anos

**ILUSTRAÇÃO 16:** Boletim informativo “Controlando a Diabetes” destinado à usuária M.R.F.



Universidade Federal do Piauí  
Centro de Ciências da Saúde / Curso de Farmácia  
“Atenção Farmacêutica a grupos específicos de usuários”  
- CAPS II Leste -



Responsável: Leticia Ximenes Furtado Marques/ Orientador: Prof. Dr. Rivelilson Mendes de Freitas

## Controlando a Diabetes

**VOCE ?  
SABIA**

A **DIABETES** caracteriza-se pela elevação dos níveis de glicose no sangue.



**PODE AFETAR:**  
RINS, OLHOS E CORAÇÃO.





Glicose no sangue  
Glicose sanguínea em excesso

# DIABETES

PRINCIPAIS SINTOMAS

adaptado por: www.diabetes.org.br

DICAS

Alimentação saudável, Exercícios físicos com orientação médica, Perda de peso.





**NÃO DEIXE DE PROCURAR O MÉDICO OU FARMACÊUTICO PARA ESCLARECER QUALQUER DÚVIDA! CUIDE-SE!**

**NOME:** M.R.F

**DADOS DO PACIENTE:**  
SEXO: FEMININO

**IDADE:** 55 anos

#### **4.1.2.5) Quinta consulta farmacêutica**

A quinta consulta farmacêutica com a usuária M.R.F foi realizada no dia 7 de maio de 2013 às 9:30 horas da manhã no CAPS II Leste. Nesta entrevista a usuária relatou que os problemas enfrentados em sua casa estavam lhe deixando muito triste. Desta forma, seria necessário que a assistente social do CAPS II – Leste fosse até a casa da usuária a fim de amenizar os problemas. A expectativa da usuária é que após a conversa da assistente social com sua família, as brigas e discussões constantes em sua residência diminuam e que ela consiga uma boa convivência em casa.

A usuária relatou que pretende procurar o médico para a realização de um check-up completo e para descobrir o que vem lhe causando estas dores de cabeça que aparecem de vez em quando. A pressão foi aferida e determinada em 110 por 70mmHg e a glicemia casual ou pós prandial 114 mg/mL.

#### **4.1.2.6) Sexta consulta farmacêutica**

A sexta consulta farmacêutica com a usuária M.R.F foi realizada no dia 16 de maio de 2013 às 9 horas da manhã no CAPS II Leste. Nesta manhã a usuária estava com uma boa aparência, se sentia bem, relatou que estava seguindo o tratamento corretamente, tomando os medicamentos no horário e dose corretas. Relatou ainda que estava dormindo bem e que hoje estava se sentindo disposta.

A fim de ajudar a usuária a continuar tomando os medicamentos no horário e dose corretas, elaboramos um cartão a ser preenchido com os horários e quantidade a ser tomada por dia (**ILUSTRAÇÃO 17**). A pressão foi aferida e determinada em 120 por 80 mmHg e a glicemia casual 133 mg/mL.

**ILUSTRAÇÃO 17:** Cartão para preenchimento das doses e horários dos medicamentos, destinado à usuária M.R.F.



Universidade Federal do Piauí  
centro de ciências da Saúde/ Curso de Farmácia



**"Atenção Farmacêutica a grupos específicos de usuários" - CAPES II Leste**  
Responsável: Leticia Ximenes Furtado Marques / Orientador: Rivelilson Mendes de Freitas

---

Usuário: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

PERÍODO	HORÁRIO	MEDICAMENTO	QUANTIDADE
 <b>MANHÃ</b>			
 <b>TARDE</b>			
 <b>NOITE</b>			

**EM CASO DE DÚVIDA PROCURE UM MÉDICO OU UM FARMACÊUTICO!**

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4.1.2.7. Sétima consulta farmacêutica

A sétima consulta farmacêutica com a usuária M.R.F foi realizada no dia 4 de julho de 2013 às 8 horas da manhã no CAPS II Leste. Neste dia a paciente apresentou-se bem, disse não ter tido problemas em dormir, mas relatou que na noite anterior teve um pouco de tontura ao tomar os medicamentos. A usuária apresentou-nos os resultados do exame laboratorial que fez na semana passada, e podemos observar que suas taxas estão todas normais. (**ILUSTRAÇÃO 3**). A nutricionista do CAPS foi consultada na semana anterior, sobre a situação de saúde de M.R.F, e gentilmente nos deu dicas de como elaborar um cardápio adequado para a usuária. Então mostramos à usuária um cardápio elaborado de acordo com seu poder aquisitivo e necessidades nutricionais, mantendo o cuidado de incluir alimentos saudáveis e de fácil aquisição. (**ILUSTRAÇÃO 18**). A pressão foi aferida e determinada em 120 por 70mmHg e a glicemia casual 97 mg/mL.

**PRMs/RNMs identificados:** insegurança não quantitativa, devido a observação de algumas reações adversas ao medicamento.

**ILUSTRAÇÃO 18:** Cardápio para café-da-manhã, almoço, lanche e jantar destinado à usuária M.R.F.


 Universidade Federal do Piauí / Centro de Ciências da Saúde / Curso :Farmácia  
 "Atenção Farmacêutica a grupos específicos de pacientes – CAPS II LESTE"  
 Responsável: Leticia Ximenes Furtado Marques (Acadêmica de Farmácia)  
 Orientador: Prof. Dr. Rivellan Mendes de Freitas (Farmacêutico)
 

### CARDÁPIO

 <p style="text-align: center;"><b>Café-da-manhã</b></p> 	 <p style="text-align: center;"><b>Almoço</b></p> 
 <p style="text-align: center;"><b>Lanche</b></p> 	 <p style="text-align: center;"><b>Jantar</b></p> 

DADOS DO PACIENTE:

NOME: M.R.F.      SEXO: FEMININO      IDADE: 32 anos

#### **4.1.2.8. Oitava consulta farmacêutica**

A oitava consulta farmacêutica com a usuária M.R.F foi realizada no dia 16 de julho de 2013 às 9 horas da manhã no CAPS II Leste. A usuária relatou que não tem mais bebido e nem mesmo fumado como antigamente, já que aprendeu que esses vícios só prejudicam seu tratamento. Ainda tem enfrentado os mesmos problemas familiares, mas acredita que serão solucionados em breve. Tem dormido tranquilamente durante essa semana e relata ainda que tem tomado os medicamentos de forma correta. A pressão foi aferida e determinada em 110 por 70mmHg e a glicemia casual 105 mg/mL.

#### **4.1.2.9. Nona consulta farmacêutica**

A nona consulta farmacêutica com a usuária M.R.F foi realizada no dia 8 de agosto de 2013 às 9 horas da manhã no CAPS II Leste. Já que estamos no fim do acompanhamento, pensamos em entregar o cartão de monitoramento (**ILUSTRAÇÃO 19**) para que a usuária dispôsse de um meio que a permitisse ter o controle de seus parâmetros fisiológicos e bioquímicos mesmo após os fins das entrevistas. Relatou ter seguido seu tratamento adequadamente durante a semana, além de seguir as orientações sobre alimentação saudável e minimização de seus vícios. A pressão foi aferida e determinada em 120 por 70mmHg e a glicemia casual 112 mg/mL.





#### 4.1.2.10. Décima consulta farmacêutica

A décima e última consulta farmacêutica com a usuária M.R.F foi realizada no dia 13 de agosto de 2013 às 8:30 horas da manhã no CAPS II Leste. A usuária M.R.F relatou que nestes últimos dias passou por uma crise de nervosismo devido à morte de um conhecido de seu bairro. Relatou que quando passou por essa situação tomou um comprimido de clonazepam 2 mg para que pudesse dormir bem. A usuária encontrava-se um pouco preocupada devido à decisão da direção do CAPS de mudar os horários de todos os usuários, e alguns usuários que freqüentam o CAPS todos os dias deveriam ir somente em alguns dias da semana. Como a usuária tem esse estabelecimento como um refúgio para seus problemas em casa, pediu à diretora para que ela reavaliasse o seu caso e permitisse sua ida ao CAPS todos os dias, até que o problema em sua casa se resolvesse.

A assistente social do CAPS irá novamente à casa da usuária a fim de resolver os problemas que tanto tem lhe incomodado e prejudicado seu tratamento, já que a usuária tem se esforçado em seguir à risca seu tratamento, tomando os medicamentos na hora e dose correta, evitando beber e fumar, por ter se conscientizado do quão prejudicial são à sua saúde. No entanto estes problemas acabam lhe abalando completamente e deixando-a nervosa. Foi sugerido à usuária que caso ela não conseguisse permanecer todos os dias no CAPS, que procurasse alguma atividade que ocupasse seu tempo e evitasse ficar pensando em seus problemas em casa.

A usuária relatou estar satisfeita com o acompanhamento farmacoterapêutico, dizendo que sempre via alguns estudantes acompanhando outros usuários, mas que nunca foi acompanhada, assim, e se sentiu importante. Falou que continuaria a seguir as dicas passadas a ela seguindo, desta forma, satisfatoriamente com seu tratamento. A usuária recebeu um jogo onde aprendia algumas medidas corretas durante o uso dos seus medicamentos (**ILUSTRAÇÃO 20**) A pressão foi aferida e determinada em 120 por 80 mmHg e a glicemia casual 127 mg/mL.

ILUSTRAÇÃO 20: Jogo educativo destinado à usuária M.R.F.



**ATENFAR**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

**"ATENÇÃO FARMACÊUTICA A GRUPOS ESPECÍFICOS DE USUÁRIOS – CAPS II LESTE"**

RESPONSÁVEIS:

Leticia Ximenes Furtado Marques<sup>1</sup>; Rivelilson Mendes de Freitas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discente do Curso de Graduação em Farmácia da UFPI.

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



**ATENFAR**

## QUAL FIGURA É INDICADA PARA COMPLETAR A SITUAÇÃO AO LADO?

 <p style="text-align: right;">( )</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>1</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>2</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>3</p> </div> </div>
 <p style="text-align: right;">( )</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>1</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>2</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>3</p> </div> </div>
 <p style="text-align: right;">( )</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>1</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>2</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>3</p> </div> </div>
 <p style="text-align: right;">( )</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>1</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>2</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>3</p> </div> </div>

## **4.2.PATOLOGIAS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS USUÁRIOS DO CAPS II – LESTE**

Segundo Assis (2010) desde que as pessoas se reconhecem enquanto pessoas, existe a percepção de comportamento normal, padrão e comportamento desviante. Em diferentes momentos da história, esses comportamentos desviantes receberam vários nomes e classificações. A Organização Mundial da Saúde organizou a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, atualmente em sua décima revisão, conhecido por sua sigla CID-10. Os atuais manuais classificam os transtornos, não as pessoas. Por isso é evitado utilizar expressões como “o esquizofrênico” ou “o alcoólatra” e utilizam-se termos como “a pessoa com esquizofrenia” ou “o paciente que sofre de alcoolismo”. É aceito o uso da expressão “transtornos” ou “distúrbios mentais” para se referir aos problemas psicopatológicos. Eles são diagnosticados pela presença de sintomas, que são manifestações únicas e desviantes do comportamento dito normal. Um grupo de sintomas pode ser classificado como uma síndrome. Uma determinada síndrome psicológica classificada, então, pode receber o nome de transtorno mental.

O usuário A.A.O durante o acompanhamento farmacoterapêutico relatou ter conhecimento sobre seu transtorno mental, afirmando que possuía esquizofrenia. No entanto, em seu prontuário nada constava a respeito de sua hipótese diagnóstica nem abordava sobre demais doenças. Comumente, o usuário relatava que se sentia perseguido por um carro preto, tinha episódios de mudança de humor e reclamava de problemas de relacionamento com outro usuário.

A esquizofrenia ou também denominados transtornos esquizofrênicos constituem um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas patognomônicos, mas caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo na capacidade intelectual (embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos). Seu curso é variável, aproximadamente 30% dos casos apresentando recuperação completa ou quase completa, com cerca de 30% com remissão incompleta e prejuízo parcial de funcionamento e 30% com deterioração importante e persistente da capacidade de funcionamento profissional, social e afetivo. Embora não se identifique nenhum sintoma patognomônico, existe uma hierarquia de sintomas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Para fins do diagnóstico de esquizofrenia exige-se a presença de pelo menos uma das síndromes, sintomas ou sinais de um grupo de maior hierarquia, ou pelo menos dois dos sinais e sintomas de um grupo de menor hierarquia. Estes sintomas devem estar presentes pela maior parte do tempo durante um episódio de doença psicótica que dure pelo menos um mês (ou por algum tempo durante a maioria dos dias), juntamente com a exclusão de diagnósticos de transtornos de humor, transtornos atribuíveis a doença cerebral orgânica, intoxicação, dependência ou abstinência relacionada a álcool ou outras drogas. É de importância especial para a confirmação do diagnóstico de esquizofrenia a ocorrência de uma perturbação das funções que dão à pessoa normal um senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A seguir, é exibida uma tabela descrevendo os principais fatores de risco do provável transtorno apresentado pelo usuário A.A.O. (**Tabela 1**)

**Tabela 1:** Principais fatores de risco da possível patologia apresentada pelo usuário A.A.O. do CAPS II – Leste

<b>Patologias Identificadas</b>	<b>Fatores de risco associados</b>
<b>Esquizofrenia</b>	Associação genética, complicações obstétricas, uso de drogas, desenvolvimento pré-natal, primeiro ambiente, neurobiologia e processos psicológicos e sociais

A usuária M.R.F. possui em seu prontuário a hipótese diagnóstica de retardo mental leve. Atualmente, o conceito mais aceito sobre deficiência intelectual é o formulado pela Associação Americana de Retardo Mental (AAMR, 2002), que foi adotado pelos documentos oficiais brasileiros relacionados à educação, e que diz que o termo deficiência intelectual se refere a: limitações substanciais no funcionamento atual do indivíduo, caracterizado por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existindo concomitantemente com relativa limitação associada a duas ou mais áreas de conduta adaptativa indicadas a seguir: comunicação, cuidados pessoais, vida no lar, habilidades sociais, desempenho na comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, habilidades acadêmicas funcionais, lazer e trabalho.

A dificuldade de diagnosticar a deficiência mental tem levado a uma série de revisões do seu conceito. A medida do coeficiente de inteligência (QI), por exemplo, foi utilizada durante muitos anos como parâmetro de definição dos casos. O próprio CID 10 (Código Internacional de Doenças, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde), ao especificar o Retardo Mental (F70-79), propõe uma definição ainda baseada no coeficiente de inteligência, classificando-o entre leve, moderado e profundo, conforme o comprometimento. Também inclui vários outros sintomas de manifestações dessa deficiência, como a dificuldade do aprendizado e comprometimento do comportamento, o que coincide com outros diagnósticos de áreas diferentes (AAMR, 2002).

Outro acometimento descrito em prontuário diz respeito à transtornos de ansiedade. A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo. (ALLEN; LEONARD; SWEEDO, 1995).

Essas reações exageradas ao estímulo ansiogênico se desenvolvem, mais comumente, em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada (HIRSHFELD et al, 1999). A maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não. Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que esses sintomas são primários, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas (depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, transtorno hipercinético, etc.) (CASTILLO e colaboradores, 2000)

De acordo com a avaliação nutricional da usuária, esta contém DM e HAS. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos

específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados. A hipertensão arterial pode acarretar o aparecimento de outras doenças, como infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença cardíaca coronariana (que afeta os vasos do músculo do coração), acidente vascular cerebral (derrame) e insuficiência renal. Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em pessoas que não estão usando medicações para controle da pressão arterial (ANVISA, 2010) A Tabela 2 contém os principais fatores de risco associados às patologias apresentadas pela usuária M.R.F.

**Tabela 2:** Principais fatores de risco associados às patologias identificadas no prontuário da usuária M.R.F. do CAPS- LESTE II, durante a prática de Atenção Farmacêutica.

<b>Patologias</b>	<b>Fatores de risco associados</b>
<b>Retardo mental</b>	Pré-natais (doenças infecciosas na mãe, fatores tóxicos na mãe, fatores genéticos) e Pós-natais (desnutrição, infecções, intoxicações exógenas, acidentes )
<b>Transtorno de ansiedade</b>	Fatores hereditários e ambientais diversos
<b>Diabetes</b>	Idade, Sobrepeso, Obesidade central, Antecedente familiar, Hipertensão arterial, Colesterol HDL <math>\leq 35\text{ mg/dL}</math> e/ou triglicerídeos <math>\geq 150\text{ mg/dL}</math>, História de macrossomia ou diabetes gestacional, Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos, Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida
<b>Hipertensão</b>	Idade, sexo, raça, hereditariedade, sobrepeso e obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sal e gorduras

### 4.3. MEDICAMENTOS UTILIZADOS

As Tabelas 3 e 4, fornecem a classificação dos fármacos utilizados pelos usuários A.A.O e M.R.F, respectivamente, durante nosso acompanhamento farmacoterapêutico, descrevendo-os até o terceiro nível do sistema de classificação ATC e seus respectivos códigos ATC. A classificação ATC se baseia na atribuição de códigos aos medicamentos, de acordo com a sua indicação de uso. São apresentados cinco níveis, onde: o primeiro nível é o “anatômico”, referindo-se ao sistema em que o medicamento irá atuar; o segundo nível corresponde ao subnível “terapêutico”, que relaciona-se à farmacoterapia, ou seja, à indicação de uso do fármaco; o terceiro nível é o subnível “farmacológico”; o quarto nível



é o “químico” e por último, o quinto nível é o código referente ao medicamento. (WHO, 2000).

**Tabela 3:** Classificação dos fármacos utilizados pelo usuário A.A.O., segundo o AnatomicalTherapeuticalChemicalClassification System – ATC, níveis 1, 2 e 3.

<b>Grupo de medicamentos ATC1</b>	<b>Grupo de medicamentos ATC2</b>	<b>Grupo de medicamentos ATC3</b>	<b>Código ATC</b>	<b>Nº</b>
<b>Sistema Nervoso – N</b>	Antiepiléticos	Antiepiléticos	N03A	1
	Psicolépticos	Antipsicóticos	N05A	2
<b>Sistema Respiratório – R</b>	Antitússicos e Expectorantes	Antitússicos	R05D	1
<b>TOTAL</b>	-	-	-	4

**Tabela 4:** Classificação dos fármacos utilizados pela usuária M.R.F., segundo o AnatomicalTherapeuticalChemicalClassification System – ATC, níveis 1, 2 e 3.

<b>Grupo de medicamentos ATC1</b>	<b>Grupo de medicamentos ATC2</b>	<b>Grupo de medicamentos ATC3</b>	<b>Código ATC</b>	<b>Nº</b>
<b>Sistema Nervoso – N</b>	Antiepiléticos	Antiepiléticos	N03A	2
	Psicolépticos	Antipsicóticos	N05A	1
	Antiparkinsonianos	Anticolinérgicos	N04A	1
<b>TOTAL</b>	-	-	-	4

Com base na análise do prontuário do usuário A.A.O do CAPS-LESTE, foi verificado que os medicamentos utilizados pelo mesmo são pertencentes aos grupos dos antiepiléticos e antipsicóticos típicos. De acordo com o prontuário, não foi possível avaliar qual a hipótese diagnóstica do usuário, porém, levando em conta os sinais e história

clínica descritos, as indicações terapêuticas estavam corretas conforme a literatura consultada (**Tabela 5**). Drogas antipsicóticas têm sido muito utilizadas para o tratamento de sintomas psicóticos e agitação em pacientes com uma variedade de distúrbios cerebrais, como a esquizofrenia, doença bipolar e Alzheimer (BALDESSARINI, 2000; BASCUNANA et al, 2000; DANIEL, 2000). As diferentes ações terapêuticas e efeitos colaterais de antipsicóticos típicos e atípicos têm sido explicados baseados nas ações de seus receptores específicos (MELTZER et al, 1989; MOORE e colaboradores, 1993; RICHELSON; SOUDER 2000).

**Tabela5:** Descrição farmacológica dos psicotrópicos e avaliação da indicação (AI) pela usuária A.O.B. do CAPS II-LESTE

Medicamentos	Classes		AI
	Farmacológicas	Indicação Terapêutica	
<b>Carbamazepina</b>	Anticonvulsivante	Tratamento de crises tônico-clônicas generalizadas e parciais simples e complexas. Tratamento dos transtornos afetivos bipolares.	Correta
<b>Clorpromazina</b>	Antipsicótico típico (fenotiazinas)	Tratamento da psicose ou mania. Náuseas e vômitos, alucinações alcoólicas. Distúrbios do movimento Prurido e Soluços incontroláveis.	Correta
<b>Levomepromazina</b>	Antipsicótico típico (fenotiazinas)	Tratamento da psicose ou mania. Náuseas e vômitos, alucinações alcoólicas. Distúrbios do movimento Prurido e Soluços incontroláveis.	Correta

O desenvolvimento de antipsicóticos, também conhecidos como antiesquizofrênicos, neurolépticos ou ainda tranquilizantes maiores, representaram um dos mais importantes avanços na história da psicofarmacologia e psiquiatria. Os dois grupos mais utilizados no tratamento da esquizofrenia são os antipsicóticos típicos e antipsicóticos atípicos, nos quais estes agem por mecanismos diferentes, atuando conseqüentemente em locais distintos, gerando resposta terapêutica e efeitos colaterais divergentes (CORDIOLI, 2000). Embora os antipsicóticos típicos ocasionem mais efeitos colaterais, continuam sendo os mais utilizados nas clínicas e nos hospitais psiquiátricos pelo fato de ser de fácil acesso e ter um baixo preço (ROY-BYRNE; UPADHYAYA, 2006). Assim, no tratamento do usuário A.A.O, foram escolhidos dois fármacos do grupo dos antipsicóticos típicos para o tratamento de seus transtornos mentais.

Quando há sintomas persistentes e clinicamente significativos de ansiedade, depressão e hostilidade, apesar da redução adequada dos sintomas positivos com o tratamento antipsicótico, deve-se iniciar um processo terapêutico com drogas adjuvantes. É utilizado um benzodiazepínico ou propranolol para sintomas de ansiedade, antidepressivos para depressão e se houver sintomas maníacos ou de hostilidade, será usado o lítio, carbamazepina ou benzodiazepínicos. O tratamento de sintomas como agitação, acatisia, insônia ou depressão, deve ser limitado no tempo e conveniência de prosseguir o seu uso deve ser reavaliada periodicamente. Desta forma, o tratamento do usuário consistiu basicamente no uso de antipsicóticos associados à carbamazepina, que agiu como um estabilizador de humor (GRANADOS et al, 2005).

Já a Tabela 6 apresenta o estudo das prescrições dos psicofármacos administrados pelo usuário durante o acompanhamento farmacoterapêutico realizado no CAPS II Leste, avaliando a adequação ou não da farmacoterapia comparando as doses terapêuticas ou doses máximas diárias com as posologias prescritas. Neste caso, foi observado que as posologias de todos os psicofármacos se adequavam à dose terapêutica descrita em literatura.

**Tabela 6:** Estudo da farmacoterapia dos psicotr3picos utilizados pelo usu3rio A.A.O. durante o acompanhamento farmacoterap3utico realizado no Centro de Aten33o Psicossocial II - Leste

<b>Medicamentos</b>	<b>Dose Terap3utica (adultos)</b>	<b>Dose e Posologia Prescritas</b>	<b>Adequa33o ao tratamento</b>
<b>Carbamazepina</b>	400 a 600 mg/dia.	200 mg 2x dia	Sim
<b>Clorpromazina</b>	25 a 1600 mg ao dia	100 mg 1x dia	Sim
<b>Levomepromazina</b>	50 a 200 mg ao dia	100 mg 1x dia	Sim

Com rela33o 3 usu3ria M.R.F., os medicamentos prescritos para o seu tratamento pertencem 3 classe dos antiepil3pticos, antipsic3ticos e anticolin3rgicos (Tabela4) Em um estudo realizado no Paran3 com alunos que apresentavam d3ficit cognitivo, como retardo mental, foi verificado que a carbamazepina foi o segundo anticonvulsivante mais utilizado, sendo indicada para controlar d3st3rbios comportamentais, al3m de crises epil3pticas (BERNARDI et al, 2005)

O uso do haloperidol 3 justific3vel no tratamento desta usu3ria j3 que, segundo Cordioli(2011) os antipsic3ticos s3o indicados na esquizofrenia (epis3dios agudos, tratamento de manuten33o, preven33o de reca3das), nos transtornos delirantes, em epis3dios agudos de mania com sintomas psic3ticos ou agita33o, no transtorno bipolar do humor, na depress3o psic3tica em associa33o com antidepressivos, em epis3dios psic3ticos breves, em psicoses induzidas por drogas, psicoses cerebrais org3nicas, controle da agita33o e da agressividade em pacientes com retardo mental ou dem3ncia, transtorno de Tourette (haloperidol, pimozida, risperidona). Quando ocorrem rea33es extrapiramidais associa-se drogas anticolin3rgicas. Ainda n3o h3 consenso sobre o uso concomitante e inicial de medicamentos anticolin3rgicos para tratar efeitos colaterais extrapiramidais, provocados especialmente pelos antipsic3ticos de alta pot3ncia (PADUA et al, 2005).

Dessa forma, pode ser associado no tratamento o uso de haloperidol ao uso de biperideno para combater seus efeitos colaterais.

Os diferentes transtornos de ansiedade são caracterizados pela presença de sintomas de ansiedade crônicos clinicamente significativos e constituem o grupo mais prevalente dentre os transtornos psiquiátricos (BALLENGER, 2000). Diversos ensaios clínicos randomizados, duplo-cego, placebo controlados e estudos de meta-análises comprovam a eficácia de antidepressivos no TAS, no TP e no TAG. Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) são considerados os tratamentos de primeira escolha para os três transtornos em algoritmos e *guidelines* clínicos. Inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina, benzodiazepínicos de alta potência e alguns agentes anticonvulsivantes também têm demonstrado eficácia.(MENEZES et al, 2007). A utilização do clonazepam também pode ser justificada por ser um sedativo da classe dos benzodiazepínicos que pode diminuir a incidência de efeitos colaterais causados por altas doses de antipsicóticos, bem como podem ser eficazes quando utilizados por curtos períodos durante o início do tratamento em pacientes agitados que necessitam de sedação (PÁDUA et al., 2005; BRUNTON et al., 2006).

Com isso, pode ser visto na Tabela7, que todos os medicamentos descritos no prontuário para o tratamento dos transtornos mentais da usuária M.R.F. estão condizentes com a literatura, sendo avaliados como adequados à terapêutica.

**Tabela7:** Descrição farmacológica dos psicotrópicos e avaliação da indicação (AI) dos medicamentos utilizados pela usuária M.R.F..do CAPS II-LESTE

Medicamentos	Classes		AI
	Farmacológicas	Indicação Terapêutica	
<b>Biperideno</b>	Antiparkinsoniano	Usados quando os anticolinérgicos estiverem indicados para tratar o parkinsonismo e os efeitos extrapiramidais dos antipsicóticos	Correta
<b>Carbamazepina</b>	Antiepilético	Crises tônico-clônicas generalizadas e parciais simples e complexas. Transtornos afetivos bipolares.	Correta
<b>Clonazepam</b>	Antiepilético	Anticonvulsivante, alguma sedação, relaxamento muscular e efeito tranqüilizante.	Correta
<b>Haloperidol</b>	Antipsicótico	Distúrbios psicóticos agudos e crônicos. Mania e Psicose induzida por fármacos Alcoolismo, tiques, Estados agressivos.	Correta

Conforme pode ser visto na Tabela 8, a dose/posologia dos fármacos prescritos ao tratamento da usuária M.R.F., estavam de acordo com as informações obtidas na literatura consultada.

**Tabela 8:** Estudo da farmacoterapia dos psicotrópicos utilizados pela usuária M.R.F. durante o acompanhamento farmacoterapêutico realizado no Centro de Atenção Psicossocial II - Leste

<b>Medicamentos</b>	<b>Dose Terapêutica (Doses orais diárias para adultos)</b>	<b>Dose e Posologia Prescritas</b>	<b>Adequação ao tratamento</b>
<b>Biperideno</b>	2 mg a 6mg. Dose máxima 8 mg/dia	2 mg - 1x ao dia	Sim
<b>Carbamazepina</b>	400 a 600 mg/dia. Dose máxima de 1600 mg/dia	200 mg - 3x ao dia	Sim
<b>Clonazepam</b>	0,25 mg a 4,0 mg ao dia (dividida em 3 x ao dia)	2 mg - 1x ao dia	Sim
<b>Haloperidol</b>	2 a 20 mg/dia. Dose máxima 100mg/dia	1 mg - 1x ao dia	Sim

#### 4.4) INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Interação medicamentosa é o resultado de uma interferência no efeito de um medicamento por outro medicamento, alimentos, bebidas ou ainda por alguns agentes químicos ambientais (OGAet al., 2002; MIYASAKA; ATALLAH, 2003). O resultado dessas reações pode ser prejudicial se a interação provoca aumento na toxicidade do fármaco afetado (ALMEIDAet al., 1999). A presença de um grande número de medicamentos disponíveis no mercado para o tratamento das diversas patologias tem contribuído para a ampliação dos riscos de interações medicamentosas entre as pessoas que ingerem mais de um tipo de medicamento (OGAet al, 2002).

O conhecimento das interações medicamentosas tem aumentado significativamente, graças ao maior conhecimento da biotransformação que os diversos medicamentos sofrem no organismo. O aumento do número e das indicações dos psicofármacos, com sua utilização cada vez maior em associações, levam à necessidade da sistematização do estudo das interações medicamentosas. Os efeitos de diversos medicamentos, quando administrados concomitantemente, podem não ser os mesmos efeitos previsíveis quando empregados isoladamente (SOARES,2006)

Com relação ao usuário A.A.O., não foi observado nenhuma interação medicamento-medimento, medicamento-alimento ou medicamento-álcool entre os

fármacos prescritos para o seu tratamento ao realizar a busca por interações na base de dados Micromedex. Diante disso continuamos a orientar o usuário para que permanecesse seguindo o seu tratamento adequadamente, lembrando sempre de tomar seus medicamentos na dose e horários corretos para que o tratamento transcorresse satisfatoriamente.

No entanto, a busca por interações medicamentosas utilizando o tratamento da usuária M.R.F. como base demonstrou tanto interações medicamento-medimento, quanto de medicamento-alimento e medicamento-álcool. Conforme DrugdexEvaluation (*MicromedexRHealthcare Series*), a carbamazepina foi o principal medicamento responsável pela interação medicamento-medimento observado neste caso (**Tabela 9**), já que seu mecanismo indutor da CYP3A4 é responsável pela diminuição das concentrações plasmáticas tanto do clonazepam quanto do haloperidol, prejudicando a contribuição dos seus efeitos farmacológicos para o tratamento da usuária.

**Tabela9:** Perfil das interações medicamento-medimento entre os fármacos utilizados pela usuária M. R. F. do CAPS-LESTE II

<b>Farmáco1</b>	<b>Farmáco2</b>	<b>Mecanismo de interação</b>	<b>Consequência</b>
<b>Carbamazepina</b>	Clonazepam	Indução da CYP3A4 pela carbamazepina	Aumenta a depuração de clonazepam, diminuindo as concentrações plasmáticas do clonazepam
<b>Carbamazepina</b>	Haloperidol	Indução da CYP3A4 pela carbamazepina	Diminuição das concentrações de haloperidol



Durante o acompanhamento farmacoterapêutico, nos foi revelado pela usuária a respeito de seu consumo de álcool e cigarros, o que no caso do seu tratamento se torna bem preocupante, já que há interações entre estas drogas e os medicamentos prescritos. Segundo DrugdexEvaluation (*MicromedexRHealthcare Series*), o medicamento clonazepam acaba interagindo com o álcool, gerando aumento da sedação. Já o haloperidol tem o seu metabolismo aumentado devido à substâncias liberadas pelo cigarro, diminuindo assim o seu efeito farmacológico (**Tabela 10**).

**Tabela 10:** Perfil das interações medicamentosas fármaco-álcool/tabaco baseado no estudo da farmacoterapia da usuária M. R. F. do CAPS II-LESTE

<b>Fármaco</b>	<b>Álcool/Tabaco</b>	<b>Consequência</b>	<b>Recomendação</b>
<b>Clonazepam</b>	Álcool	Uso concomitante pode gerar aumento da sedação	Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas
<b>Haloperidol</b>	Tabaco	O cigarro libera hidrocarbonetos aromáticos policíclicos que induzem o metabolismo de substratos da CYP1A2, diminuindo a biodisponibilidade do haloperidol	Suspender o uso de cigarro

#### **4.5. AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS BIOLÓGICOS OBSERVADOS DURANTE O ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO**

Durante o acompanhamento farmacoterapêutico destes dois usuários do CAPS, foram verificados os seguintes parâmetros: Pressão Arterial, Glicemia Capilar, peso, altura e o Índice de Massa Corpórea (IMC). A importância dessa verificação dentro da conjuntura que envolve pessoas com transtornos mentais é notória, já que pacientes com transtornos psicóticos podem ter suas condições agravadas em virtude de causas, como doenças respiratórias e doenças cardiovasculares (NEWMAN; BLAND, 1991).

A glicemia casual é aquela observada a qualquer hora do dia, sem observar o intervalo desde a última alimentação. O valor dessa medida a cima de 200 mg/dL,

acrescido de poliúria, polidipsia e perda ponderal é considerado um dos critérios aceitos para o diagnóstico de Diabetes *mellitus* (SBD, 2009).

As Tabelas 11 e 12 demonstram os valores obtidos a partir da aferição da pressão arterial e da verificação da glicemia dos usuários A.A.O. e M.R.F, respectivamente. Conforme pode ser visto, todos os valores foram encontrados dentro da normalidade, até mesmo contrastando com a informação constante na avaliação nutricional da usuária M.R.F, de que esta possui hipertensão arterial e diabetes mellitus.

**Tabela 11:** Valores da Pressão Arterial (P.A) e Glicemia Casual do usuário A.A.O do CAPS II-LESTE durante o acompanhamento farmacoterapêutico.

<b>Datas</b>	<b>Pressão Arterial (mmHg)</b>	<b>Glicemia (mg/dL)</b>
<b>31/10/2013</b>	130 por 70	109
<b>14/11/12</b>	110 por 70	103
<b>5/12/12</b>	120 por 90	96
<b>14/01/13</b>	130 por 90	124
<b>27/02/13</b>	110 por 70	120
<b>15/03/13</b>	120 por 70	96
<b>19/04/13</b>	120 por 90	98
<b>03/05/13</b>	120 por 80	93
<b>17/05/13</b>	130 por 90	98
<b>29/05/13</b>	130 por 90	96

**Tabela 12:** Valores da Pressão Arterial (P.A) e Glicemia Casual da usuária M.R.F. do CAPS II-LESTE durante o acompanhamento farmacoterapêutico.

<b>Datas</b>	<b>Pressão Arterial (mmHg)</b>	<b>Glicemia (mg/dL)</b>
<b>15/04/13</b>	110 por 70	117
<b>19/04/13</b>	110 por 70	104
<b>26/04/13</b>	120 por 70	123
<b>03/05/13</b>	120 por 70	125
<b>7/05/13</b>	110 por 70	114
<b>16/05/13</b>	120 por 80	133
<b>04/07/13</b>	120 por 70	97
<b>16/07/13</b>	110 por 70	105
<b>08/08/13</b>	120 por 70	112
<b>13/08/13</b>	120 por 80	127

Além da verificação da pressão arterial e da glicemia capilar, também foi realizada pesagem dos usuários, para a monitoração do IMC ( $\text{Kg/m}^2$ ). Assim, a Tabela 13 mostra os valores de IMC de cada um, demonstrando que apenas a usuária M.R.F. encontrava-se com Obesidade de grau I. Sendo assim, viu-se a necessidade de orientar à usuária com relação à prática de exercícios físicos e a manutenção de uma dieta alimentar contendo alimentos saudáveis e acessíveis, auxiliando até mesmo no controle de sua diabetes. A usuária acatou às orientações dadas através do boletim informativo (**ILUSTRAÇÃO 16**) e relatou que iria buscar cuidar melhor de sua saúde. Além disso, foi solicitado à usuária a realização de exames em laboratório, a fim de averiguar mais profundamente seu estado de saúde. A usuária nos apresentou o exame e verificamos que todos os parâmetros encontravam-se normais (**ILUSTRAÇÃO 3**).

**TABELA 13:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre os problemas de saúde identificados nos usuários do CAPS-LESTE II no município de Teresina-PI.

Usuário	Peso (kg)	Altura	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Intervenção	Adesão	Efetividade
A.O.B	61 kg	1,64m	22,76	-	-	-
				Boletim e orientação à usuária: dieta		
M.R.F.	73 kg	1,50m	32,44	alimentar e exercícios físicos	sim	100%

#### 4.6. INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS DURANTE O ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NO CAPS II LESTE

O perfil dos usuários acompanhados em nossa atenção farmacêutica demonstrou ser bem diferente um do outro. À medida que as entrevistas diretas transcorriam, percebemos a necessidade da realização de um acompanhamento diferenciado levando em conta não só a diferença entre os transtornos apresentados por cada um, mas também atentando ao fato de que seus estilos de vida são completamente diferentes bem como suas necessidades terapêuticas.

O primeiro usuário, A.A.O. de 24 anos, não relatava nenhuma dificuldade em seguir seu tratamento farmacoterapêutico, não possuía doenças crônicas associadas e levava um estilo de vida adequado, fazendo uma boa alimentação e longe de vícios. Nosso acompanhamento farmacoterapêutico a este usuário focou em reforçar as atitudes corretas do usuário, fornecendo ao mesmo subsídios para que prosseguisse adequadamente em seu tratamento, utilizando para este fim a confecção dos cartões de monitoramento e cardápios para o café-da-manhã, almoço, jantar e lanche. Ao fim da última entrevista, o usuário pode colocar em prática algumas das orientações fornecidas a ele através de um jogo de perguntas e respostas que testavam seus conhecimentos acerca de seu tratamento de uma forma geral e do papel do farmacêutico durante o acompanhamento.

Com relação à usuária M.R.F., 55 anos, os hábitos do tabagismo e elitismo acabavam atrapalhando os resultados do seu tratamento devido a fatores já descritos, a saber, a interação destes com seus medicamentos. Além disso, em adição a estes fatores, outra complicação ao seu estado de saúde é a presença da Obesidade Grau I (Tabela 14). Em virtude da ocorrência destas complicações, até mesmo da descrição de diabetes mellitus e hipertensão arterial em sua avaliação nutricional, realizamos medidas educativas que buscavam à melhorias do estilo de vida da usuária e a eliminação de certos hábitos que prejudicavam sua condição de saúde. A elaboração de uma dieta alimentar balanceada e adequada foi feita a partir de dicas da nutricionista do CAPS II – Leste (**ILUSTRAÇÃO 18**). Aliando uma dieta adequada com a prática de exercícios físicos, somado à eliminação dos maus hábitos, garantiriam melhoras significativas em seu estado de saúde. Ao receber estas dicas, a usuária sentiu-se motivada a cuidar de sua alimentação e a se envolver mais nas atividades físicas e recreativas propostas no CAPS II – LESTE pelas educadoras físicas. Ainda, foi conscientizada de que o tabagismo e elitismo a prejudicavam, então relatou que iria se esforçar em abandonar estes hábitos.

**TABELA 14:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre os problemas de saúde identificados na usuária M.R.F. do CAPS-LESTE

<b>Problemas de Saúde</b>	<b>Intervenção Farmacêutica</b>	<b>Adesão</b>	<b>Efetividade</b>
<b>Tabagismo/ elitismo</b>	Orientação quanto aos riscos destes hábitos e as interações destes com seus medicamentos	Sim	100%
<b>Obesidade</b>	Orientação quanto à prática de atividades físicas e à dieta alimentar adequada	Sim	100%

Embora as intervenções farmacêuticas juntamente com a de outros profissionais de saúde tenham auxiliado na melhora clínica da usuária M.R.F., seus problemas familiares acabavam prejudicando o andamento do seu tratamento. Visando a resolução deste problema, assistentes sociais foram enviadas à sua residência a fim de amenizar estas dificuldades encontradas. A assistência de vários profissionais de saúde, agindo de forma

integrada, e não fragmentada, possibilita uma ação mais abrangente no combate ao problema de saúde do usuário.

Com relação às RAMs, conforme a OMS (1972) são definidas como qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se manifeste após a administração do medicamento, em doses normalmente utilizadas para a profilaxia, diagnósticos ou tratamento de uma enfermidade. 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).

A respeito da RAM identificada durante o acompanhamento farmacoterapêutico do usuário A.A.O., que consistiu somente em sonolência, o mesmo foi orientado sobre as reações adversas dos medicamentos e a importância em seguir o tratamento medicamentoso adequadamente. (Tabela 15).

**Tabela 15:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre as RAMs

identificadas no usuário A.A.O do CAPS II-LESTE.

<b>Reações Adversas a Medicamentos (RAMs)</b>	<b>Intervenção Farmacêutica</b>	<b>Adesão</b>	<b>Efetividade</b>
<b>Sonolência</b>	Orientação à usuária quanto às reações adversas e interações entre os medicamentos.	Sim	100%

A usuária M.R.F., durante o acompanhamento, relatou nas entrevistas que possuía bastante cefaléia e sonolência quando utilizava os medicamentos prescritos. Então a medida utilizada foi, a partir das RAMs identificadas, orientá-la sobre a possibilidade de associação desses efeitos com o uso dos medicamentos antipsicóticos e antiepilépticos, bem como alertá-la a não interromper o tratamento em virtude do aparecimento destes sintomas. (Tabela 16).

**TABELA 16:** Efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas sobre as RAMs identificadas na usuária M.R.F. do CAPS-LESTE no município de Teresina-PI.

<b>Reações Adversas a Medicamentos (RAMs)</b>	<b>Intervenção Farmacêutica</b>	<b>Adesão</b>	<b>Efetividade</b>
<b>Sonolência</b>	Orientação à usuária quanto às reações adversas e interações entre os medicamentos.	Sim	100%
<b>Cefaléia</b>	Orientação quanto à relevância da adesão ao acompanhamento farmacoterapêutico.	Sim	100%

Em relação aos PRMs surgidos no tratamento dos dois usuários, podemos destacar a ausência do medicamento, no caso do usuário A.AO., a presença de um medicamento não condizente com a terapia medicamentosa prescrita pelo médico e a presença de interações medicamentosas, no caso da usuária M.R.F. , bem como o aparecimento de RAMs, que surgiram nos dois casos. Com base nisto, as intervenções farmacêuticas focaram na orientação quanto à importância da adesão farmacoterapêutica e o papel de cada medicamento no tratamento medicamentoso, aos intervalos entre as administrações dos medicamentos e a elaboração de material educativo a ser entregue ao CAPS a respeito da entrega de um medicamento que não consta na prescrição da usuária. Os usuários demonstraram-se interessados no cumprimento das orientações dadas por meio das intervenções, já o boletim confeccionado ao CAPS foi entregue à diretora do CAPS (**ILUSTRAÇÃO 18**). (Tabela 17). Dessa forma, a efetividade considerada foi 100%.

**Tabela 17:** Principais Problemas Relacionados com Medicamentos identificados, adesão às intervenções realizadas e efetividade

<b>PRMs identificados</b>	<b>Intervenção farmacêutica</b>	<b>Adesão</b>	<b>Efetividade</b>
<b>Ausência do medicamento</b>	Alertar ao paciente sobre a importância do medicamento em seu tratamento	Sim	100%
<b>Medicamento não condizente com a terapia medicamentosa prescrita pelo médico</b>	Elaboração de um material informativo à direção do CAPS	Sim	
<b>Interações medicamentosas</b>	Aumentar os intervalos entre as administrações dos medicamentos.	Sim	
<b>Possíveis reações adversas aos medicamentos prescritos</b>	Orientação ao paciente quanto às reações adversas e importância do seguimento terapêutico	Sim	



**ILUSTRAÇÃO 18:** Boletim informativo descrevendo as diferenças entre carbamazepina e oxcarbazepina



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

**Boletim Informativo**



Grupo de Estudos sobre Uso de Medicamentos

**CARBAMAZEPINA**  
**X**  
**OXCARBAZEPINA**

**CONSULTE O SEU MÉDICO OU FARMACÊUTICO**

**Teresina, Abril/Maio de 2013**

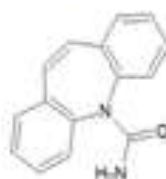
## Relato de Caso

M.R.F, 55 anos, sexo feminino, residente na cidade de Teresina, Piauí. Faz tratamento no CAPS desde outubro de 2008 e recebe carbamazepina 200 mg, que utiliza 3 vezes ao dia, haloperidol 1 mg, biperideno 2 mg, e clonazepam 2 mg. Durante acompanhamento farmacoterapêutico pelo estagiário de farmácia foi verificado que estes últimos tem a posologia de 1 comprimido à noite. Todos os medicamentos que utiliza são recebidos no referido estabelecimento, entretanto, a paciente recebeu além destes medicamentos, a oxcarbazepina, em desacordo com seu tratamento farmacológico.

A troca da carbamazepina pela oxcarbazepina pode trazer graves consequências ao tratamento farmacológico almejado para o paciente como pode-se observar a seguir.

# CARBAMAZEPINA

- A carbamazepina é quimicamente derivada dos fármacos antidepressivos tricíclicos.



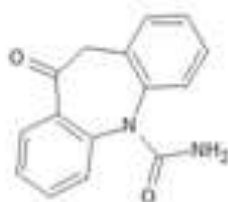
5H-dibenz[ah]azepine-5-carboxamide

- ACÇÕES FARMACOLÓGICAS: É eficaz no tratamento dos ataques parciais complexos (p. ex., epilepsia psicomotora). Usada também para tratar vários tipos de dor neuropática, incluindo neuralgia do trigêmeo, condição excessivamente dolorosa. A carbamazepina é agora, um dos fármacos antiepilépticos mais amplamente usados e é de modo ocasional usada no tratamento da doença maniaco-depressiva.
- EFEITOS ADVERSOS: Vertigem, cefaléia, ataxia, sonolência, fadiga e diplopia. Pode ser visto também distúrbios gastrintestinais náuseas, vômitos e diarreia, e ainda reações alérgicas cutâneas.



# OXCARBAZEPINA

- A oxcarbamazepina é um pró-fármaco, que é metabolizado a um composto denominado MHD (mono-hidroxi derivado) que possui atividade farmacológica.



10-oxo-10,11-dihydro-5H-dibenzo(b,f)azepine-5-carboxamide

- ACÇÕES FARMACOLÓGICAS: Possui uso no tratamento das crises epiléticas parciais; crises tônico-clônicas generalizadas, e é indicado como uma droga antiepiléptica de primeira linha para uso como monoterapia ou terapia adjuvante. A oxcarbamazepina também possui eficácia antimaniáca evidenciada em estudos controlados duplo-cegos.
- EFEITOS ADVERSOS: A cada 10 ou mais pacientes de um total de 100 apresentam sintomas como: cansaço, dores de cabeça, tontura, sonolência, náusea, vômito, visão dupla.



## CARBAMAZEPINA *versus* OXCARBAZEPINA

- Em princípio, as indicações clínicas seriam as mesmas da carbamazepina. Apesar da semelhança estrutural, possuem diferenças importantes no perfil farmacológico. Ao contrário da carbamazepina, a oxcarbazepina não induz o sistema P450 enzimático, o que diminui significativamente a interação com outras substâncias. Desta forma, a súbita troca entre estes medicamentos pode acarretar alterações nos níveis plasmáticos dos outros medicamentos que são utilizados pelo paciente, acarretando problemas na terapêutica.
- Além disso, como mostra a Tabela 1, a oxcarbazepina interage com a carbamazepina diminuindo sua atividade.

TABELA 1: Resumo das interações de drogas antiepilépticas com OXCARBAZEPINA

Druga antiepiléptica co-administrada	Influência da OXCARBAZEPINA na concentração da droga antiepiléptica	Influência da droga antiepiléptica na concentração do MHD
Carbamazepina	Decréscimo de 0-22%	Decréscimo de 40%
Clobazam	Não estudado	Nenhuma influência
Felbamato	Não estudado	Nenhuma influência
Fenobarbital	Aumento de 14-15%	Decréscimo de 30-31%
Fenitoína	Aumento de 0-40%	Decréscimo de 29-35%
Ácido Valproico	Nenhuma influência	Decréscimo de 0-18%

- O uso concomitante dessas duas substâncias pode acarretar o aumento de sintomas como sonolência, tontura, cefaléia, que são comuns ao uso tanto de carbamazepina como oxcarbazepina.

# Medidas

Em virtude disto, há uma preocupação que precisar ser avaliada, é necessário adotar um maior atenção durante a dispensação destes medicamentos, evitando enganos ou erros durante a entrega dos mesmos, uma vez que os funcionários que fazem essa atividade estão sobrecarregados. Dessa forma, para não prejudicar o tratamento dos nossos usuários sugerimos a inclusão de um profissional farmacêutico ao serviço de saúde do CAPS para ampliarmos as ações voltadas ao ciclo de assistência farmacêutica para garantirmos uma melhor qualidade de vida aos nossos usuários.

## Referências

- ARAÚJO, D. S.; SILVA, H. R. R.; FREITAS, R. M. Carbamazepina: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Farmácia*, v. 7, n. 4, p. 30-45, 2010;
- GRANT, S.M., FAULDS, D. – Oxcarbazepina. Revisão da farmacologia e potencial terapêutico na epilepsia, nevralgia do trigêmeo e transtornos afetivos – *Drugs* 43: 873-892, 1992.
- RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M.; FLOWER, R. J.; HENDERSON, G. *Rang & Dale Farmacologia*, 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

## Apoio:



Conselho  
Federal de  
Farmácia  
[www.cff.org.br](http://www.cff.org.br)

Geum UFPI  
Grupo de Estudos sobre o Uso de Medicamentos



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

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

COORDENADOR: Prof. Dr. Lívio César Cunha Nunes

SUB-COORDENADOR: Prof. Dr. Rivellilson Mendes de Freitas

AUTORES: Leticia Ximenes Furtado Marques<sup>1</sup>; Rivellilson Mendes de Freitas<sup>2</sup>; Lívio César da Cunha Nunes<sup>2</sup>

1 -Discente do Curso de Farmácia da UFPI.

2 -Discente do Curso de Farmácia da UFPI.

A ação do farmacêutico no acompanhamento farmacoterapêutico por meio de parceria com o médico e aconselhamento ao paciente e por intervenção na prescrição e na administração de medicamentos aumenta a adesão ao tratamento, reduz o número de prescrições e o número de problemas de prescrição. E ainda, diminui a taxa de

hospitalização e aumenta o encaminhamento dos pacientes a serviços de menor complexidade assistencial. O envolvimento do farmacêutico no cuidado centrado e individualizado tem sido associado à melhoria na saúde dos usuários, com impacto econômico positivo (ROMANO-LIEBER et al , 2002).

É evidente que esse trabalho não pode ser isolado e deve ter a contribuição da equipe de saúde. Entende-se por equipe de saúde não somente os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado do paciente, mas também o próprio paciente. Para o farmacêutico integrar essa equipe, ele precisará de habilidades e atitudes que envolvem comunicação e colaboração, além de visibilidade, responsabilidade, acessibilidade e compromisso com a confidencialidade e orientação ao paciente (WHO, 2006).

## 5) CONCLUSÃO

Durante o estudo é notório que os usuários acompanhados, A.A.O., de 24 anos, cuja hipótese diagnóstica não estava descrita em prontuário e M.R.F., de 55 anos, portando transtorno de ansiedade e retardo mental leve, de acordo com o prontuário, apresentavam perfis bem distintos, além disso seus hábitos de vida e história clínica são também diferentes. A partir da concordância de ambos os usuários na realização do acompanhamento farmacoterapêutico, buscamos esclarecer e identificar possíveis problemas ligados aos medicamentos utilizados por ambos os usuários. Foi avaliada a adequação da escolha e posologia dos medicamentos usados nos dois tratamentos, sendo correta em ambos. Além disso, foi realizado o monitoramento dos parâmetros como aferição da pressão arterial e verificação da glicemia capilar, averiguando as condições de saúde de ambos os pacientes e constatando valores normais destes parâmetros.

A análise do perfil das interações medicamentosas demonstrou interação medicamento-medicamento no caso da usuária M.R.F., além disso, devido aos seus maus hábitos de tabagismo e etilismo, também foram encontradas interações medicamento-álcool e medicamento-tabaco. O acompanhamento terapêutico também possibilitou a identificação de problemas relacionados com medicamentos (PRMs), como ausência do medicamento, presença de um medicamento não condizente com a terapia medicamentosa prescrita pelo médico, a presença de interações medicamentosas, bem como o aparecimento de RAMs. A descoberta de PRMs em ambos os tratamentos eram acompanhadas de intervenções farmacêuticas que buscavam amenizar ou mesmo sanar estes problemas.

O usuário portador de transtorno mental dentro de um estabelecimento de saúde como o CAPS necessita da participação de todos os profissionais de saúde de forma integrada objetivando a melhoria de seu quadro de saúde em todos os aspectos, seja do ponto de vista medicamentoso, nutricional, físico ou clínico. A comunicação direta estabelecida entre acadêmica de farmácia e os usuários bem como em relação aos profissionais do CAPS permitiu a análise dos quadros de saúde de ambos os pacientes, bem como a realização de intervenções no sentido de melhorar a qualidade de vida destes. Desta forma, evidencia-se a importância do profissional farmacêutico no âmbito da Atenção Farmacêutica promovendo o uso racional de medicamentos e a evolução do quadro de saúde dos usuários.



## REFERÊNCIAS

ALLEN, A.J.; LEONARD, H.; SWEDO, S.E. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**;v.34, n.8, p. 976-986, 1995

ALMEIDA, O.P.; RATTO, L.; GARRIDO, R.; TAMAI, S. Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. **Revista Brasileira de Psiquiatria**.v.21, n.3, p.152-157, 1999.

AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION. **Mental retardation: definition, classification, and systems of supports**. Washington DC, USA: AAMR, 2002.

ANDRADE M.F.; ANDRADE R.C.G.; SANTOS V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas**. v. 40, n. 4, p. 471–479, 2004.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Hipertensão Arterial**, n. 4, 2010.

ASSIS,P. **Um breve manual de transtornos mentais**. Disponível em:<<http://pablo.deassis.net.br/wp-content/uploads/2010/02/Transtornos-Mentais.pdf>>.

Acesso em: Maio, 2013.

BALDESSARINI, R.J. A plea for integrity of the bipolar disorder concept. **Bipolar Disorders**. v.2, n.1,p. 3–7, 2000.

BALLENGER JC. Anxiety and depression: optimizing treatments. **Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry**.v.2, n.3, p.71-79, 2000.

BASCUNANA, H., VILLARREAL, I., ALFONSO, S., BERNABEU, M., TERRE, R. Agitation in head injury. I. Definition and treatment with anxiolytic neuroleptics and antiepileptic drugs. **Revista de Neurologia**. v.30, p. 850–854, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social**. Brasília, 2005.

RASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002a.

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.

CAMPOS, M.A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.41, n.6, p.255-257, 1992

CASTILLO, A.R.G.L. RECONDO, R.,ASBAHR, F.R., MANFRO, G.G. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n.2, p. 20-22, 2000.

CHAMORRO, M.A.R, CHAMORRO, A.R, JIMÉNEZ, E.G. Incumplimiento terapéutico en pacientes en Seguimiento Farmacoterapéutico mediante el método Dáderen dos farmacias rurales. **Pharmaceuticalcare España**.v.8, n.2, p.62-68. 2006

CHATKIN, J.M. Adesão ao tratamento de manutenção em asma (estudo ADERE). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 32, n. 4, 2006.

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

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos**: Consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 125-130

CORDIOLI, A.V. **Psicofármacos nos transtornos mentais**. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0275.pdf>>. Acesso em: Maio, 2013.

DÁDER, M.J.F, HERNÁNDEZ, D.S, CASTRO, M.M.S. Método Dáder. **Guía de seguimientofarmacoterapéutico**. 3.ed. Granada: S.C.And. Granada; 2007.

DANIEL, D.G. Antipsychotic treatment of psychosis and agitation in the elderly. **Journal of Clinical Psychiatry**.v.61, p. 49–52, 2000

DEWULF NLS, MONTEIRO RA, PASSOS ADC, VIEIRA EM, TRONCON LEA. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitario. **Revista Brasileira de Ciencias Farmacêuticas**, v.42, n.4, p.575-584, 2006

DYTZ, J.L.G.; BENZONI, S.A.G.; PAYNO, S.M. O trabalho multiprofissional na assistência à criança hospitalizada: uma prática fragmentada ou integrada? **Acta Paulista de Enfermagem**, v.10, n.1, p.74-85,1997

FAUS, M.J.; MARTÍNEZ.; F., FERNADEZ-LLIMÓS, F. **Programa Dáder de implantaciondelSeguimientodelTratamiento Farmacológico**. Granada: GIAF-UGR; 2000.

FORO. Documentosobre PRM y RNM: conceptos y definiciones. **Farmacéuticos**n.315, p.28-29,2006

FRIDMAN, G. **Farmacia Psiquiátrica**. Disponível em: <[http://www.ffyb.uba.ar/cenimeN/pagina\\_nueva\\_14.htm](http://www.ffyb.uba.ar/cenimeN/pagina_nueva_14.htm)>. Acesso em: Maio, 2013.

GOMES, R.S.; GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R.A **orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Abrasco; p.105-116, 2005

GONÇALVES, H. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.777-787, 1999.

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.

GRANADOS, F.M.; YANGUAS, C.M.E.P.; CANO, J.M.I.; MALPICA, J.L.V. Análisis de la correlación entre la localización de la prescripción de antipsicóticos y el estado clínico en pacientes con esquizofrenia. **Farmacía Hospitalaria**. v. 29. n. 2, p. 95-103, 2005

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

HERNANDEZ D.S.; CASTRO, M.M.S.; DÁDER, M.J.F.; **Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada**. Disponível em: [http://www.atencionfarmaceuticaugr.es/index.php?option=com\\_remository&Itemid=62&func=startdown&id=16](http://www.atencionfarmaceuticaugr.es/index.php?option=com_remository&Itemid=62&func=startdown&id=16). Acesso em: Maio, 2013.

HERNANDEZ, D.S.; CASTRO, M.M.S.; DÁDER, M.J.F. **Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico**. 3 ed. Granada: Universidad de Granada, 2009.

HIRSHFELD, D.R.; ROSENBAUM, J.F.; FREDMAN, S.J.; KAGAN, J. The neurobiology of childhood anxiety disorders. In: Charney DS, Nestler EJ, Bunney BS, editors. **Neurobiology of mental illness**. New York: Oxford University Press; p. 823-38, 1999

ITO, H.; YAMAZUMI, S. Common types of medication errors on long-term psychiatric care units. **International Journal for Quality in Health Care**, v.15, n.3, p. 207–212, 2003

JOHNSON, J.A.; BOOTMAN, L.J. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. **American Journal of Health System Pharmacy**, v. 54, p. 554-558, 1997.

KURITA, G.P.; PIMENTA, C.A.M. Adesão ao Tratamento da Dor Crônica: Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 2B, p.416-425, 2002.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LUCCHETTA, R.C.; MASTROIANNI, P.C. Intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental: uma revisão. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.165-169, 2012.

MACEDO, B.S, GARROTE, C.F.D, OLIVEIRA, N.D. Projeto de implantação de atenção farmacêutica a pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 em programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v.2, n.2, p.116-118, 2005

MACHADO, A ;COLVERO, L. A., Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 672-677, 2003

MACHUCA, M., FERNADEZ-LLIMÓS, F., GASTELURRUTIA, M.A. **Guia de Seguimento Farmacoterapêutico: Método Dáder**. Disponível em: <<http://www.giaf-ugr.org/docu/docu-giaf.htm>>. Acesso em: Maio, 2013.

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. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, n. 5, p. 358-364, 2011.

MELTZER HY, MCGURK SR. The effects of clozapine, risperidone, and olanzapine on cognitive function in schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**. v.25, p. 233–255, 1999

MENEZES, G.B., FONTENELLE, L.F., MULULO, S., VERSIANI, M. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.29, n.2, 2007

MICROMEDEX *Healthcare Series: base de dados*. Disponível em: <http://www-thomsonhc-com.ez17.periodicos.capes.gov.br/micromedex2/librarian>>. Acesso em: Maio, 2013

MIKEAL, R.L. Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. **American Journal of Hospital Pharmacy**. v.6, n. 32, p. 567-574, 1975.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

MINISTERIO DA SAUDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas –Esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

MIYASAKA, L.S., ATALLAH, A.N. Risk of drug interaction: combination of antidepressant and other drugs. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.2, p.212-215, 2003

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

OGA, S., BASILE A.C., CARVALHO, M.F. **Guia Zanini-Oga de interações medicamentosas**. São Paulo: Atheneu; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa; 2002 [citado 2010 mar 23]. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)>. Acesso em: Maio, 2013.

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

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

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPAS/OMS). El papel del farmacéutico en la atención a salud: informe de la reunión de la OMS, Tokio, Japon, 31 ago al 3 sep 1993. **Buenas Prácticas de Farmacia: Normas de Calidad de los Servicios Farmacéuticos. La Declaración de Tokio - Federación Internacional Farmacéutica.** Washington: PAHO; 1995.

PADUA, A.C., GAMA, C.S., LOBATO, M.I., ABREU, P.B. **Esquizofrenia: diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Algoritmo%20da%20Esquizofrenia%20final.pdf>>. Acesso em: Maio, 2013.

PAULO, L.G.; ZANINI, A.C. Compliance: sobre o encontro paciente/médico. São Roque-SP: **Ipex**, 1997. Cap. VII, p.115.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, v.35, n.1, p 103-109, 2001

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação** [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

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.

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

RICHELSON E, SOUDER T. Binding of antipsychotic drugs to human brain receptors focus on newer generation compounds. **Life Sciences**,v.68, p.29–39, 2000

ROSA, A.R..Monitoramento da adesão ao tratamento com lítio. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, p.249-261, 2006.

ROY-BYRNE, P.P.; UPADHYAYA, M. **Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 948-955.

SANTIN, A.; CERESER, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **RevPsiquiatrClin**; v.32, n.1, p.105-109, 2005

SCHRAIBER LB. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec; 1993.

SOARES, O.T. **Interações Medicamentosas em Psiquiatria**. Disponível em: <<http://www.ipqhc.org.br/pdfs/Psico.pdf>>. Acesso em: Maio, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Ed. A. Araújo Silva Farmacêutica 3.ed, Itapevi – SP, 2009.

STRAND, L. M. Re-visioning the professions. **Journal of the American Pharmacist Association**, v. 37, n. 4, p. 474-478, 1997.

STRAND, L.M.; MORLEY, P.C.; CIPOLLE, R.J.; RAMSEY, R.; LAMSAM, G.D. Drug related problems: their structure and function. **AnnalesPharmaceutiquesFrancaises**, v. 24, p. 1093-1097, 1990.



STRAND, L.M; CIPOLLE, R.J; MORLEY, P.C; FRAKES, M.J; The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. **Current Pharmaceutical Design**, v10, n31, p.3987- 4001, 2004

WORLD HEALTH ORGANIZATION [Internet].Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.**Anatomical Therapeutic Chemical ATC/DDD** Index 2012. Oslo: World Health Organization, 2012 [citado 12 Nov. 2012]. Disponível em:<<http://www.whocc.no/atcddd/>>. Acesso em: Maio, 2013.