

## ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO VISANDO À UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS.

Letícia Ximenes Furtado Marques<sup>1</sup> e Rivelilson Mendes de Freitas<sup>2\*</sup>

1. Discente do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

2. Docente Adjunto - Farmacologia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas - UFPI.

\*Correspondência: Curso de Farmácia do Centro de Ciências da Saúde do Campus Ministro Petrônio Portella da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Bairro Ininga, CEP 64.049-550, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail para correspondência: rivmendes@hotmail.com.

### RESUMO

Milhões de pessoas sofrem de perturbações neurológicas ou problemas psicossociais. Estudos demonstram que a atuação do farmacêutico junto a equipes de saúde fornece inúmeros benefícios. Contudo, pouco se sabe sobre a inserção da Atenção Farmacêutica no âmbito da Saúde Mental, bem como os resultados clínicos e econômicos das intervenções na vida da pessoa portadora de transtorno psicossocial. O presente trabalho objetivou realizar um acompanhamento farmacoterapêutico com usuários do Centro de Atenção Psicossocial II na zona Leste de Teresina-PI, analisando seus estados de saúde e realizando intervenções farmacêuticas no sentido de diminuir os problemas relacionados com sua terapia farmacológica. O estudo foi realizado através de consultas farmacêuticas com os usuários no período de Outubro de 2012 a Agosto de 2013. Para dar início ao acompanhamento farmacoterapêutico, foram selecionados dois usuários do CAPS; após o consentimento dos mesmos e as assinaturas dos termos de consentimento, foram analisados seus tratamentos, medicamentos, patologias, e à medida que surgissem resultados negativos a medicação (RNM) e problemas relacionados com os medicamentos (PRM), eram adotadas as intervenções necessárias que buscavam amenizar ou sanar estes problemas. O acompanhamento farmacoterapêutico identificou quatro PRM/RNM: problema de saúde não tratado, efeito do medicamento não necessário, inefetividade quantitativa e insegurança não-quantitativa devido ao aparecimento de RAM. É evidente a importância do profissional farmacêutico no contexto da Atenção Farmacêutica, pois 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.

**Descritores:** Atenção Farmacêutica, Intervenções Farmacêuticas, Saúde Mental.

### PHARMACEUTICAL INTERVENTION AS A TOOL OF PHARMACOTHERAPEUTIC MONITORING SEEKING BETTER QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PSYCHOSOCIAL DISORDERS.

### ABSTRACT

Millions of people suffer from neurological or psychosocial problems. Studies show that the performance of the pharmacist upon health teams provides numerous benefits. However, little is known on pharmaceutical care within the Mental Health as well as the clinical and economic interventions on the life of the person with a psychosocial disorder. This study aimed at conducting a pharmacotherapeutic monitoring with users of the Center for Psychosocial Care II on the Eastern part 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 from October 2012 to August 2013. To start pharmacotherapeutic monitoring, we selected two users from the Center, who signed a free informed consent form. We analyzed their treatments, medications, diseases, and as Negative Outcomes associated with Medication (NOMs) and Drugs Related Problems (DRPs) emerged, pharmaceutical interventions to alleviate these problems were adopted. The

pharmacotheapeutic monitoring identified four DRPs / NOMs: untreated health problems, not necessary drug effect, quantitative ineffectiveness and non-quantitative uncertainty due to the appearance of Adverse Reactions to Drugs (ADRs). Taking into consideration the effects of the pharmacist's intervention in the treatment of patients (the reduction of problems related to drug therapy, the evolution of the users' health and the promotion of rational use of medicines), the importance of the pharmacist in the context of pharmaceutical care is evident.

**Keywords:** Pharmaceutical Care, Pharmaceutical Interventions, Mental Health.

## INTRODUÇÃO

Os medicamentos geram grande atenção entre gestores de saúde, uma vez que a sua utilização pode causar distorções como a 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 (1). Dentro desta conjuntura, a OPAS (2) define a atenção farmacêutica como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica, que compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades 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 à uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para uma melhor 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.

Estudo realizado por Strand e colaboradores (3) demonstra que a atuação do farmacêutico junto a equipes de saúde fornece 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.

Contudo, pouco se sabe sobre a inserção do profissional farmacêutico, no âmbito da atenção farmacêutica, suas ações, bem como os resultados clínicos, humanísticos e econômicos dessas intervenções visando à melhor da qualidade de vida de portadores de transtornos mentais (4). No Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) não há a inserção do profissional farmacêutico, então, com isso, o usuário deste serviço de saúde acaba sendo prejudicado.

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 CAPS são 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 hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. Atualmente, o funcionamento e a complexidade dos CAPS são reconhecidos pela população, uma vez que têm a missão de dar um atendimento às pessoas que sofrem com transtornos psicossociais, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de evitar internações e favorecer a inclusão social dos usuários (5).

Convém ressaltar que 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, no qual seus usuários são carentes deste tipo de serviço devido à ausência do profissional farmacêutico neste estabelecimento.

Para tanto, o objetivo desse estudo foi 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.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **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 PRM e RNM, bem como a avaliação do estado de saúde dos usuários.

### **Local e amostra do estudo**

O trabalho foi desenvolvido no CAPS II localizado na Rua Visconde da Parnaíba, bairro Horto Florestal, número 2.435, 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 e visitas domiciliares.

O usuário dentro do CAPS possui um projeto terapêutico individual, podendo frequentar o estabelecimento de modo intensivo, diariamente; ou de forma semi-intensiva ou não intensiva.

### **Coleta de dados**

#### **Instrumentos e Formulários**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): que, após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, foi assinado pelos usuários do CAPS, acordando participar do processo de acompanhamento farmacoterapêutico.

Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico para registro das informações obtidas nas entrevistas. Foi estruturada nos seguintes componentes: história clínica do(a) usuário(a); hábitos de vida; perfil farmacoterapêutico; exames laboratoriais; queixas em relação à farmacoterapia; problemas relacionados com medicamentos (PRM); Reações negativas associadas aos medicamentos (RNM); Intervenções Farmacêuticas (IF) e parâmetros/indicadores biológicos.

#### **Fontes de dados**

Entrevistas diretas com os dois usuários realizada pela acadêmica do curso de Farmácia da Universidade Federal do Piauí (treinada e sob supervisão). Prontuários Médicos com relatos da equipe multidisciplinar e prescrições Médicas anexadas aos prontuários. Resultados de exames laboratoriais/complementares presentes no prontuário.

#### **Sujeitos**

O primeiro usuário convidado, e depois selecionado para o estudo, foi um paciente cujo transtorno mental começou a se manifestar com 8 anos de idade e foi cadastrado no CAPS desde junho de 2012. Já a segunda usuária selecionada, procurou o CAPS alegando períodos de agitação, agressividade, insônia, cansaço, dor de cabeça, dor nas pernas e está cadastrada no CAPS desde outubro de 2008.

O primeiro passo dado no estudo foi o preenchimento da ficha de acompanhamento farmacoterapêutico (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 atenção farmacêutica.

### **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 consultas 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.

### **Análise dos dados**

O estudo utilizou como fonte de informação técnica a base de dados MICROMEDEX® 2.0, publicações nacionais e internacionais sobre o tema atenção Farmacêutica ao usuário com transtorno mental. A classe terapêutica dos medicamentos dos usuários acompanhados foi determinada de acordo com a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC), que agrupa os medicamentos de acordo com o órgão ou sistema que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas.

### **Aspectos éticos**

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 pelo 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 dos usuários à autonomia.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Relatos de casos dos usuários durante acompanhamento farmacoterapêutico em unidade do CAPS.

#### 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 1,64 m 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 sequestrado, 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); carbamazepina (200 mg) e clorpromazina (100 mg). Todos os medicamentos são usados na dose de 1 comprimido à noite.

De acordo com o que foi visto na história clínica do paciente, este não apresenta doenças crônicas, não fuma nem ingere bebidas alcoólicas ou outras drogas. Possui alimentação balanceada, 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 foi de grande valia no auxílio ao acompanhamento farmacêutico, em adição à análise do prontuário e às consultas farmacêuticas diretas.

#### *Primeira consulta farmacêutica com o usuário A.A.O.*

No dia 31 de outubro de 2012, 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 realizava exames médicos regularmente e afirmava ser um pouco sedentário, já que não realizava atividades físicas. A pressão arterial foi aferida e determinada em 130 por 70 mmHg e a glicemia casual em 109 mg/dl.

*Segunda consulta farmacêutica com o usuário A.A.O.*

O usuário A.A.O. no dia 14 de novembro de 2012, relatou estar um pouco chateado devido às 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 uma sacola com todos os medicamentos utilizados. 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. **PRM/RNM identificados:** necessidade, associado ao fato de não receber um medicamento que necessita (ausência da carbamazepina no CAPS).

*Terceira consulta farmacêutica com o usuário A.A.O.*

O usuário, no dia 5 de dezembro de 2012, 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 com os medicamentos usados e vimos que todos condiziam com os prescritos no seu tratamento. Relatou 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 no uso do medicamento e seguindo à risca o que lhe foi recomendado pelo médico. O alerta foi feito com o auxílio do boletim informativo “Quais os seus medicamentos?”, 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.

*Quarta consulta farmacêutica com o usuário A.A.O.*

O usuário encontrava-se bem, no dia 14 de janeiro de 2013, 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, no próximo encontro, o usuário levasse o medicamento que ele estava tomando para sua alergia a fim de se 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 90 mmHg e a glicemia casual 124 mg/mL.

*Quinta consulta farmacêutica com o usuário A.A.O.*

No dia 27 de fevereiro de 2013 o usuário sentia-se bem com o tratamento, afirmava estar controlado, não se sentir inseguro com os medicamentos que utilizava. 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. A pressão foi aferida e determinada em 110 por 70 e a glicemia casual em 120 mg/mL.

*Sexta consulta farmacêutica com o usuário A.A.O.*

Na sexta consulta, no dia 15 de março de 2013, 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", 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 70 mmHg e a glicemia casual em 96 mg/mL.



*Sétima consulta farmacêutica com o usuário A.A.O.*

No dia 19 de abril de 2013, o usuário havia seguido todas as orientações dadas a ele durante o acompanhamento farmacoterapêutico e encontrava-se bem. Não tinha problemas quanto à administração do medicamento, estava dormido bem e não havia mais tido problemas com a falta de medicamentos. O usuário recebeu nesta entrevista um cartão de monitoramento, onde pôde registrar os valores de sua pressão arterial, glicemia, peso, IMC, circunferência da cintura e medicamentos que utilizava. A pressão foi aferida em 120 por 90 mmHg e a glicemia casual ou pós prandial em 98 mg/mL.

*Oitava consulta farmacêutica com o usuário A.A.O.*

Aconteceu no dia 03 de maio de 2013 às 9 horas da manhã. O paciente encontrava-se um pouco irritado devido às 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 da 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 80 mmHg e a glicemia casual em 93 mg/mL.

*Nona consulta farmacêutica com o usuário A.A.O.*

No dia 17 de maio de 2013 às 9 horas da manhã. Da mesma forma que nas entrevistas anteriores, o paciente estava seguindo o tratamento de forma tranquila, 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 90 mmHg e a glicemia casual em 98 mg/mL.

*Décima consulta farmacêutica com o usuário A.A.O.*

O usuário, no dia 29 de maio de 2013, se sentia muito bem, dizia ter gostado muito do acompanhamento farmacoterapêutico e se sentia bastante agradecido. Nesse dia levamos ao usuário um jogo de palavras cruzadas no qual ele tinha que desempenhar na prática o que aprendeu durante o acompanhamento. A pressão foi aferida e determinada em 130 por 90 e a glicemia casual 96 mg/mL.

Relato de caso M.R.F.

M.R.F, sexo feminino, 55 anos, natural de Teresina, Piauí, analfabeta, peso 73,0 kg, altura 1,50 m e IMC 32,44 kg/m<sup>2</sup>. Os motivos da procura pelo CAPS II Leste, em 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 constava de clonazepam (2 mg), 1 comprimido à noite e carbamazepina (200 mg) meio comprimido de manhã e à noite.

Depois, devido ao surgimento de crises, choros frequentes e alucinações, a prescrição foi alterada para haloperidol (1 mg), meio comprimido à noite; carbamazepina (200 mg), 3 vezes ao dia; clonazepam (2 mg), meio comprimido à noite e ampicilil (25 mg), 1 comprimido à noite. Após isto, a usuária apresentou disforia, compulsividade e polidipsia, sendo sua prescrição alterada pra haldol (1 mg), meio comprimido 3 vezes ao dia; carbamazepina (200 mg), 3 vezes ao dia; diazepam (5 mg), 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 (2 mg), 1 comprimido à noite; haldol (1 mg), 1 comprimido à noite e akineton (2 mg), 1 comprimido à noite.

*Primeira consulta farmacêutica com a usuária M.R.F.*

Na primeira consulta, no dia 15 de abril de 2013, a usuária estava disposta a participar do acompanhamento farmacoterapêutico fornecendo informações necessárias ao estudo do seu estado de saúde. Relatou estar sentindo uma leve dor de cabeça. Afirmava ainda se sentir ansiosa e um pouco agitada. Dizia possuir alguns vícios, ter bebido de vez em quando e fumar uma vez por semana. Não praticava atividades físicas nem possuía uma alimentação balanceada, já que muitas vezes nem almoçava. Pedimos que na próxima entrevista a usuária levasse sua sacola com os medicamentos utilizados. A pressão foi aferida e determinada em 110 por 70 mmHg e a glicemia casual em 117 mg/mL. **PRM/RNM identificados:** insegurança não quantitativa, devido a observação de algumas reações adversas ao medicamento.

*Segunda consulta farmacêutica com a usuária M.R.F.*

A usuária M.R.F, no dia 19 de abril de 2013, relatou que naquele momento não estava se sentindo muito bem devido aos 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 com medicamentos e pudemos observar se estes condiziam com os prescritos pelo médico, além de avaliar seus aspectos físicos. A usuária guardava seus medicamentos dentro de um estojo, que colocava em sua mochila. Afirmou, ainda que, mesmo sem deixar os medicamentos dentro de sua embalagem original, consegue identificá-los pelos seus blisteres. Com a observação de seu estojo, percebemos que a usuária possuía 5 medicamentos, sendo que um deles, a Oxcarbamazepina (300 mg), não estava 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 em 104 mg/mL. **PRM/RNM 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.

*Terceira consulta farmacêutica com a usuária M.R.F.*

Nesta entrevista, a paciente, no dia 26 de abril de 2013, relatou novamente que sentia dor de cabeça às vezes. 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. 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. 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 70 mmHg e a glicemia casual em 123 mg/mL. **PRM/RNM identificados:** insegurança não quantitativa, devido a observação de algumas reações adversas ao medicamento.

*Quarta consulta farmacêutica com a usuária M.R.F.*

No dia 3 de maio de 2013 a usuária relatou que na noite passada não havia tido um sono tranquilo, sentindo-se cansada e fraca naquela 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 discente responsável pelas entrevistas mostrou à paciente um boletim informativo abordando sobre o que é e como se controla a hipertensão arterial – “Controlando a hipertensão arterial” - e sobre o que é e como se controla a diabetes – “Controlando a diabetes”, mostrando a importância de se manter a pressão arterial e a glicemia dentro dos parâmetros, além de estimular uma vida mais saudável, sem vícios, praticando atividades físicas e alimentando-se bem. A pressão foi aferida e determinada em 120 por 70 mmHg e a glicemia casual 125 mg/mL.

*Quinta consulta farmacêutica com a usuária M.R.F.*

Nesta entrevista, no dia 7 de maio de 2013, 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 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 70 mmHg e a glicemia casual ou pós prandial em 114 mg/mL.

*Sexta consulta farmacêutica com a usuária M.R.F.*

Nesta manhã do dia 16 de maio de 2013 a usuária estava com uma boa aparência e se sentia bem. Relatou que estava seguindo o tratamento corretamente, tomando os medicamentos no horário e dose correta. Relatou ainda que estava dormindo bem e que naquele dia estava se sentindo disposta. A fim de ajudar a usuária a continuar tomando os medicamentos no horário e dose correta, elaboramos um cartão a ser preenchido com os horários e quantidade a ser tomada por dia. A pressão foi aferida e determinada em 120 por 80 mmHg e a glicemia casual em 133 mg/mL.

*Sétima consulta farmacêutica com a usuária M.R.F.*

No dia 4 de julho de 2013 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 pudemos observar que suas taxas estavam todas normais. 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. A pressão foi aferida e determinada em 120 por 70 mmHg e a glicemia casual em 97 mg/mL. **PRM/RNM identificados:** insegurança não quantitativa, devido a observação de algumas reações adversas ao medicamento.

*Oitava consulta farmacêutica com a usuária M.R.F.*

A usuária, no dia 16 de julho de 2013, relatou não ter mais bebido e nem mesmo fumado como antigamente, já que aprendeu que esses vícios só prejudicam seu

tratamento. Ainda tinha enfrentado os mesmos problemas familiares, mas acreditava que seriam solucionados em breve. Havia dormido tranquilamente durante aquela semana e relatava ainda que tinha tomado os medicamentos de forma correta. A pressão foi aferida e determinada em 110 por 70 mmHg e a glicemia casual era de 105 mg/mL.

*Nona consulta farmacêutica com a usuária M.R.F.*

No dia 8 de agosto de 2013 foi entregue a usuária um cartão de monitoramento para que dispusesse de um meio que a permitisse ter o controle de seus parâmetros fisiológicos e bioquímicos, mesmo após os fins das entrevistas. A paciente 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 70 mmHg e a glicemia casual 112 mg/mL.

*Décima consulta farmacêutica com a usuária M.R.F.*

Na última consulta, no dia 13 de agosto de 2013, a usuária M.R.F relatou que nos últimos dias havia passado por uma crise de nervosismo devido à morte de um conhecido. Relatou que quando passou por essa situação tomou um comprimido de clonazepam 2 mg para que pudesse dormir. Disse que a assistente social do CAPS iria novamente à sua casa a fim de resolver os problemas que tanto têm lhe incomodado e prejudicado seu tratamento, já que a paciente 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 esses hábitos. Foi sugerido à usuária 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, que nunca foi acompanhada, assim, e se sentiu importante. Falou que continuaria a seguir as dicas passadas a ela. A usuária recebeu um jogo onde aprendia algumas medidas corretas durante o uso dos seus medicamentos. A pressão foi aferida e determinada em 120 por 80 mmHg e a glicemia casual em 127 mg/mL.

**Patologias presentes nos usuários**

Segundo Assis (2013) (6), desde que as pessoas se reconhecem enquanto pessoas, existe a percepção de comportamento normal, padrão e comportamento

desviantes. Em diferentes momentos da história, esses comportamentos desviantes receberam vários nomes e classificações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (7) 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 havia nenhuma abordagem 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 os 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 (7).

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 (7). Os principais fatores de risco do provável transtorno (Esquizofrenia) apresentado pelo usuário A.A.O. são: associação genética, complicações obstétricas, uso de drogas, desenvolvimento pré-natal, primeiro ambiente, neurobiologia e processos psicológicos e sociais.

A usuária M.R.F. possuía 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 (8), 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. A própria CID 10, 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 (8).

Outro acometimento descrito em prontuário diz respeito aos 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 normal naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (9).

Essas reações exageradas ao estímulo ansiogênico se desenvolvem, mais comumente, em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada (10). 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.) (11).

De acordo com a avaliação nutricional da usuária, esta contém DM e HAS. 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 (12). 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.

A hipertensão arterial pode acarretar o aparecimento de outras doenças, como infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença cardíaca coronariana (que afeta os vasos 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 (13).

Em relação a usuária M.R.F., os principais fatores de risco associados ao **Retardo mental** são: Pré-natais (doenças infecciosas na mãe, fatores tóxicos na mãe, fatores genéticos) e Pós-natais (desnutrição, infecções, intoxicações exógenas, acidentes); no **Transtorno de ansiedade**, são: Fatores hereditários e ambientais diversos; no **Diabetes**, são: Idade, Sobrepeso, Obesidade central, Antecedente familiar, Hipertensão arterial, Colesterol HDL abaixo de 35 mg/dL e/ou triglicerídeos acima de 150 mg/dL, História de macrosomia ou diabetes gestacional, Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos, Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida; na **Hipertensão**, são: Idade, sexo, raça, hereditariedade, sobrepeso e obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sal e gorduras.

### **Medicamentos utilizados**

As Tabelas 1 e 2, 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. 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 (14).

Com base na análise do prontuário do usuário A.A.O, 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. Drogas antipsicóticas têm sido muito utilizadas para o tratamento de sintomas psicóticos e agitação em pacientes com uma variedade de desordens cerebrais, como a esquizofrenia, doença bipolar e Alzheimer (15).

**Tabela 1:** Classificação dos fármacos utilizados pelo usuário A.A.O., segundo o 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

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, os quais agem por mecanismos diferentes, atuando consequentemente em locais distintos, gerando resposta terapêutica e efeitos colaterais divergentes (16).

Embora os antipsicóticos típicos ocasionem mais efeitos colaterais, continuam sendo os mais utilizados nas clínicas e nos hospitais psiquiátricos pelo fato de serem de fácil acesso e por terem um baixo preço (17). 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 a 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 (18).

**Tabela 2:** Classificação dos fármacos utilizados pela usuária M.R.F., segundo o 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 Psicolépticos Antiparkinsonianos	Antiepiléticos Antipsicóticos Anticolinérgicos	N03A N05A N04A	2 1 1
<b>TOTAL</b>	-	-	-	4

Houve um estudo da farmacoterapia dos psicotrópicos utilizados pelo usuário A.A.O. durante o acompanhamento farmacoterapêutico realizado no Centro de Atenção Psicossocial II – Leste. Neste caso, foi observado que as posologias de todos os psicofármacos se adequavam à dose terapêutica descrita em literatura.

Com relação à usuária M.R.F., os medicamentos prescritos para o seu tratamento pertencem à classe dos antiepiléticos, antipsicóticos e anticolinérgicos. Em um estudo realizado no Paraná com alunos que apresentavam déficit cognitivo, como retardo mental, foi verificado que a carbamazepina foi o segundo anticonvulsivante mais utilizado, sendo indicada para controlar distúrbios comportamentais (19).

O uso do haloperidol é justificável no tratamento desta usuária já que os antipsicóticos são indicados na esquizofrenia (episódios agudos, tratamento de manutenção, prevenção de recaídas), nos transtornos delirantes, em episódios agudos de mania com sintomas psicóticos ou agitação, no transtorno bipolar do humor, na

depressão psicótica em associação com antidepressivos, em episódios psicóticos breves, em psicoses induzidas por drogas, psicoses cerebrais orgânicas, controle da agitação e da agressividade em pacientes com retardo mental ou demência, transtorno de Tourette (haloperidol, pimozida, risperidona). Quando ocorrem reações extrapiramidais associa-se drogas anticolinérgicas. Ainda não há consenso sobre o uso concomitante e inicial de medicamentos anticolinérgicos para tratar efeitos adversos extrapiramidais, provocados especialmente pelos antipsicóticos de alta potência (20). Dessa forma, pode ser associado no tratamento com o haloperidol, o uso de biperideno, já que este pode combater os efeitos colaterais do haloperidol.

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 (21). Diversos ensaios clínicos randomizados, duplo-cego, placebo controlados e estudos de meta-análises comprovam a eficácia de antidepressivos no Transtorno de Ansiedade Social (TAS), no Transtorno do Pânico (TP) e no Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) são considerados o tratamento de primeira escolha para os três transtornos em algoritmos e guidelines clínicos. ISRS e noradrenalina, benzodiazepínicos de alta potência e alguns agentes anticonvulsivantes também têm demonstrado eficácia (22). A utilização do clonazepam também pode ser justificada por ser um sedativo da classe dos benzodiazepínicos que pode diminuir a incidência de efeitos adversos 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 (23).

Conforme pode ser visto na Tabela 3, a dose/posologia dos fármacos prescritos ao tratamento da usuária M.R.F., estavam de acordo com as informações obtidas na literatura consultada.

**Tabela 3:** 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)</b>	<b>Dose e Posologia Prescritas</b>	<b>Adequação ao tratamento</b>
<b>Biperideno</b>	2 mg a 6 mg. 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

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

### **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 (24). 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 (25).

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 (26).

Com relação ao usuário A.A.O., não foi observado nenhuma interação medicamento-medicamento, 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 o risco tanto interações medicamento-medicamento, quanto de medicamento-alimento e medicamento-álcool. Conforme *Drugdex Evaluation (MicromedexR Healthcare Series)*, a carbamazepina foi o principal medicamento responsável pelas possíveis interações medicamento-medicamento observadas neste caso, já que seu mecanismo indutor da CYP3A4 pode ser responsável pela diminuição das concentrações plasmáticas tanto do clonazepam quanto do haloperidol, prejudicando a contribuição dos seus efeitos farmacológicos para o tratamento da usuária.

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 *Drugdex Evaluation (MicromedexR Healthcare Series)*, o medicamento clonazepam acaba interagindo com o álcool, gerando aumento da sedação. Já o haloperidol tem o seu metabolismo aumentado devido às substâncias liberadas pelo cigarro, diminuindo assim o seu efeito farmacológico. A recomendação para a usuária foi de evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e suspender o uso de cigarro.

### **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 (27).

Os valores obtidos a partir da aferição da pressão arterial e da verificação da glicemia dos usuários A.A.O. e M.R.F, encontravam-se 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.

Além da verificação da pressão arterial e da glicemia capilar, também foi realizada pesagem dos usuários, para a monitoração do IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Foi verificado que a usuária M.R.F. encontrava-se com Obesidade de grau I. Viu-se a necessidade de orientar à usuária com relação à prática de exercícios físicos e a manutenção de uma dieta alimentar. A usuária acatou às orientações dadas através do boletim informativo 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 os exames e verificamos que todos os parâmetros encontravam-se normais.

## **Intervenções farmacêuticas realizadas durante o acompanhamento farmacoterapêutico no CAPS II - Leste**

À medida que as consultas diretas transcorriam, percebemos a necessidade da realização de um acompanhamento diferenciado levando em conta a diferença entre os transtornos apresentados por cada um e 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 suas atitudes corretas, 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 pôde colocar em prática algumas das orientações fornecidas a ele através de um jogo de perguntas e respostas que testavam seus conhecimentos sobre seu tratamento e o papel do farmacêutico durante o acompanhamento.

Com relação à usuária M.R.F., 55 anos, os hábitos do tabagismo e etilismo acabavam atrapalhando os resultados do seu tratamento devido aos fatores já descritos. Além disso, em adição a estes fatores, outra complicação ao seu estado de saúde era a presença da Obesidade Grau I. Em virtude da ocorrência destas complicações, realizamos medidas educativas que buscavam promover 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. Aliando uma dieta adequada com a prática de exercícios físicos, somado à eliminação dos maus hábitos, garantir-se-ia 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 pelas educadoras físicas. Ainda, foi conscientizada de que o tabagismo e etilismo a prejudicavam, então relatou que iria se esforçar em abandonar estes hábitos.

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.

As RAM 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 (28).

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. Houve 100% de efetividade nesta intervenção farmacêutica.

A usuária M.R.F., durante o acompanhamento, relatou nas entrevistas que possuía bastante cefaleia e sonolência quando utilizava os medicamentos prescritos. Então a medida utilizada foi, a partir das RAM identificadas, orientá-la sobre a possibilidade de associação desses efeitos com o uso dos medicamentos antipsicóticos e antiepiléticos, bem como alertá-la a não interromper o tratamento em virtude do aparecimento destes sintomas. Houve 100% de efetividade nesta intervenção farmacêutica.

Em relação aos PRM surgidos no tratamento dos dois usuários, podemos destacar a ausência do medicamento, no caso do usuário A.A.O., 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 RAM, 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 foi entregue à Direção do CAPS.

## **CONCLUSÃO**

Durante o estudo com os usuários acompanhados, a análise das interações medicamentosas demonstrou risco de interação medicamento-medicamento no caso



da usuária M.R.F., além disso, devido aos seus maus hábitos de tabagismo e etilismo, também foram encontradas possibilidades de interações medicamento-álcool e medicamento-tabaco. O acompanhamento terapêutico também possibilitou a identificação de problemas relacionados com medicamentos (PRM), 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 RAM. A descoberta de PRM em ambos os tratamentos foram 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 e a realização de intervenções no sentido de melhorar a qualidade de vida destes.

## REFERÊNCIAS

1. Johnson, J.A.; Bootman, L.J. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. *American Journal of Health System Pharmacy*, 1997; v. 54, p. 554-558.
2. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**: Proposta, Brasília: OPAS.
3. 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**, 2004 v. 10, n. 31, p. 3987-4001.
4. 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**, 2011, v. 29, n. 5, p. 358-364.
5. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS:os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. 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.
7. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
8. American Association on Mental Retardation. **Mental retardation: definition, classification, and systems of supports**. Washington DC, USA: AAMR, 2002.
9. 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*; 1995, v. 34, n.8, p. 976-986.
10. 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**. 1999; New York: Oxford University Press; p. 823-838.

11. Castillo, A.R.G.L.; Recondo, R.,Asbahr, F.R., Manfro, G.G. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000; v. 22, n. 2, p. 20-22.
12. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
13. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Hipertensão Arterial**, n. 4, 2010.
14. World Health Organization. **Prevention of blindness and deafness. Global initiative for the elimination of avoidable blindness**. Geneva: WHO; 2000.
15. 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**. 2000;v. 30, p. 850–854.
16. Ordioli, A. V. **Psicofármacos: Consulta rápida**. 2000; 2. ed. Porto Alegre: Artmed p. 125-130.
17. Roy-Byrne, P.P.; Upadhyaya, M. **Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica**. 2006; 4. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 948-955.
18. Granados, F.M.; Yanguas, C.M.E.P.;Cano, J.M.I.; Malpica, J.L.V. Análisis de la correlación entre la calidad de la prescripción de antipsicóticos y el estado clínico en pacientes con esquizofrenia. **Farmacia hospitalaria**.2005; v. 29. n. 2, p. 95-103.
19. Bernardi, CC.; Faria, M.J.S.S.; Cassolla, P.; Baroneza, J.E.; Silva, B.P. Prevalência de medicamentos utilizados por portadores de retardo mental da APAE de Londrina – Pr. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, 2005; v. 26, n. 1, p. 15-20.
20. 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.
21. Ballenger, J.C. Anxiety and depression: optimizing treatments. Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry. 2000; v. 2, n. 3, p. 71-79.
22. 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**, 2007; v.29, n.2.
23. Brunton, L.L.; Lazo, J.S.; Parker, K.L. **Goodman e Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica**. 2006; 11 ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill.
24. Miyasaka, L.S.; Atallah, A.N. Risk of drug interaction: combination of antidepressant and other drugs. **Revista de Saúde Pública**, 2003; v. 37, n. 2, p. 212-215.
25. Oga, S.; Basile A.C.; Carvalho, M.F. **Guia Zanini-Oga de interações medicamentosas**. 2002; São Paulo: Atheneu.
26. Soares, O.T. **Interações Medicamentosas em Psiquiatria**. Disponível em: <<http://www.ipqhc.org.br/pdfs/Psico.pdf>>. Acesso em: Maio, 2013.
27. Newman, S.C.; Bland, R.C. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. **Canadian Journal of Psychiatry**, 1991; v. 36, n. 4, p. 239-245.
28. Grahame-Smith, D.G.; Aronson, J.K. **Oxford textbook of clinical pharmacology and drug therapy**. 2002; 3ª ed. Oxford: Oxford University Press, p.83-109.

**Recebido:** dezembro / 2013

**Aceito:** junho / 2014.