



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO DE FARMÁCIA**

TATIANY FERNANDES QUIRINO

**Avaliação e Estudo de Neuropsicofármacos em Pacientes
Hospitalizados**

**CAMPINA GRANDE – PB
2014**

TATIANY FERNANDES QUIRINO

Avaliação e Estudo de Neuropsicofármacos em Pacientes Hospitalizados

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em **Farmácia** da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Farmacêutica

Orientadora: Prof^a. Dr^a Lindomar de Farias Belém

CAMPINA GRANDE – PB
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Q8a Quirino, Tatiany Fernandes.

Avaliação e estudo de neuropsicofármacos em pacientes hospitalizados [manuscrito] / Tatiany Fernandes Quirino. - 2014.
53 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Prof. Dr. Lindomar de Farias Belém, Departamento de Farmácia".

1. Neuropsicofármacos. 2. Pacientes Hospitalizados. 3. Uso de Medicamentos. I. Título.

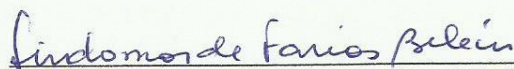
21. ed. CDD 615.6

TATIANY FERNANDES QUIRINO

Avaliação e Estudo de Neuropsicofármacos em Pacientes Hospitalizados

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação **Farmácia** da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Farmacêutica.

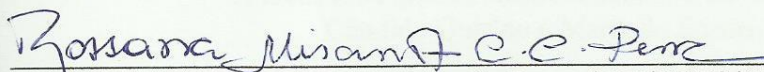
Aprovada em 11/03/2014.



Profª Drª Lindomar de Farias Belém DF/CCBS/UEPB
Orientadora



Prof. Drª. Ivana Maria Fechine DF/CCBS/UEPB
Examinadora



Profª Drª Rossana Miranda Cruz Camello Pessoal DF/CCBS/UEPB
Examinadora

DEDICATÓRIA

A Deus meu grande mestre e Senhor e aos meus pais Marinézio
Cândido Quirino e Maria do Socorro Fernande

AGRADECIMENTOS

A Deus simplismente por tudo.

À Universidade Estadual da Paraíba, em especial aos Departamentos de Biologia e Farmácia por contribuírem para minha formação desde o ingresso na UEPB no curso de graduação em Ciências Biológicas, curso de Farmácia e Iniciação Científica e Extensão no período de 2011/2013.

Ao Hospital da FAP, minha enorme gratidão, pelo espaço cedido, pelo material oferecidos e pelo apoio dado na realização dos trabalhos científicos. Principalmente aos pacientes pela disponibilidade mesmo frente a uma situação patológica incomoda.

Ao minha orientadora, grande mestre, Prof. Dra. Lindomar de Farias Belém, pela dedicação e orientação em todos esses anos, tendo aceitado mais esse desafio. Obrigada por estar sempre disposta a ensinar e compartilhar seus valiosos conhecimentos, pela simplicidade e paciência e por ter contribuído para minha vida profissional e pessoal. Essencialmente pela preocupação de MÃE.

A Professora Dra. Ivana Maria Fchine por sua amizade e apoio na minha formação acadêmica e a Professora Dr. Rossana Miranda Cruz Camello Pessoal, agradeço por participarem da minha banca examinadora.

Aos professores e funcionários do Departamento e Coordenação de Farmácia, em especial aos que ministram as disciplinas para minha turma, os quais se propuseram a compartilhar seus conhecimentos conosco.

Aos amigos pela verdadeira amizade que construímos ao longo do curso em particular aqueles que estavam sempre ao meu lado: Christiane, Nathaly, Daniele, Débora, Hiarly, Maryane, Marygelle, Marcelino e Elisabethe.

Aos meus pais Marinézio Cândido Quirino e Maria do Socorro Fernandes Quirino pelo amor, dedicação e apoio em todas as etapas percorridas, sempre me incentivando a continuar e nunca desistir. Exemplos na minha vida e a terem me ensinado a ser uma pessoa de caráter, que busca seus objetivos, respeitando os dos outros, Obrigada por terem me proporcionado o bem mais precioso da vida: Humildade.

Aos meus irmãos Michel Fernandes Quirino e Levi Fernandes Quirino pelo carinho, amizade e por estarem presentes em todos os momentos da minha vida. E minhas cunhadas Luana Andrade Lima Quirino e Sayonara Ramos Macelino pela amizade e incentivo. A meu Sobrinho Matheus que com um inocente olhar me traz paz e felicidade.

A Kallyne de Medeiros Lira minha prima querida e irmã pela cumplicidade e apoio.

À minha família na pessoa dos meus avós Antonio Quirino Filho e Altina Alves Quirino; Francisco Fernandes de Medeiros e Neusa de Oliveira Medeiros; tios e primos.

Enfim agradeço a todos que em algum momento da minha vida contribuíram na realização deste sonho, torcem sempre por mim e vibram com as minhas vitórias.

Vocês são indispensáveis para minha vida!

*Não houve dia semelhante a este, nem antes
nem depois dele, tendo o SENHOR,
assim, atendido à voz de um homem. (...) Josué 10:14*

QUIRINO, T. F. **Avaliação e Estudo Epidemiológico do Uso de Neuropsicofármacos em Pacientes Hospitalizados na Fundação Assistencial da Paraíba.** Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Farmácia – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2014.

RESUMO

Os fármacos que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC) apresentam um valor terapêutico inestimável no cotidiano das pessoas ao produzirem efeitos como o alívio da dor ou febre e a redução das crises epiléticas. O uso de substâncias de abuso pode representar um risco para a saúde dos indivíduos pelo potencial de desenvolvimento de dependência. **Objetivo:** Através desta pesquisa, objetivou-se estudar a utilização de neuropsicofármacos em pacientes hospitalizados na Cidade de Campina Grande-PB. **Método:** A pesquisa foi realizada através de uma abordagem transversal e quantitativa em pacientes hospitalizados na FAP, foi constituído por uma amostra de 226 pacientes que iniciou a internação nas diversas Clínicas que estavam utilizando neuropsicofármacos, no período de execução da pesquisa. Não houve discriminação de idade, gênero, raça ou condição social. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um formulário farmacoterapêutico especificamente elaborado para o estudo. **Resultados e Discussão:** Dos 226 pacientes internados nas Clínicas: Maternidade, Cirúrgica, Pediátrica e Oncológica, 69 % corresponderam ao gênero feminino e todos estavam utilizando neuropsicofármacos. Os pacientes participantes da pesquisa ficaram internados em média por 6 dias. Na pediatria foram avaliados prontuários de 40 pacientes, porém apenas 2 utilizavam neuropsicofármacos, correspondendo a 1% dos pacientes. O diagnóstico mais frequente de internação na Clínica Oncológica e Médica foi a Síndrome Neoplásica correspondendo a 22,95% e 24% respectivamente, enquanto na Clínica Cirúrgica foi à Litíase biliar com 13,7%. Na Maternidade 89,47% das pacientes foram submetidas a parto cesariana. Na pediatria os dois pacientes que utilizaram neuropsicofármacos apresentaram diagnóstico de Pneumonia. Dos neuropsicofármacos utilizados pelos pacientes Oncológicos o cloridrato de amitriptilina aparece com 39% seguido do cloridrato de tramadol com 23%. A Clínica Médica e Oncológica foram semelhantes. No entanto na Clínica Cirúrgica dos neuropsicofármacos prescritos, a metoclopramida foi o mais utilizado com 36%, seguido pelo cloridrato de morfina, cloridrato de tramadol e Midazolam. Dos 226 pacientes, 58% apresentaram no mínimo uma possível Reação Adversa Medicamentosa (RAM). Desses 30% foram da Clínica Oncológica e 26% da Clínica Cirúrgica, seguida pela Clínica Médica e Maternidade. A Metoclopramida e Morfina foram responsáveis pela maioria das associações. **Conclusão:** Deve-se atentar para uma avaliação adequada no momento da prescrição e dispensação de medicamentos, pois suas associações podem causar reações adversas, sendo que os neuropsicofármacos possuem uma grande importância na clínica pois essa classe de medicamentos requer maior atenção em relação a administração, efeito farmacológico. Sugere-se que o envolvimento de um farmacêutico clínico na equipe de atendimento pode elevar a qualidade do serviço prestado, sem ingerências sobre as competências multiprofissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Neuropsicofármacos, Pacientes Hospitalizados, Uso de Medicamentos.

QUIRINO, T. F. **Avaliação e Estudo Epidemiológico do Uso de Neuropsicofármacos em Pacientes Hospitalizados na Fundação Assistencial da Paraíba.** Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Farmácia – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2014.

EVALUATION AND EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF USING
NEUROPSYCHOLOGICAL DRUGS IN HOSPITALIZED PATIENTS IN THE
ASSISTENCIAL FOUNDATION OF PARAÍBA.

ABSTRACT: Drugs that act on the central nervous system (CNS) have an invaluable therapeutic value in the everyday life of people by producing effects such as relief of pain and reduction of fever or seizures. The use of substances of abuse may pose a risk to the health of individuals by potential development of dependence. **Aim:** Through this research, it was objectified to study the use of neuropsychological drugs in hospitalized patients in the city of Campina Grande-PB. **Method:** The research was carried through a cross-sectional quantitative approach in patients hospitalized in FAP with a sample of 226 patients who started the hospitalization in several hospital wards and were using neuropsychological drugs at the time of the research. There was no discrimination of age, gender, ethnicity or social status. As an instrument of data collection, it was used a pharmacotherapeutic form designed specifically for the study. **Results and Discussion:** Of 226 patients admitted in the wards: Maternity, Surgical, Pediatric and Oncology, 69 % were females and all of them were using neuropsychological drugs. Patients participating in the research were hospitalized for an average of 6 days. In pediatrics, 40 patients' medical records were evaluated, however only 2 of them used neuropsychological drugs, which correspond to 1% of patients. The most frequent cause of hospitalization in both Oncology and Medical Wings was the Neoplastic Syndrome, corresponding to 22.95% and 24% respectively, while in the Surgical Unit the most frequent cause of hospitalization was Gallstones with 13.7%. In the Maternity Ward, 89.47% of patients underwent cesarean delivery. In the Pediatric Ward, the two patients who used neuropsychological drugs were diagnosed with pneumonia. Of neuropsychological drugs used by cancer patients, amitriptyline hydrochloride appears with 39% followed by tramadol hydrochloride 23%. Both Medical and Oncology Wards were similar. However, in the Surgical Unit, of the prescribed neuropsychological drugs, metoclopramide was the most widely used with 36%, followed by morphine hydrochloride, tramadol hydrochloride and midazolam. Of 226 patients, 58% had at least one possible Adverse Drug Reaction (ADR). Of these: 30% were from the Oncology Ward and 26% were from the Surgical Unit, followed by the Medical Ward and Maternity Ward. Metoclopramide and morphine were responsible for the majority of associations. **Conclusion:** Attention must be paid to proper evaluation when prescribing and dispensing drugs, as their combinations may cause adverse reactions, once neuropsychological drugs have great importance in clinics, since this class of drugs requires more attention regarding its administration, pharmacological effect. It is suggested that the involvement of a clinical pharmacist in the care staff can raise the quality of the service, without interference on the multi-professional competencies.

KEYWORDS: Neuropsychological drugs, Hospitalized Patients, Use of Drugs.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela I - Principais características clínico-pessoais da população hospitalizada (n = 226).....	24
Tabela II - Frequência dos diagnósticos ativos apresentados pelos pacientes estudados	25
Figura 1 – Neuropsicofarmacos Utilizados na Clinica Oncológica	26
Figura 2 – Neuropsicofarmacos Utilizados na Clinica Cirúrgica.....	26
Figura 3 – Neuropsicofarmacos Utilizados na Clinica Maternidade	27
Figura 4 – Percentual de Neuropsicofarmacos suspeitos de causarem RAM.	28
Figura 5 - Frequencia de possíveis Interações de Neuropsicofarmacos com outros medicamentos.....	28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

RAM - Reações Adversas a Medicamentos

ASA - American Society of Anesthesiologists

ATC - Anatomical Therapeutic Chemical Index

FAP - Fundação Assistencial da Paraíba

CID - Classificação Internacional de Doenças

WOH-World Health Organization

BDZ-Benzodiazepínicos

DPOC-Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ISRS-Inibidores Seletivos da receptação de serotonina

IMAO-Inibidores da Monoamino-Oxidase

BHE-Barreira Hematoencefálica

-

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO	12
2.0 OBJETIVO GERAL	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3.0 REFERENCIAL TEORICO.....	15
3.1 Farmacovigilância.....	15
3.2 Classificação e Atuação dos neuropsicofármacos	16
3.2.1 Ansiolíticos.....	16
3.2.2 Antidepressivo.....	17
3.2.3 Antipsicóticos ou Neurólépticos.....	18
3.2.4 Estabilizadores de Humor.....	19
3.2.5 Antiparkinsoniano	19
3.2.6 Opióides	20
3.2.7 Anti-histaminico.....	20
3.2.8 Antieméticos	21
4.0 MATERIAS E METODO.....	22
4.1 Tipo de Pesquisa.....	22
4.2 Local de pesquisa.....	22
4.3 Caracterização da Amostra.....	22
4.4 Instrumento de Coleta de Dados.....	23
4.5 Processamento e Análise de Dados.....	23
4.6 Considerações Éticas.....	23
5.0 RESULTADOS.....	24
6.0 DISCUSSÃO.....	30
7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
8.0 CONCLUSÃO.....	35
9.0 REFERENCIAS.....	36
APÊNDICES.....	44
ANEXOS.....	49

1.0 INTRODUÇÃO

Os fármacos que atuam no sistema nervoso central (SNC) apresentam um valor terapêutico inestimável no cotidiano das pessoas ao produzirem efeitos como o alívio da dor ou febre e a redução das crises epiléticas. O uso de substâncias de abuso pode representar um risco para a saúde dos indivíduos pelo potencial de desenvolvimento de dependência (DELUCIA et al., 2007).

Neuropsicofármacos classificam-se em: depressores do SNC, estimulantes do SNC, fármacos seletivos para o SNC, psicolépticos, antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos, psicoanalépticos, antidepressivos, psicoestimulantes, euforizantes, alucinógenos, normalizadores psíquicos, entre outros.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010), mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os usam incorretamente. Mais de 50% de todos os países não implementam políticas básicas para promover uso racional de medicamentos. A situação é pior em países em desenvolvimento, com menos de 40% dos acidentes no setor público e menos de 30% no privado sendo tratados de acordo com diretrizes clínicas.

No Brasil, o uso incorreto de medicamentos deve-se comumente a: polifarmácia, uso indiscriminado de antibióticos, prescrição não orientada por diretrizes, automedicação inapropriada e desmedido armamentário terapêutico disponibilizado comercialmente (BRASIL, 2012).

Os medicamentos modernos mudaram a forma de se tratar as doenças ou diversas alterações do estado de saúde; no entanto, apesar de todas as vantagens que os medicamentos proporcionam, há cada vez mais provas de que as reações adversas aos medicamentos são uma causa comum, embora frequentemente prevenível, de doença, incapacidade ou até mesmo óbito. Estima-se que, em alguns países, as reações adversas a medicamentos representem entre a quarta e a sexta causa de mortalidade (WHO, 2006).

Estudos que avaliem a utilização de medicamentos são de extrema importância para a detecção de RAM (Reação Adversa a Medicamento), promoção do uso racional de medicamentos e elaboração de terapêuticas mais seguras e eficazes, como preconizado na Política Nacional de Medicamentos e no programa de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2001; ARRAIS, 2009).

A OMS(2008) define a farmacovigilância como a ciência e atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou de quaisquer outros problemas relacionados a medicamentos. um bom serviço de gestão da segurança de medicamentos e de farmacovigilância é um requisito imprescindível para a detecção precoce dos riscos associados a medicamentos e para a prevenção de reações adversas aos mesmos.

A farmacovigilância desempenha um papel importante na tomada de decisões em farmacoterapia, nos âmbitos individual, regional, nacional e internacional (OMS,2008).

Dessa forma, o conhecimento do perfil epidemiológico, laboratorial e clínico dos pacientes com RAM por neuropsicofármacos assistidos pelo Programa de Farmacovigilância, faz-se possível determinar estratégias para diminuição de problemas relacionados ao uso de neuropsicofármacos.

Esse trabalho teve como objetivo estudar a utilização de neuropsicofármacos no hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) na cidade de Campina Grande – PB no período de Agosto de 2012 a Julho de 2013.

2.0 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a utilização de neuropsicofármacos em pacientes hospitalizados em Campina Grande – PB.

2.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil dos pacientes entrevistados;
- Traçar o perfil dos neuropsicofármacos prescritos para pacientes internados na FAP;
- Verificar se o uso dos medicamentos prescritos é baseado em evidências clínicas;
- Identificar, as possíveis reações adversas conhecidas e desconhecidas entre os usuários dessa classe de medicamentos;
 - Identificar os principais fármacos que estão envolvidos em possíveis interações medicamentosas e suas consequências aos pacientes;
 - Descrever a evolução dos eventos: cura, óbito ou ignorado.

3.0 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Farmacovigilância

Na década de 90, Laporte & Carnê (1993) conceituaram a Farmacovigilância como um conjunto de atividades destinadas a identificar e avaliar os efeitos do uso agudo e crônico, dos tratamentos farmacológicos na população ou em subgrupos expostos a tratamentos específicos. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou o conceito de Farmacovigilância como sendo a ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos. Sob esta ótica, a Farmacovigilância passa a ter uma abrangência maior, envolvendo não apenas as reações adversas, mas sim, todo e qualquer evento adverso relacionado aos medicamentos (OMS, 2002).

A Reação Adversa a Medicamentos (RAM), definida como qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se apresente após a administração das doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou o tratamento de uma enfermidade (WOH, 1972), eram objeto de inúmeras preocupações. A introdução de um número crescente de medicamentos devido a evolução da Indústria Farmacêutica e a dificuldade de serem detectados os efeitos adversos durante os ensaios clínicos eram elementos que reafirmam a importância das ações de Farmacovigilância (NISHIYAMA et al.,2002).Apesar do avanço nos ensaios ainda é limitado os estudos para avaliação de reações adversas (DRESCH,2006).

Em geral os sistemas de monitorização desenvolvidos em cada país seguem o mesmo esquema. Organiza-se um Centro nacional para estimular as notificações espontâneas de reações adversas, recolher e processar as notificações e finalmente elaborar e distribuir os resultados mais significativos.

Segundo Rozenfeld & Rangel (1988), em 1968 iniciou-se um programa piloto de investigação da OMS. Dez países membros concordaram em enviar notificações sobre reações adversas recebidas por seus respectivos centros nacionais de monitorização. Quando o programa foi avaliado em 1970, a Assembléia Mundial de Saúde chegou à conclusão de que o programa deveria ser permanente. Desde então, um número cada vez maior de países se associou ao programa da OMS.

Atualmente, o programa da OMS é coordenado pelo Centro Colaborador do Uppsala Monitoring Centre, em Uppsala, Suécia, com a supervisão de um comitê internacional. O Brasil foi inserido neste programa no ano de 2001, como o 62º membro oficial (OPAS, 2002;

PETRAMALE, 2002). Em 2012, 108 países membros oficiais e 35 países associados, 2 novos Centros Colaboradores: Accra/Gana e Rabat/Marrocos.

Entretanto no Brasil os primeiros esforços no sentido de abordar as questões relacionadas às reações adversas ocorreram na década de setenta. Quando foram editadas algumas legislações, que foram consideradas infrutíferas de desenvolvimento da Farmacovigilância (OPAS, 2002). Todavia, um importante referencial foi a Política Nacional de Medicamentos aprovada em 1998. Esta teve como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2001 apud OPAS, 2002).

O Projeto Hospitais Sentinelas (HS) criou uma rede com mais de 200 de Gerentes de Risco, capacitados na identificação e notificação de eventos relacionados à farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância dentro dos hospitais e na implementação do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (Notivisa), com o propósito de monitorar medicamentos, sangue e hemoderivados, artigos, dispositivos e equipamentos médico-hospitalares, vacinas e imunoglobulinas, kit reagente para diagnóstico in vitro, cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfume, saneantes e agrotóxicos em comercialização e uso no país (ANVISA, 2004).

Atualmente, o Brasil possui mais de 200 mil estabelecimentos assistenciais de saúde (CNES, 2009), nos quais os doentes são expostos rotineiramente às tecnologias em saúde e às intervenções de profissionais de saúde, estando sujeitos aos eventos adversos, erros e aos incidentes. Apesar dos avanços alcançados, há muito a ser feito para a difusão da cultura da segurança do paciente e a transposição das barreiras existentes entre os profissionais de saúde frente à comunicação dos demais eventos.

3.2 Atuação e classificação de neuropsicofármacos

São conhecidos mais de 175 neuropsicofármacos sendo eles classificados de acordo com a ação terapêutica (antiga concepção) e ação nos neurotransmissores. No presente trabalho emprega-se a antiga concepção como se segue.

3.2.1 Ansiolíticos

Muitas são as substâncias empregadas como ansiolíticos, mas aquelas consideradas mais eficazes no tratamento da ansiedade são os compostos de benzodiazepínicos (BDZ) que constituem um grande grupo de drogas, cujos primeiros representantes foram o clordiazepóxido (Librium®) e o diazepam (Valium®), lançados no início da década de 60. Quase todos os BDZ têm propriedades farmacológicas semelhantes: todos eles possuem efeitos sedativos, ansiolíticos e hipnóticos. São ainda relaxantes musculares, anticonvulsivantes, produzem dependência e síndrome de abstinência. Têm poucos efeitos sobre o aparelho cardio-circulatório e respiratório o que explica sua larga margem de segurança. Embora todos produzam efeitos hipnóticos, este efeito é mais marcante com o nitrazepan, o flurazepan, o flunitrazepan e o midazolam que são neuropsicofármacos usados como coadjuvantes na clínica hospitalar (CORDIOLI, 2010).

Os BDZs ainda são muito utilizados em situações heterogêneas e não bem definidas, como na ansiedade situacional, em pacientes com instabilidade emocional, nervosismo, nas quais existe ansiedade aguda e crônica, que não chega a preencher os critérios para uma categoria diagnóstica (CID X ou DSM IV) (MÖLLER, 1999). São muito úteis como hipnóticos, particularmente em pacientes de hospitais gerais, onde o alto nível de estimulação, o estresse e a dor em geral interferem com o sono. Os BDZs não devem ser utilizados em pacientes com hipersensibilidade aos mesmos, ou que apresentem problemas físicos como glaucoma de ângulo fechado, insuficiência respiratória ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), miastenia gravis, doença hepática ou renal graves (usar doses mínimas), bem como em alcoolistas e drogaditos (BALLENGER, 1998).

3.2.2 Antidepressivos

Na atualidade existe uma grande variedade de antidepressivos (ATCs), que são classificados em razão da sua estrutura química ou do seu mecanismo de ação: tricíclicos e tetracíclicos, inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), inibidores da monoamino-oxidase (IMAO), inibidores duplos, etc. Continuam sendo chamados de antidepressivos embora estejam sendo utilizados cada vez mais em outros transtornos como no transtorno do pânico, obsessivo-compulsivo, de ansiedade generalizada, de estresse pós-traumático, etc, (CORDIOLI, 2010).

Os ATCs são considerados por alguns como as drogas de escolha em depressões graves e em pacientes hospitalizados. Além disso, são efetivos no transtorno do pânico (imipramina e clomipramina), no transtorno de ansiedade generalizada (imipramina)

(ROCCA et al.1997), na dor crônica (amitriptilina) e no transtorno obsessivo-compulsivo (clomipramina) (DE VEAUGH-GEISS et al., 1991; PICINELLI, 1995).

Com o objetivo de obter medicamentos com menos efeitos colaterais, que fossem mais específicos na sua ação neuroquímica, e conseqüentemente melhor tolerados, foram desenvolvidos especialmente a partir do início dos anos 90, os chamados ISRS, os quais progressivamente vêm ocupando o lugar dos tricíclicos, em razão do seu melhor perfil de efeitos colaterais (CORDIOLI,2010).

Além de serem utilizados na depressão unipolar, os ISRS se revelaram eficazes no transtorno obsessivo-compulsivo (GREIST et al., 1995), no transtorno do pânico (ROSENBAUM et al., 1996; POLLACK et al.,1998), na disritmia, em episódios depressivos do transtorno bipolar, na bulimia nervosa (fluoxetina em doses elevadas), na fobia social (fluoxetina, paroxetina,sertralina), na ansiedade generalizada (paroxetina) (GORMAN, 2003), no stress pós-traumático (sertralina) (LANDBORG et al.,2001).

Uma variedade de substâncias com diferentes mecanismos de ação, além dos tricíclicos e ISRS são utilizados no tratamento da depressão e eventualmente em outros transtornos psiquiátricos.A bupropiona é utilizada em dependência química como auxílio na interrupção do tabagismo. A nefazodona e a mirtazapina têm um efeito sedativo bem marcado, e eventualmente são preferidas em quadros depressivos acompanhados de ansiedade. A nefazodona, a mirtazapina, e a bupropiona em princípio não causam disfunções sexuais. A venlafaxina é utilizado desde de 2000 no tratamento da ansiedade generalizada (RICKELS et al.,2000).

3.2.3 Antipsicóticos ou Neurolépticos

Os antipsicóticos ou neurolépticos são classificados em tradicionais ou típicos, também chamados de primeira geração e atípicos ou de segunda geração. Esta divisão está relacionada com seu mecanismo de ação - predominantemente bloqueio de receptores da dopamina (D) nos típicos,e bloqueio dos receptores dopaminérgicos e serotoninérgicos (5HT) nos atípicos, o que acarreta um diferente perfil de efeitos colaterais, em geral melhor tolerados nestes últimos (BLIN, 1999).

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) (CORDIOLI, 2010).

3.2.4 Estabilizadores do humor

O lítio é utilizado no tratamento e na profilaxia de episódios agudos tanto maníacos como depressivos do transtorno do humor bipolar, na ciclotimia, como potencializador dos antidepressivos em pacientes com depressão maior unipolar, que respondem parcialmente ou não respondem aos antidepressivos, em episódios de agressividade e de descontrole do comportamento (WGBD, 2002).

O ácido valpróico é um anticonvulsivante tradicionalmente utilizado na epilepsia: crises de ausência simples ou complexas, e em outros tipos. Pode ser de liberação gástrica (ácido valpróico) ou entérica (divalproato), que é melhor tolerada. É tão eficaz quanto o lítio no tratamento da mania e mais eficaz em cicladores rápidos e mania disfórica (WGBD, 2002).

A carbamazepina é um anticonvulsivante utilizado em diferentes tipos de epilepsia, especialmente epilepsia do lobo temporal, e que desde a década de 80 vem sendo utilizada no tratamento de quadros maníacos. Sua eficácia é comparável à do lítio, no tratamento agudo da mania (KETTER, 2002).

3.2.5 Antiparkinsonianos

Os antiparkinsonianos constituem provavelmente o grupo de substâncias mais usado para reduzir os sintomas da doença de Parkinson e os efeitos colaterais dos neurolépticos (CORDIOLI, 2010). As medicações comumente usadas nesse grupo são trihexafenidil, biperideno e a benzotropina (DUGAS, 1977; BIANCHINE, 1985; MARCOLIN et al., 2001).

Os antiparkinsonianos são indicados em síndromes extrapiramidais induzidas pelo uso de neurolépticos, a saber: parkinsonismo, distonia aguda e acatisia aguda (KAPLAN; SADOCK, 1998). Têm absorção gastrointestinal e ação rápida no sistema nervoso central por serem lipofílicos, e alcançam o pico plasmático em poucas horas. São potencialmente perigosos se interagirem com outras substâncias anticolinérgicas (exemplo: antidepressivos tricíclicos), havendo risco de intoxicação anticolinérgica (MARCOLIN, 1998).

3.2.6 Opióides

Diferentes dos outros analgésicos, os opioides ainda são os analgésicos mais potentes para controlar estados de dor intensa. Essa qualidade dos opioides já era conhecida na antiguidade e o ópio, o suco leitoso seco da papoula, *Papaver somniferum*, era preparado não só por seu efeito eufórico, mas também por seu poderoso efeito analgésico. Originalmente plantada em vários países da Arábia, a planta foi introduzida por comerciantes em outros lugares como Índia, China e Europa no início do século XIV (MASSOTTE ; KIEFF, 1998).

Hoje distinguimos os opioides que ocorrem naturalmente, como morfina, codeína e noscapina, de opioides semi-sintéticos como hidromorfona, oxicodona, diacetilmorfina (heroína) e de opioides totalmente sintéticos como nalbufina, metadona, pentazocina, fentanil, alfentanil, sufentanil e remifentanil. Todas essas substâncias são classificadas como opioides, inclusive os peptídios opioides endógenos, como endorfina, encefalina e dinorfina, que são peptídeos curtos secretados pelo sistema nervoso central em momentos de dor ou estresse grave ou ambos (TRESCOT et al. ,2008)..

Hoje, são conhecidos três recetores opioides diferentes, os recetores opioides μ , δ , e κ . No entanto, o mais importante é o recetor opioide μ , porque quase todos os opioides de uso clínico extraem seus efeitos de sua ativação (KURZ;SESSLER,2002).

A primeira vez que recebem opioides, os pacientes costumam relatar efeitos colaterais agudos, como sedação, tontura, náusea e vômitos. No entanto, depois de alguns dias esses sintomas desaparecem e não interferem mais com o uso regular de opioides. O uso prolongado pode acarretar rigidez muscular, sedação, depressão respiratória, distúrbios gastrointestinais e prurido (TRESCOT et al. ,2008).

3.2.7 Anti-histamínicos

Os anti-H1 estão entre os medicamentos mais prescritos no mundo e, embora tenham eficácia semelhante no tratamento de pacientes com rinoconjuntivite alérgica, urticária e outras doenças alérgicas, diferem de forma importante quanto à sua estrutura química, farmacologia clínica e potencial de toxicidade (SIMONS,2002). No que diz respeito à sua atividade sobre o sistema nervoso central (SNC), são classificados como "clássicos", ou de primeira geração, e "não clássicos", ou de segunda geração.

Em geral, os anti-H1 de primeira geração (por exemplo, dexclorfeniramina e hidroxizina) são rapidamente absorvidos e metabolizados, o que exige a sua administração em três a quatro tomadas diárias. Por terem fórmulas estruturais reduzidas e serem altamente lipofílicos,

atravessam a barreira hematoencefálica (BHE), se ligam com facilidade aos receptores H1 cerebrais e geram, assim, o seu principal efeito colateral: a sedação (BOUSQUET, 2001).

Nos últimos 20 anos, foram sintetizados os anti-H1 de segunda geração compostos com elevada potência, efeito de longa duração e efeitos adversos mínimos. Dificilmente atravessam a BHE e raramente causam sedação. No Brasil, disponíveis para uso oral, existem a cetirizina, ebastina, epinastina, fexofenadina, loratadina, desloratadina, levocetirizina e rupatadina. Por terem alta afinidade pelos receptores H1, têm meia vida prolongada, o que lhes possibilita serem administrados em uma ou duas doses diárias (NUNES, 2006).

3.2.8 Antieméticos

A etiologia das náuseas e dos vômitos apresenta caráter multifatorial (SCHMIDT; BAGATINI,1997), estando relacionada com quatro tipos de neurotransmissores que modulam a zona quimiorreceptora de gatilho, situada na área postrema: dopamina, serotonina, histamina e acetilcolina (DOMINO et al.,1999). Os antieméticos são classificados conforme sua ação sobre os receptores.

A metoclopramida e o droperidol, ambos antagonistas dos receptores dopaminérgicos, têm sido efetivos na prevenção e no tratamento de náuseas e vômitos pós-operatórios, mas podem causar sedação, disforia, síndrome extrapiramidal e torcicolo espasmódico (LAGES et al.,2005).

A ondansetrona, um antagonista dos receptores serotoninérgicos (receptor 5-HT3), tem sido a mais aceita para a prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios em pacientes com mais fatores de risco pacientes usando quimioterapia e radioterapia (LAGES et al.,2005).

Os anti-histamínicos apresentam propriedades antieméticas pela sua capacidade de suprimir estímulo vestibular e por efeitos anticolinérgicos e sedativos. Dimenidrinato é efetivo na profilaxia de NVPO especialmente em pacientes de risco moderado ou alto, embora não tenha sido comprovado benefício quando comparado ao ondansetron. Seus efeitos colaterais mais comuns são cefaléia, sonolência e vertigem (KRANKE et al.,2003).

4.0 MATERIAS E METODO

4.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa foi realizada através de uma abordagem transversal e quantitativa em pacientes hospitalizados no Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), em Campina Grande – PB, no período de Agosto de 2012 á Julho de 2013.

4.2 Local da Pesquisa

O Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba é do tipo geral que dispõe de 176 leitos, destes 93 são destinados aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Situa-se no bairro de Bodocongó, no município de Campina Grande-PB, porém recebe pacientes da cidade e dos demais municípios do Estado da Paraíba, como também pacientes de Estados circunvizinhos. É um Centro de Alta Complexidade em Oncologia e credenciado como Hospital Amigo da Criança.

4.3 Caracterização da amostra

A População pesquisada foi constituída por pacientes hospitalizados em uso neuropsicofármacos, no período de execução da pesquisa. Não houve discriminação de idade, gênero, raça ou condição social. Foram excluídos da pesquisa aqueles pacientes que se encontravam tão grave que impossibilitasse a coleta dos dados como: os entubados sob ventilação mecânica e/ou com perda da consciência.

O monitoramento intensivo em hospitais é um método ativo de farmacovigilância no qual são feitas revisões dos prontuários e entrevistas com pacientes e/ou prescritores. Esses procedimentos permitem obter informações demográficas sobre o paciente, indicações para seu tratamento, duração da terapia, doses e eventos clínicos (MAZZEO et al., 2004).

O seguimento foi realizado por meio da revisão dos prontuários e os dados anotados em ficha padronizada (Apêndice A).

Após a coleta de informações complementares, procedeu-se com a revisão bibliográfica dos casos; aplicando-se a classificação da OMS e, para avaliar a relação de causalidade (imputabilidade) entre medicamento(s) e reação(ões) adversa(s) e a classificação do caso conforme a gravidade; aplicando-se a metodologia WHO-ATC (World Health

Organization-Anatomical and Therapeutical Chemical Classification, 1997) (BATES et al., 1997a) e WHO-ADR (World Health Organization-Adverse Drug Reaction Terminology, 1997 – WHO) (BATES et al., 1997b) para codificar, respectivamente, o(s) medicamento(s) e a reação(ões) adversa(s). Os diagnósticos foram classificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 2003).

O estado físico dos pacientes foi classificado segundo a *American Society of Anesthesiologists* (ASA), conforme anexo A, desenvolvida por proporcionar uma terminologia comum e facilitar a tabulação de dados estatísticos (LEMA, 2002, modificado).

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um formulário simples e objetivo (Apêndice A) composto por variáveis como: identificação do paciente, dados clínicos, tratamento farmacológico e possíveis queixas relacionadas aos medicamentos, exames laboratoriais e complementares. Foi preenchida por meio da observação direta do paciente, análise de seu prontuário e entrevista com o mesmo.

4.5 Processamento e Análise dos Dados

Os dados coletados foram inseridos em tabelas e gráficos, de modo a possibilitar a realização de uma análise quantitativa, considerando os valores relativos e absolutos. Foram utilizados para tanto, o software Windows Excel, Epi info e/ou outros métodos estatísticos e epidemiológicos quando necessário.

Os resultados obtidos foram comparados com a literatura científica a fim de justificar a veracidade dos mesmos.

4.6 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba e aprovado de acordo com o parecer nº 4359.0.000.133-09, conforme anexo B

5.0 RESULTADOS

Dos 226 pacientes internados nas Clínicas: Maternidade, Cirúrgica, Pediátrica Oncológica e Clínica Médica, 69 % corresponderam ao gênero feminino e todos estavam utilizando neuropsicofármacos.

A população observada neste estudo correspondeu a um grupo de pacientes internados, em situação de cuidados profissionais constantes e em condições de polifarmácia com uma média de 8 medicamentos prescritos. A partir do acompanhamento dos prontuários e entrevistas com os pacientes quando possível observou-se que a maioria dos pacientes, 30 % estava internados na Clínica Médica. Os pacientes participantes da pesquisa ficaram internados em média por 6 dias. Na pediatria foram avaliados o prontuário de 40 pacientes, porém apenas 2 utilizavam neuropsicofármacos, correspondendo a 1% dos pacientes. As demais características clínico-pessoais são mencionadas na tabela I.

Tabela I - Principais características clínico-pessoais da população hospitalizada (n = 226).

Características Clínico-pessoais	Valor
Idade (anos) (Média ± Desvio Padrão)	50,60 ± 14,57 (mínimo 16, máximo 94)
Gênero (%)	
Feminino	69%
Masculino	31%
Tempo de Internamento (Média ± DP)	6,26 ± 3,95 (mínimo 2, máximo 20)
Número de medicamentos utilizados (Média ± DP)	8,84 ± 2,30 (mínimo 2, máximo 17)
Pacientes que utilizavam neuropsicofármacos %	
Clínica Oncológica	27%
Clínica Cirúrgica	22%
Clínica Pediátrica	1%
Clínica Médica	30%
Maternidade	20%

O diagnóstico mais frequente de internação na Clínica Oncológica e Medica foi a Síndrome Neoplásica correspondendo a 22,95% e 24% respectivamente, enquanto na Clínica Cirúrgica foi à Litíase biliar com 13,7%. Na Maternidade 89,47% das pacientes foram submetidas a um procedimento cirúrgico. Na pediatria os dois pacientes que utilizaram neuropsicofármacos apresentaram diagnóstico de Pneumonia. Não houve possibilidade de observar as patologias concomitantes de todos os pacientes estudados.

De acordo com a *American Society of Anesthesiology* na Maternidade, observamos que as pacientes, eram ASA I, tinham em média 28anos e ficaram internadas no máximo 3 dias. Em contrapartida, na Clínica Oncológica 60,03 % dos pacientes, foram classificados com Doença Sistêmica Grave - ASA III, ficaram internados por até 20 dias e a idade avançada foi identificada consistentemente como sendo um fator de risco primário.

Na Clinica cirúrgica e Medica a com frequencias respectivamente de 67% e 48% foi ASA II- Paciente com doença sistêmica leve com um tempo de internamento médio de 9 dias. Assim como na pediatria para os prontuários analisados e possíveis de observação.

De acordo com os resultados gerais do estudo e a Classificação Internacional de Doenças O diagnostico de maior ocorrência foi o de doenças Neoplásicas , como mostra a tabela II.

Tabela II - Frequência dos diagnósticos ativos apresentados pelos pacientes estudados.

Capítulo – CID 10	Categorias	N	%
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	2
II	Neoplasias	110	49
XI	Doenças do aparelho digestivo	50	22
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	21	9
XV	Gravidez, parto e puerpério	41	18
Total		226	100

Dos neuropsicofármacos utilizados pelos pacientes Oncológicos o cloridrato de amitriptilina foi o mais usado seguido pelo cloridrato de tramadol. Na figura I vemos os percentuais estudados reativos aos neuropsicofármacos.

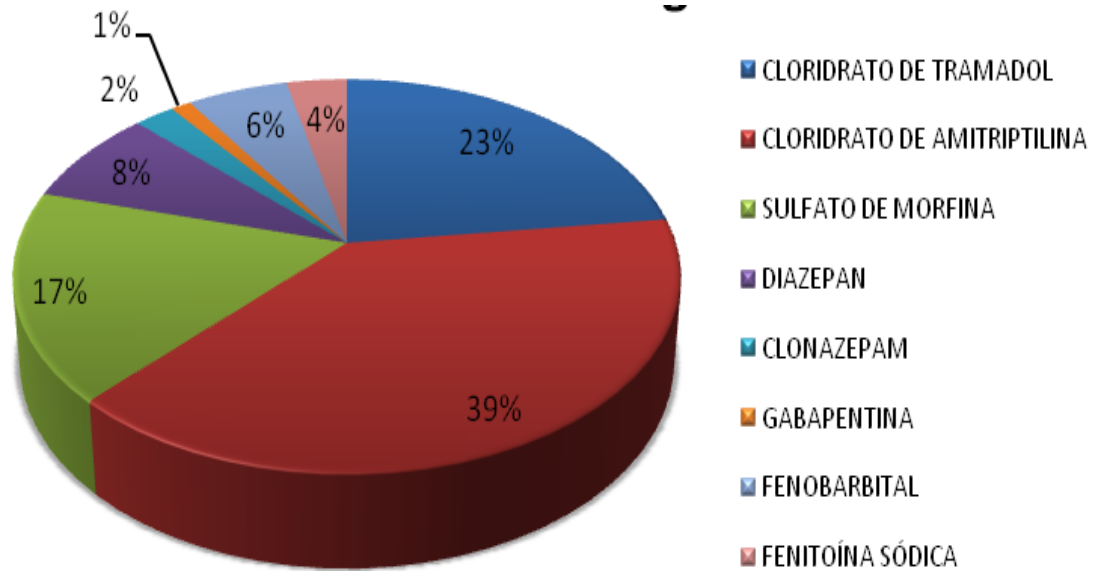


Figura 1: Neuropsicofármacos utilizados na oncologia

Dentre os neuropsicofármacos prescritos na Clínica Cirúrgica, a metoclopramida foi mais utilizado com 36%, seguido pelo sulfato de morfina, cloridrato de tramadol e Midazolam respectivamente. A metoclopramida foi o que mais apresentou interações, como será abordado na figura 2 mais adiante.

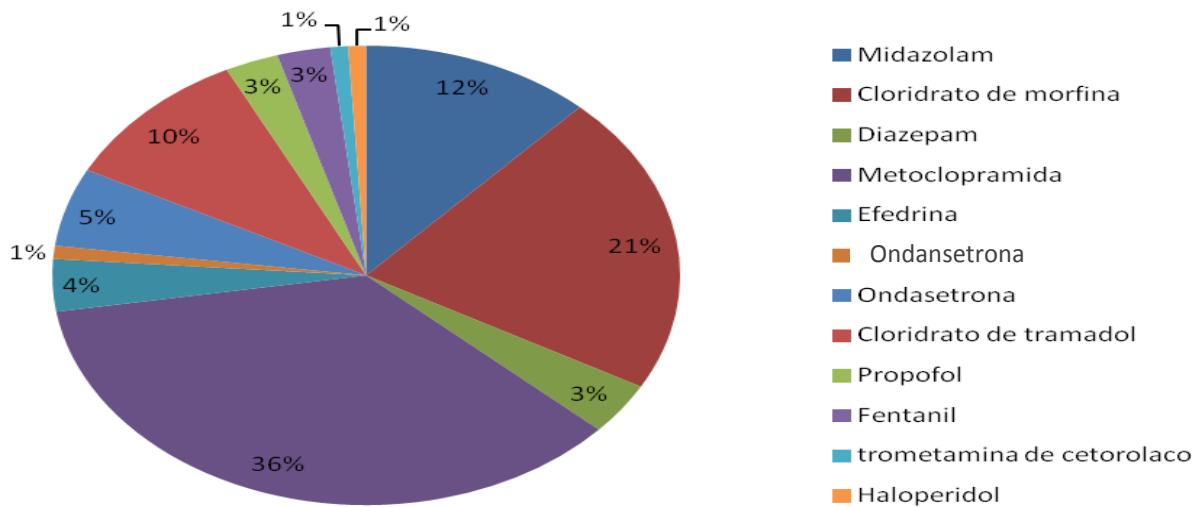


Figura 2: Neuropsicofármacos utilizados na Clínica Cirúrgica

De acordo com os percentuais estudados na figura 3 observou-se que na maternidade a utilização dos neuropsicofármacos coincidem com os dados da Clínica Cirúrgica, visto que diante desses medicamentos os mais utilizados foram Sulfato de Morfina com 30,6%, seguido do Metoclopramida, e Midazolam, uma vez que são medicamentos utilizados nas duas Clinicas e corresponderam ao mesmo grupo de fármacos mais utilizados em vários tipos de cirurgias, tanto eletivas ou não e em partos.

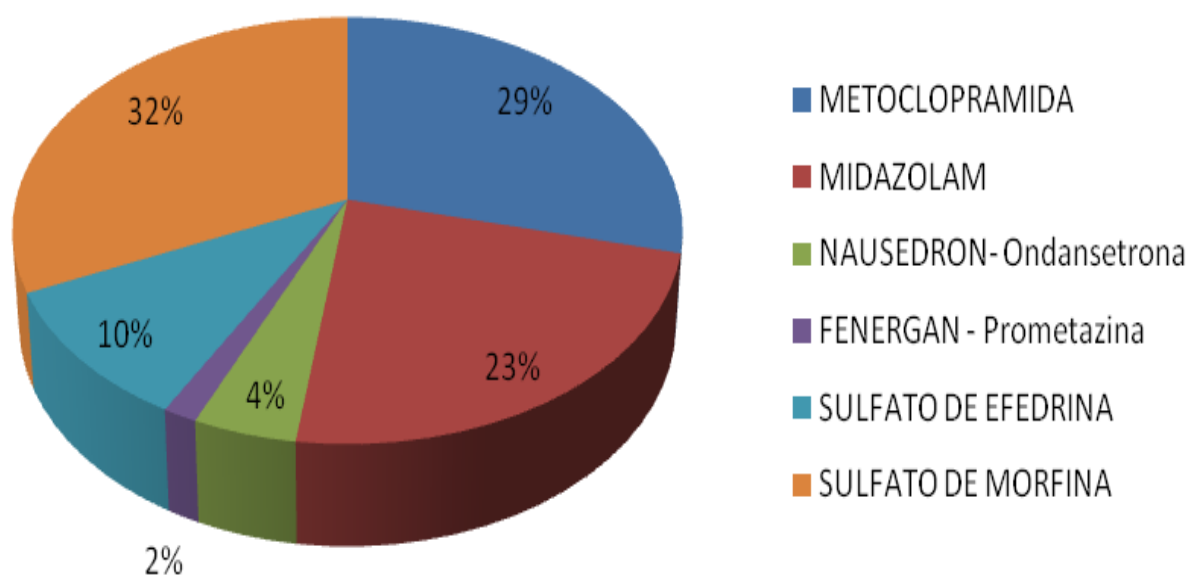


Figura 3: Neuropsicofármacos utilizados na Maternidade

Na pediatria avaliou-se 40 pacientes, apenas 2 utilizavam neuropsicofármacos o Dimenidrinato conhecido comercialmente como DRAMIN® foi responsável por apenas 1% da prescrição.

Entre a população avaliada, 226 pacientes, 58% apresentou no mínimo uma possível Reação Adversa Medicamentosa (RAM) relacionada com neuropsicofármacos. Desses 30% ocorreram na Clínica Oncológica e 26% na Ala Cirúrgica, seguida de 23 % na Clinica Medica e posteriormente a 21% Maternidade. Na pediatria não foi possível identificar RAM. Provavelmente porque os pacientes não sabiam verbalizar o que sentiam antes e depois de tomar a medicação.

Os neuropsicofármacos apresentaram possíveis reações adversas em todos os Sistemas a figura 4 retrata tal situação.

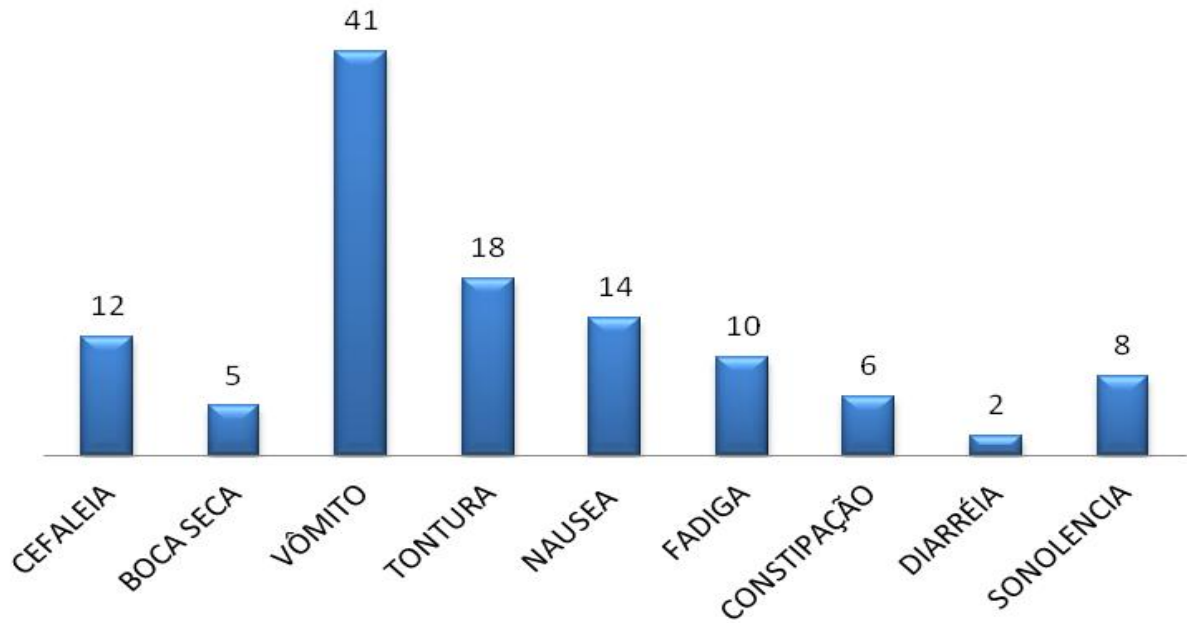


Figura 4: Percentual da presença de reações adversas medicamentosas (RAM)

Outras reações citadas na literatura provocadas por fármacos que atuam no SNC como agitação, alucinações, febre, ritmo cardíaco acelerado, reflexos alterados, bolhas, convulsões não foram relatadas nem observadas nos pacientes do estudo.

Dos fármacos envolvidos em interações medicamentosas destacaram-se os neuropsicofármacos com 70% das associações. Sendo os mais utilizados e os responsáveis por maior frequência de reações foram: metoclopramida, cloridrato de amitriptilina, Midazolam, sulfato de morfina e cloridrato de tramadol (Fig. 5).

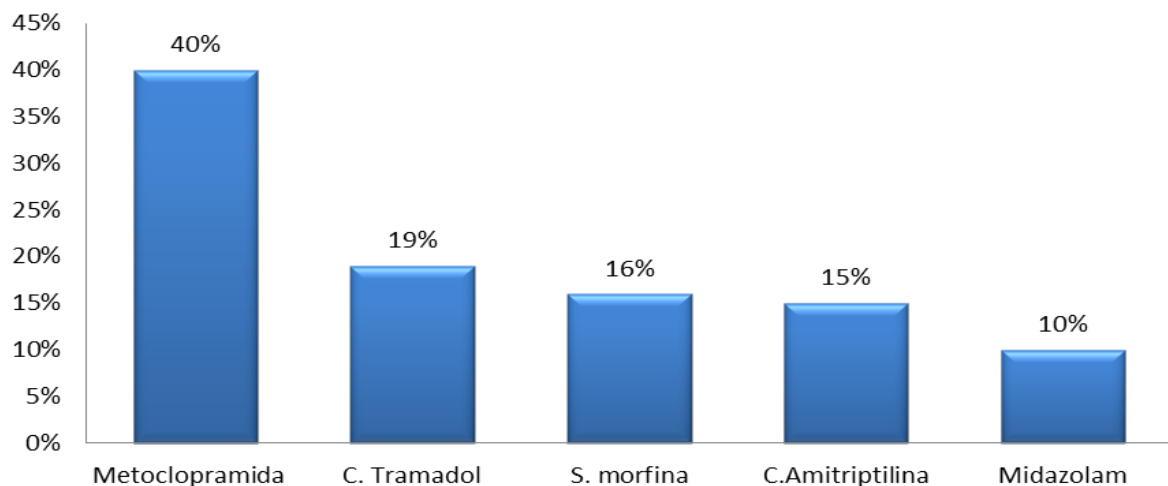


Figura 5: Frequencia de possíveis Reações Adversas para cada medicamento

A Metoclopramida e Morfina foram responsáveis por 49% das associações no estudo.

Quanto à evolução dos pacientes na clínica possível de acompanhamento, acarretaram em cura tendo alguns poucos casos de complicações não foi possível observar se o óbito foi relacionado a patologia.

6.0 DISCUSSÃO

O hospital Fundação Assistencial da Paraíba-FAP é hoje uma instituição referencial no diagnóstico, cirurgias e tratamento oncológico, não obstante apesar de atender outros tipos clínicos tais como parturientes e pediatria, o perfil clínico da FAP é bem característico de oncologia justificando a frequência de diagnóstico Síndrome neoplásica e Litíase Biliar. É um Hospital de excelência nas especialidades de alta complexidade (Radioterapia, Quimioterapia, Hemodiálise) e de demais serviços de Média complexidade oferecidos à população.

Apesar de característico no tratamento oncológico e este requerer um tempo de internação em média de 10 dias, os pacientes da FAP com um tempo médio de internação de 6 dias o que retrata uma eficiência no tratamento e também por parte destes serem cirúrgicos. Em DATASUS no Brasil no período de Julho de 2012 a Novembro de 2013, a média de permanência é de 5,8 dias corroborando com os dados obtidos neste estudo.

Quanto ao número médio de medicamentos por prescrição, o valor observado nesse estudo é de 8,84 medicamentos, o que é alto considerando-se que há grandes possibilidades da ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas. Para este indicador é muito difícil definir valores ótimos, uma vez que sofre influência de diferentes fatores fortemente dependentes de características regionais e locais, entre elas a característica do serviço de saúde (HORGEZEIL et al.,1993). No caso deste estudo, o fato de ter sido realizado em um hospital filantrópico de administração privada de grande porte, no setor de clínica médica, oncologia, pediatria e maternidade, onde a variação de patologias existentes é grande, pôde explicar o alto grau de polimedicação encontrada.

Segundo a OMS, o número médio de medicamentos por prescrição tem o propósito de verificar o grau de polifarmácia, que, em alguns casos foi necessária. Pesquisas mostraram que, se o número de medicamentos for maior que cinco, há maior risco de eventos adversos relacionados aos medicamentos, inclusive o que diz respeito às interações medicamentosas.

O uso de neuropsicofármacos não obstante do descrito na literatura tem um direcionamento para cada tipo de tratamento de acordo com a patologia. Assim, como o hospital é dividido em clínicas sua indicação também apresenta perfis distintos a exemplo o sulfato de morfina que na clínica cirúrgica utilizado em associação com anestésicos para dor pós operatória, dor aguda, na oncologia foi usado para o tratamento da dor crônica. Entretanto o uso contínuo e prolongado de opióides aqui representados por sulfato de morfina, Cloridrato de tramadol e Fentanil causa reações adversas já conhecidas por causar tolerância e dependência.

Existem três síndromes patológicas associadas ao uso de opióides: intoxicação, Abuso e Dependência. Além disso, a abstinência de opióides é uma síndrome clínica comum tipicamente associada a cessação abrupta ou a marcada diminuição do uso opióides por uma pessoa fisicamente dependente dela (BALTIERI et al., 2004).

Apesar de serem de risco moderado as reações adversas apresentaram frequência relevante na população estudada o que requer maior atenção. Como consequência do uso de neuropsicofármacos foram em uma maioria reações já conhecidas e relatadas na literatura característicos do medicamento como: sonolência e boca seca para a maioria, náuseas e vômitos para sulfato de morfina e midazolam.

A clínica oncológica composta por pacientes mais debilitados devido a severidade da patologia que em muitos casos se encontram em metástase estão sujeitos a maiores complicações no uso do medicamento, sejam por reações adversas ou interações que é bem frequente devido a polifarmácia. A clínica Médica e Cirúrgica também apresentou polifarmácia a primeira devido os pacientes apresentarem quadro clínico parecido com o oncológico já que no hospital o encaminhamento para esta clínica se dá devido ou fins diagnósticos suspeito de neoplasia ou outra patologia severa. Já a segunda, devido os pacientes estarem em processo operatório seja durante ou após cirurgia, o mesmo ocorrendo na Maternidade em casos de cesariana.

Secoli (2010) relata que o uso de vários medicamentos simultaneamente é um dos principais fatores de risco para ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas ao medicamento (RAM's). Corroborando, Lima (2009) descreve que a prevalência de interações aumenta exponencialmente com o número de fármacos prescritos, principalmente associados à complexidade do quadro clínico em pacientes hospitalizados.

Entende-se por interação medicamentosa (IM) a interferência que pode ocorrer entre os fármacos utilizados na terapêutica e ainda com outros elementos como alimentos e bebidas. Dessa maneira, Stockley (2004), afirma que a reação mencionada corresponde às situações nas quais os efeitos de um fármaco se modificam ou quando ocorre o surgimento de um novo efeito em decorrência da presença de outro fármaco, alimento, bebida ou agente químico ambiental.

Como a pesquisa foi realizada no hospital onde alimentação é ajustada a cada paciente por um nutricionista não foi observado relação de reação adversa com alimentação.

Algumas situações em que o risco de interações medicamentosas foram registradas durante a pesquisa envolveram principalmente a metoclopramida, o cloridrato de morfina, o cloridrato de tramadol e midazolam, tratadas adiante.

O Midazolam junto com omeprazol tem o efeito potencializado pelo omeprazol (GIM, 2011).

A metoclopramida foi o fármaco mais envolvido em associações no hospital, uma vez que foi o mais frequente nas prescrições, corroborando Backes, (2013) em um estudo no Hospital Universitário de Santa Catarina verificou que Metoclopramida foi o fármaco mais envolvido em interações contraindicadas. As náuseas e os vômitos pós-operatórios continuam sendo uma das causas mais comuns de complicação pós-anestésica e pós-quimioterápicas.

A Metoclopramida potencializa a depressão do Sistema Nervoso Central (SNC) causada pela morfina. E o efeito da Metoclopramida sobre a motilidade gástrica é reduzido pela morfina (AZEVEDO et al.,2008). A Metoclopramida com Cloridrato de morfina, cloridrato de tramadol e midazolam, quando associado podem ter efeitos sedativos potencializados quando administrados conjuntamente com Metoclopramida (GIM, 2011).

Coulter et al (1995), em levantamento sobre notificações de manifestações extrapiramidais em pacientes recebendo fluoxetina, concluíram que esta pode desencadear ou facilitar efeitos extrapiramidais naqueles que estão recebendo medicação psicotrópica ou drogas bloqueadoras de receptores de dopamina. Dentre os 15 casos descritos, havia um caso com a associação de fluoxetina 20 mg/dia e metoclopramida 30 mg/dia durante o uso combinado por 30 dias. A fluoxetina tem sido relacionada a reações extrapiramidais, bem como a sertralina, paroxetina e metoclopramida (COULTER, 1995; LAMBERT, 1998).

O cloridrato de tramadol, junto com o haloperidol, pode aumentar a toxicidade do tramadol, diminuindo o metabolismo do Tramadol e desembaraço. Haloperidol pode diminuir o efeito de redução da produção do metabolito ativo do Tramadol (BUGGY ; SMITH, 1999).

De acordo com Tatonetti et al. (2011), o Tramal pode acarreta reações adversas do o Hydergine (mesilato ergolóide) se for administrado ao mesmo tempo. A reação adversa em questão é uma síndrome de serotonina, onde ocorre um aumento iatrogénico da atividade serotoninérgica. As reações relatadas durante o estudo são: constipação e prurido. Fazendo uma análise dos casos e comparando com a literatura, pode-se observar que essas reações podem ser causadas pelo Cloridrato de tramadol. A constipação é uma reação classificada como relativamente comum. O prurido, e classificado como uma reação relativamente rara.

Então, nesses casos não houve interação medicamentosa, até porque o paciente que estava usando Hydergine (mensilato ergolóide) não fazia uso concomitante de Tramal (cloridrato de tramadol). Foram relatadas reações comuns, com relação ao Cloridrato de tramadol.

O uso de sulfato de morfina concomitante com ciclosporina tem aumentado à incidência de complicações neurológicas em pacientes transplantados. Também o uso de IMAO com depressores do SNC, incluindo os analgésicos narcóticos, pode resultar em hipotensão e depressão respiratória (GREGHI,2011).

A existência de interações medicamentosas representa uma problemática que deve ser tratado por prescritores e dispensadores. Várias dessas interações apresentados têm significado clínico sério e devem ser evitadas principalmente em pacientes idosos que, de forma geral, são mais sensíveis aos efeitos terapêuticos e tóxicos dos medicamentos (CAHILL, 2002).

A pesar da evolução das reações não acarretaram diretamente em óbitos e em maioria possível de reverter, percebe-se que a frequência dos eventos é bem considerável tanto que acarretou em maior tempo de internação do paciente acometido.

O maior uso de medicamentos representa um maior nível de morbidade da população ou ainda a existência de doenças subjacentes crônicas ou mais complicadas que, em algumas situações, aumentando o risco destes indivíduos sofrerem problemas gastrintestinais. Por outro lado, se o número de medicamentos utilizados significar em algumas situações não um estado precário de saúde, mas, acima de tudo, um sobreconsumo de medicamentos, configura-se então mais um cenário extremamente propício para a ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas, principais problemas da polifarmácia (RIBEIRO; SEVALHO; CÉSAR, 2005).

Há duas razões pelas quais a compreensão da ação dos fármacos no Sistema Nervoso Central (SNC) representa um problema particularmente desafiador. A primeira é que os fármacos que atuam centralmente são de especial significância para a humanidade eles não são apenas da maior importância terapêutica, são também os fármacos que os seres humanos comumente se autoadministram por razões não médicas (OGA; BASILE,1994)

7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deve-se atentar para uma avaliação adequada no momento da prescrição e dispensação, pois tais associações só tendem a aumentar a incidência de efeitos adversos, sendo que os neuropsicofármacos possuem uma grande importância na clínica por ser uma classe de medicamentos que requer maior atenção em relação a administração, efeito farmacológico, interações farmacodinâmicas, e cinética, uma vez que atua direto ou indiretamente no sistema nervoso central. O envolvimento de um farmacêutico clínico na equipe de atendimento pode elevar a qualidade do serviço prestado, sem ingerências sobre as competências multiprofissionais. Existe necessidade de estudos e trabalhos com equipes multidisciplinares sobre neuropsicofármacos em prescrições e dispensações hospitalares.

As unidades clínicas hospitalares merecem enfoque especial, visto que o uso concomitante de drogas, a gravidade e instabilidade dos pacientes são fatores extremamente relevantes para a vulnerabilidade do mesmo.

8.0 CONCLUSÃO

- Apesar da seriedade dos danos causados pelo uso prolongado dos neuropsicofármacos estes ainda estão sendo usados irracionalmente;
- O paciente que se encontra hospitalizados devido a patologia está sujeito a riscos maiores envolvidos com polifarmácia e associações medicamentosas descritas na pesquisa;
- A média de 8,84 medicamentos prescritos por pacientes é alta sendo considerado polimedicamentado o que pode levar a maior possibilidade de reações adversas;
- Os neuropsicofármacos apresentaram possíveis reações adversas em todos os Sistemas, sendo o vomito a reação mais ocorrente neste estudo;
- Os neuropsicofármacos mais utilizados no Hospital da FAP foram Metoclopramida, Sulfato de Morfina, Cloridrato de Tramadol, Midazolam. Os mesmos envolvidos e responsáveis pelas possíveis reações adversas;
- Felizmente apesar da frequência de casos de reações adversas, não houve complicações sérias relacionadas a medicamentos.

9.0 REFERÊNCIAS

1. ANVISA, Ministério da Saúde. Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (Notivisa). 2004. <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm> (acesso em Julho de 2013)
2. ARRAIS, P. S. D. **Medicamentos: consumo e reações adversas- um estudo de base populacional. Fortaleza:** Edições UFC,p.163, 2009.
3. AZEVEDO. Zeidan, et al .Intraarticular Tramadol-bupivacaine combination prolongs the duration of postoperative analgesia after arthroscopic knee surgery. **Anesth Analg**, v.107, p. 292–299,2008.
4. BACKES, Patrícia. Identificação e avaliação de potenciais interações medicamentosas em prescrições de pacientes internados no hospital universitário da UFSC. In: Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, p.65-70 2013.Disponível em:< <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/107438/317821.pdf?sequence=1> >, Acesso em: 03 de Janeiro de 2014.
5. BALLENGER JC. Benzodiazepines. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB. The American Psiquiatric Press textbook of psychopharmacology, 2 nd Edition. Washington: **American Psychiatric Press** , p.271-286, 1998
6. BALTIERI, Danilo Antonio et al. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil.**Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.4, p.259-69, 2004.
7. BATES D. W. et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug event: implications for prevention. **ADE Prevention Study Group. JAMA** ,v.274,n.1, p.29-34, 1997a.
8. BATES D. W.et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. **Adverse Drug Events Prevention Study Group. JAMA**, v.277, n.4, p.307-11, 1997b.
9. BIANCHINE JR. **Drugs for Parkinson's disease, spasticity and acute muscle spasms**. In: Gilman AG, Goodman LS, Rall TW, Murad F, eds. The Pharmacological Basis of Therapeutics. 7th ed. New York: Macmillan, p. 994-1002, 1985.

10. BLIN O. A comparative review of new antipsychotics. **Can J Psychiatry** , v.44, p.235-244,1999.
11. BOUSQUET J.; VAN CAUWENBERGE P.; KHALTAEV N. Aria Workshop Group; World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma. **J Allergy Clin Immunol.** v.108, p. 147-334, 2001.
12. BRASIL. Ministério Da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional.** Série B – Textos Básicos de Saúde. Brasília: DF, 2008.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos .** Brasília: Ministério da Saúde 2012.
15. BUGGY, Donal J. SMITH Graham . Epidural anaesthesia and analgesia: better outcome after major surgery? **.BMJ** ,v. 319, 28 AUGUST, 1999. Acesso em:20 de Janeiro de 2013, Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116422/>>.
16. CAHILL JA. Responsibilities of Physicians and Pharmacists in preventing drug interactions. **J Am Med Assoc.** v.287, p.586-7, 2002.
17. CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Datasus/Ministério da Saúde do Brasil, 2009
18. CORDIOLI, Aristides Volpato. **PSICOFÁRMACOS NOS TRANSTORNOS MENTAIS.** Artmed, 2010. Disponível em:<
http://xa.yimg.com/kq/groups/19633676/205730663/name/psicofarmacos_cordioli.pdf
> , acesso em: 20 de março de 2013
19. COULTER, D.M.; PILLANS, P.I. - Fluoxetine and Extrapiramidal Side Effects. **Am J Psychiatry.**v. 152,p.122-5, 1995.

20. DATASUS-Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Brasil**, Média permanência Período: Ago/2012-Nov/2013 ,2014.Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>, Acesso em:19 de Janeiro de 2014.
21. DE VEAUGH-GEISS J.; KATZ R.;LANDAU P. CLOMIPRAMINE COLABORATIVE STUDY GROUP: Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. **Arch Gen Psychiatry**, v. 48, p. 730-38, 1991.
22. DELUCIA, R. et al. **Farmacologia Integrada**. 3ª Ed. Editora Revinter, Rio de Janeiro-RJ, p.701, 2007.
23. DOMINO, K.B; ANDERSON, E.A.; POLISSAR, N.L., et al. — Comparative efficacy and safety of ondansetron, droperidol, and metoclopramide for preventing postoperative nausea and vomiting: a meta-analysis. **Anesth Analg**,v.88,p.1370-1379, 1999.
24. DRESCH,Cibele. A farmacovigilância e a Atenção Primária à Saúde: Diálogo possível e Necessário.Revista APS, v.9, n.1, p. 73-82, jan./jun. 2006.
25. DUGAS J. E. **Mood elevation and medication**. Dis Nerv Syst, v.38, p.958, 1977.
26. FAUS DADER, M.J.; AMARILES, P.; MARTINEZ-MARTINEZ, F. **Atenção Farmacêutica; conceitos processos e casos práticos**. São Paulo: RCN Editora, p.246, 2008.
27. GAN TJ — Postoperative nausea and vomiting — Can it be eliminated? .JAMA, v.287,p.1233-1236,2002.
28. GORMAN JM.Treating generalized anxiety disorder. **J Clin Psychiatry**. Suppl, n.2, p.24-9, 2003.
29. GRAHAME-SMITH, D.G.; ARONSON, J.K. **Oxford textbook of clinical pharmacology and drug therapy**. 3 ed. Oxford: Oxford University Press., p. 83-109 , 2002.
30. GREGHI ,Carlos M. **Interações Medicamentosas Envolvendo os Neuropsicofármacos Padronizados no HURNP**. Diretoria Clínica - Divisão de

- Farmácia Serviço de Informações de Medicamentos. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, 2011. Disponível em:<
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TqcdOBUwnhYJ:www.hu.ue1.br/arquivos/DOWNLOAD/InterPsic3.pdf+&cd=9&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>,
Acesso em: 01 de Setembro de 2012.
31. GREIST JH, JEFFERSON J, KOBACK, K, et al. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in OCD: a meta-analysis. **Arch Gen Psych**, v.52, p. 53-0, 1995.
 32. GUERRA, N. F. et al. Polifarmacia en el anciano. **ACTA Medica**, v. 10, 2002.
 33. GUIA DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS-GIM. Hospital das Clínicas. Universidade Federal de Goiás Hospital das Clínicas Coordenação de Farmácia, Goiana, 2011.
 34. GUYTON, A. C.; Hall, J. E.; **Tratado de Fisiologia Médica**. Ed.9°. Guanabara. 1997.
 35. HORGEZEIL, H. V. et al. Field tests for rational drug use in twelve developing countries. **Lancet**, v., 342, n.8884,p.1408-1410, 1993.
 36. JOHNSON, L.R. **Fundamento de Fisiologia Médica** . Ed. Guanabara 2000.
 37. KAPLAN HI, SADOCK BJ. Biological Therapies. In: Kaplan HI, Sadock BJ. **Comprehensive Textbook of Psychiatry – Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry**. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins., p. 1001-4, 1998.
 38. KETTER AT, WANG PO. Predictors of treatment response in bipolar disorders: evidence from clinical and brain imaging studies. **J Clin Psychiatry** , v.63, p.21-25, 2002.
 39. KRANKE, P. et al. Dimenhydrinate for prophylaxis of postoperative nausea and vomiting: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Acta Anaesthesiol Scand**.v.46,n.3,p.238-44, 2002.
 40. KURZ A, SESSLER DI. Opioid-induced bowel dysfunction. **Drugs** v.63, p.649-71, 2003.

41. LAGES, N. et al. — Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. *Rev Bras Anesthesiol*, v.55, p.575-585, 2005.
42. LAMBERT, M.T.; TRUTIA, C.; PETTY, F. - Extrapiramidal Adverse Effects Associated with Sertralina. *Prog Neuro-Psychopharmacol and Biol Psychiat*. v. 22, p. 741-8, 1998.
43. LANDBORG PD, HEGEL MT, GOLDSTEIN S. Sertraline treatment of Post traumatic stress disorder: results of 24 weeks of open-label continuation treatment. **J Clin Psychiatry** . v.62 p.325-331, 2001.
44. LAPORTE, J.R & CARN..., X. Metodología epidemiológica básica en farmacovigilancia. In: LAPORTE, J.R & TOGNONI, G. (Org.). **Principios de Epidemiologia del Medicamento**. Barcelona: Masson-Salvat., p. 111-130, 1993.
45. LEMA, M. L. Using the ASA physical status classification may be risky business. **ASA Newsletter**, v. 66, n. 9., p.24, 2002.
46. LIMA, REF; CASSIANI, SHB. Interações medicamentosas potenciais em pacientes de unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_13.pdf. Acessado em: 03/06/13.
47. MAZZEO, F. et al. Hospital-based intensive monitoring of antibiotic-induced adverse events in a university hospital. **Pharmacol s**. v. 51, n.3, p.269-74, 2004.
48. MARCOLIN MA. **Interações farmacológicas com drogas psiquiátricas**. Rio de Janeiro: Medsi; 1998.
49. MASSOTTE D, KIEFF ER BL. A molecular basis for opiate action. **Essays Biochem**, v.33, p.65-77, 1998.
50. MCDOWELL, S.E.; COLEMAN, J.J; FERNER, R.E. **Systematic review and meta-analysis of ethnic differences in risks of adverse reactions to drugs used in cardiovascular medicine**. **British Medical Journal**, v. 332, p.1177-81, May 2006.
51. MÖLLER HJ. Effectiveness and safety of benzodiazepines. **J Clin Psychopharmacology**; v.19, p.2-11, 1999.

52. NISHIYAMA et al. Experiência de farmacovigilância no Hospital Universitário Regional de Maringá, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum Maringá**, v. 24, n. 3, p. 749-755, 2002
53. NUNES, I. C. C. Novos anti-histamínicos: Uma Visão Crítica. **J. Pediatr. (Rio J.)**. vol.82, n.5, p.173-180, 2006. ISSN 0021- 57, Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572006000700007>>, acesso em: 22 de jun. 2013.
54. OGA, Seizi; BASILE, Aulus Conrado. **Medicamentos e suas interações**. São Paulo: Atheneu, p.31-83, 1994.
55. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **International drug monitoring: the role of national centers**. The WHO Technical Report Series No. 498, Genebra, Suíça: OMS, p. 498, 1972.
56. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) -ATC. **International drug monitoring. The role of National Centres**. Technical Report Series, n.498, Genebra, 1997.
57. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Medicines strategy: framework for action in essential drugs and medicines policy 2003**. Genebra: WHO; 2000.
58. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). **Perspectivas políticas sobre medicamentos de La OMS**. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. n. 5. Ginebra, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2013.
59. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). **Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos**. La farmacovigilancia: garantía de seguridad en el uso de los medicamentos. Ginebra: OrganizaciÛn Mundial de la Salud, 2004.
60. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). **Monitorização da Segurança de Medicamentos: Diretrizes para Criação e Funcionamento de um Centro de Farmacovigilância**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 28 p., 2005.
61. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The safety of medicines in public health programmes. Pharmacovigilance: An essential tool**. Geneva: WHO; 2006.

62. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Medicines: rational use of medicines**. Fact sheet, n. 338, May, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/print.html>> Acesso em: 02 set. 2013.
63. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos – relatório 2001 – 2002**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/temas_documentos_detalhe.cfm?id=43&iddoc=245>. Acesso em: 7 ago. 2013.
64. PETRAMALE, C.A. Rede de hospitais sentinelas. **II Oficina sobre Uso Seguro e Vigilância de Medicamentos em Hospitais**. Período: 7 a 10 de abril de 2002. Disponível em: <http://www.Anvisa.gov.br/farmacovigilancia/oficinas/oficina_2/programa.htm> Acesso em: 20 mar.2013.
65. PFAFFENBACH, G.; CARVALHO, O.M.; BERGSTEN-MENDES, G. Drug adverse reactions leading to hospital admission. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 237-41, 2002.
66. PICINELLI M, PINI S, BELLANTUONO C. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. **Brit J Psychiatry**, v. 166, p. 424-43, 1995.
67. POLLACK M.H., et al. Sertraline in the treatment of panic disorder: a flexible dose multicenter trial. **Arch Gen Psychiatry**, v. 55, p. 1010-1016, 1998.
68. RIBEIRO, Andréia Queiroz; SEVALHO, Gil; CESAR, Cibele Comini. Prevalência e fatores associados ao uso de antiinflamatórios não-esteróides por pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v8, n.3, p.306-315, set. 2005.
69. Rang & Dale. **Farmacologia**. [tradução de Raimundo Rodrigues Santos e Outros]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
70. RICKELS K.; POLLACK MH.; SHEEHAN D.V.; HASKINS J.T. Efficacy of extended release venlafaxine in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder. **Am J Psychiatry** v.157, p.968 -74, 2000.


71. ROCCA, P; FONZO, V.; SCOTTA, M.; ZANALDA, E.; RAVIZZA, L. Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder. **Acta Psiq Scand**, v. 95, p.444-450, 1997.
72. ROSENBAUM JF, POLLOCK RA, JORDAN SK, POLLACK MH. The pharmacotherapy of panic disorder. *Bull Menninger Clin.*, V.60, p.54-75, 1996.
73. ROZENFELD, Suely. Agravos provocados por medicamentos em hospitais do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, , v.41, n.1, p.108-115, Feb. 2007.
74. SCHUCKIT M. Fármacos de venda livre e algumas outras drogas de venda sobre prescrição médica. In: Schuckit M, ed. **Abuso de álcool e drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 230-45, 1991.
75. SCHMIDT, A; BAGATINI, A — Náuseas e vômitos pós-operatório: fisiopatologia, profilaxia e tratamento. **Rev Bras Anesthesiol.**, ,v.47,p.326-334, 1997.
76. SECOLI, RS. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. Bra. Enferm.**,v. 63,n.1, p. 136-140, 2010.
77. SIMONS FE. Comparative pharmacology of H1 antihistamines: clinical relevance. **Am J Med.**,v.113,p.38-46, 2002.
78. STOCKLEY, I. H. **Interacciones farmacológicas. Fuente bibliográfica sobre interacciones, sus mecanismos, importância clínica y orientación terapéutica**. Barcelona: Pharma Editores, 2004.
79. TATONETTI, NP, et al. G Krishnan. Detecting Drug Interactions From Adverse-Event Reports: Interaction Between Paroxetine and Pravastatin Increases Blood Glucose Levels. **Published online**. May 25,2011. Acesso em: 20 de Julho de 2013, Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3216673/>>
80. THE UPPSALA MONITORING CENTRE(UMC). **The Uppsala Monitoring Centre & WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring**. 2005. Disponível em:<<http://www.who-umc.org/umc.html>> acesso em 22 abril de 2013.

81. TRESKOT AM, DATTA S, LEE M, HANSEN H. Opioid pharmacology. **Pain Physician** v.11, p.133-53,2008.

82. WORK GROUP ON BIPOLAR DISORDER (WGBP). Practice guidelines for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). **Am J Psychiatry**, v.159, p.1-39,2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

	<p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA SETOR DE FARMACOVIGILÂNCIA</p> <p><i>AVALIAÇÃO DO USO DE NEUROPSICOFÁRMACOS NO HOSPITAL DA FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA - FAP</i></p>	<p>Ficha Nº:</p> <p>Prontuário Nº:</p> <p>Banco de dados:</p>
---	---	---

APÊNDICE A

FORMULÁRIO FARMACOTERAPÊUTICO

Início do acompanhamento ao paciente: ___ / ___ / ___
 Término do acompanhamento ao paciente: ___ / ___ / ___

1.0 Principais características clínico-pessoais da população hospitalizada

Nome: _____
 Gênero: () Masc. () Fem. Idade: _____ ASA I () II () III () IV ()
 Admitido ___ / ___ / ___ CLÍNICA _____
 Número de medicamentos utilizados: _____
 Alérgico a medicamento: Sim () Não () Qual: _____
 Alta () Data ___ / ___ / ___
 Transferido () Local _____ óbito () Data ___ / ___ / ___
 Duração da Internação _____

2.0 Dados Clínicos:

Diagnóstico: _____

Capítulo – CID 10	Categorias *
()	I Algumas doenças infecciosas e parasitárias
()	II Neoplasias
()	III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
()	IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
()	V Transtornos mentais e comportamentais
()	IX Doenças do aparelho circulatório
()	X Doenças do aparelho respiratório
()	XI Doenças do aparelho digestivo
()	XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo
()	XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
()	XIV Doenças do aparelho geniturinário
()	XV Gravidez, parto e puerpério

* Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, DATASUS, 2008).

3.0 Formulário para medicamentos utilizados:

MEDICAMENTO	CLASSE	ATC	POSOLOGIA	VIA	INÍCIO	TÉRMINO
					/ /	/ /

4.0 Frequência das possíveis por RAM por sistema afetado

Apresenta RAM: SIM () NÃO () Qual: _____

NEUROPSICOFÁRMACO SUSPEITO SIM () NÃO () Qual: _____

<i>Sistema afetado</i>	Início	Término	Sequelas
() Estado geral ^a			
() Pele ^b			
() Sistema cardiovascular ^c			
() Sistema gastrointestinal ^d			
() SNC e periférico ^e			
() Outros ^f			

^a Edema MMII (), fraqueza (), febre, dor corpórea (), dor olhos, edema abdominal, edema rosto, cansaço ();

^b Prurido ();

^c Hipertensão (), Hipotensão ();

^d Constipação (), vômito (), dor epigástrica (), flatulência (), enjôo (), dor abdominal, azia (), diarreia ();

^e Cefaléia(), tontura (), insônia (), sonolência ();

^f Tosse seca (), rubor MMSS(), calafrio(), eritema(), dormência(), hemorragia ().

Obs.

5.0 Interações medicamentosas potenciais com maior incidência nas prescrições

INTERAÇÃO COM AINE SIM () NÃO ()

NEUROPSICOFÁRMACO _____

NEUROPSICOFÁRMACO	INTERAÇÃO	
	X	
	X	

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

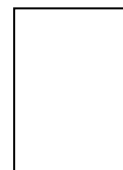
Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu, _____, cidadão brasileiro, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa “Avaliação do uso de neuropsicofármacos em pacientes hospitalizados na fundação assistencial da Paraíba” sob a responsabilidade da pesquisadora Lindomar de Farias Belém.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado (a) pelo pesquisador, de que:

A pesquisa se justifica pela necessidade de pensarmos e discutirmos sobre a utilização racional de medicamentos.

1. Seu objetivo é estudar a utilização dos medicamentos por pacientes na terceira idade internados no Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba.
2. Minha participação é voluntária, sendo garantido o meu anonimato e sigilo de dados confidenciais, tendo o direito à desistência a qualquer momento sem risco de penalização.
3. Caso sinta a vontade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (83) 2102-0373 (CIM/CEFAP – FAP).
4. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.



TATIANY FERNANDES QUIRINO
ORIENTANDA

LINDOMAR DE FARIAS BELÉM
PESQUISADORA

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “Avaliação do Uso de Neuropsicofármacos em Pacientes Hospitalizados na Fundação Assistencial da Paraíba”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução/UEPB/CONSEP/10/2001 de 10/10/2001.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CCEP/UEPB (Conselho Central de Ética em Pesquisa/ Universidade Estadual da Paraíba) ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/UEPB, qualquer modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Autora da Pesquisa

Orientando (a)

ANEXOS

ANEXO A

Classificação do estado físico do paciente de acordo com a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) (LEMA, 2002 – modificado).

- ASA I – Paciente normalmente saudável
- ASA II – Paciente com doença sistêmica leve
- ASA III – Paciente com doença sistêmica grave
- ASA IV – Paciente com doença sistêmica grave, que ameaça à vida
- ASA V – Paciente moribundo (morte em 24h com ou sem cirurgia)

ANEXO B

 Andamento do projeto - CAAE - 4359.0.000.133-09 

Título do Projeto de Pesquisa

ESTUDO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	15/10/2009 09:55:06	20/10/2009 10:18:26		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	15/10/2009 09:55:06	Folha de Rosto	4359.0.000.133-09	CEPV
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	15/09/2009 11:17:27	Folha de Rosto	FR290870	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	20/10/2009 10:18:26	Folha de Rosto	4359.0.000.133-09	CEP

 Voltar