

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL - UFMS
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, ALIMENTOS E NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

LETÍCIA LEMES DE SOUZA

**Avaliação da intervenção farmacêutica em pacientes
dependentes químicos internados no CAPS AD IV**

CAMPO GRANDE-MS

2023

LETÍCIA LEMES DE SOUZA

**Avaliação da intervenção farmacêutica em pacientes dependentes químicos
internados no CAPS AD IV**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição (FACFAN) da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Ciências Farmacêuticas.

Linha de Pesquisa: INVESTIGAÇÃO DE ALVOS TERAPÊUTICOS, ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS E PRÉ-CLÍNICOS.

Orientador: Prof. Dr. Davi Campos La Gatta

Co-orientadora: Dr^a. Vanessa Marcon de Oliveira

CAMPO GRANDE – MS

2023

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus e meus guias espirituais, que em meio a tantas adversidades me mantiveram de pé para que esse trabalho fosse concluído.

Agradeço ao meu esposo pelo apoio, pela paciência e pelo cuidado durante o período do mestrado.

Agradeço a minha família, aos meus pais e em especial a minha mãe que apesar de não estar mais entre nós para presenciar a conclusão da minha pós-graduação era uma das minhas maiores incentivadoras, desde sempre me ensinou que o estudo era o melhor caminho.

Agradeço a minhas irmãs, sobrinhas, sobrinho e demais familiares que por estarem ao meu lado em alguns dias tornaram a caminhada mais leve.

Agradeço a minha filha que mesmo tão pequena e dentro de todas as suas limitações entendia as demandas do meu trabalho, me ajudava e me apoiava com muito amor.

Agradeço aos meus orientadores Davi e Vanessa pela parceria e pelos ensinamentos.

RESUMO

Introdução: A dependência química é uma doença crônica que se tornou um problema de saúde pública mundial. É caracterizada pela busca e consumo compulsivo de substâncias psicoativas que levam a prejuízos pessoais e profissionais. Segundo o Relatório Mundial Sobre Drogas 5,5% da população faz uso de drogas, mas apenas 1 em cada 7 recebem tratamento adequado. O tratamento da dependência química tem como objetivo amenizar a “fissura”, controlar os sintomas da síndrome da abstinência e evitar recidivas, sendo que o tratamento farmacológico é complexo e não específico, além disso, os pacientes têm baixa adesão. O acompanhamento farmacoterapêutico tem se mostrado eficaz na melhora da qualidade de vida de pacientes com outras doenças crônicas, sendo o farmacêutico o profissional de referência para identificar problemas relacionados a medicamentos, interações de medicamentos e outros problemas relacionados à terapia farmacológica desses pacientes. **Objetivos:** Realizar acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes internados em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV no município de Campo Grande – MS. **Metodologia:** Foi realizada análise de prontuários e entrevistas com pacientes com dependência química que estavam internados em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV no município de Campo Grande – MS, no período de maio de 2022 a abril de 2023. Utilizou-se instrumento de acompanhamento farmacêutico. As interações de medicamentos foram identificadas por meio do Drugs.com. Os problemas relacionados a medicamentos também foram identificados e classificados e quando necessário as intervenções eram feitas e sua aceitabilidade registrada. **Resultados:** Dos 52 pacientes admitidos no estudo, a maioria eram homens (92%), pretos e pardos (73,1%), com idade média de 37 anos, sendo a idade mínima 18 anos e a máxima 62 anos, solteiros (63,4%), desempregados (61,5%), usuários de múltiplas drogas, que declararam ter o ensino fundamental incompleto (42,3%), renda mensal de até 1 salário mínimo (44,2%) e era comum os pacientes apresentarem doenças mentais pregressas (42,3%). Foram prescritos 929 medicamentos, os pacientes apresentavam um padrão de polimedicação, com uma média de 5,4 medicamentos por prescrição, sendo que o número máximo de medicamentos prescritos foram 12 medicamentos e o mínimo 2. O medicamento mais prescrito foi o Diazepam. Apesar de ter sido encontrado 449 PRM's, 2.636 IM's os níveis de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas foram baixas. O principal erro de medicação foi a duplicação terapêutica e foram registradas 452 discrepâncias do tipo intencional relacionadas a omissão de droga. **Conclusão:** As intervenções farmacêuticas podem contribuir para o uso racional de medicamentos, evitar erros de medicamentos bem como possíveis problemas causados pela farmacoterapia quando há colaboração dos profissionais envolvidos no cuidado com o paciente. Contudo, ainda há resistência para aceitação das intervenções farmacêuticas, sendo necessário difundir o trabalho do farmacêutico clínico.

Palavras-chave: Dependência química, saúde pública, problemas relacionados a medicamentos, interações de medicamentos e farmácia clínica.

ABSTRACT

Introduction: The addiction is a chronic disease that has become a global public health problem. It is characterized by the compulsive search and consumption of psychoactive substances that lead to personal and professional losses. According to the World Drug Report, 5.5% of the population uses drugs, but only 1 out of 7 individuals receives adequate care. The treatment of addiction aims to alleviate the “craving”, control the symptoms of the withdrawal syndrome and avoid relapses, and the pharmacological treatment is complex and non-specific, in addition, patients have low adherence. Pharmacotherapeutic monitoring has been shown to be effective in improving the quality of life of patients with other chronic diseases, and the pharmacist is the reference professional to identify problems related to medications, drug interactions and other problems related to pharmacological therapy for these patients.

Objective: To carry out pharmacotherapeutic monitoring of patients admitted to the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs IV in the city of Campo Grande – MS.

Methodology: Analysis of medical records and interviews were carried out with addicted patients who were admitted to a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs IV in the city of Campo Grande – MS, from May 2022 to April 2023. An instrument was used for pharmaceutical monitoring. Drug interactions were identified by using Drugs.com website. Problems related to medications were also identified and classified and, when necessary, interventions were made and their acceptability recorded. **Results:** Among the 52 patients admitted to the study, 92% were men, black and mixed race (73.1%), with an average age of 37 years, minimum age of 18 years and a maximum age of 62 years. 63.4 % were single, unemployed (61.5%), multiple drugs users, who declared that they had incomplete primary education (42.3%), monthly income of up to 1 minimum wage (44.2%) and it was common for patients to have illnesses previous mental illness (42.3%). 929 medications were prescribed. Patients had a polypharmacy pattern, with an average of 5.4 medications per prescription. The maximum number of medications prescribed was 12 and the minimum was 2. The most prescribed medication was Diazepam. Despite having found 449 drug related problems (DRPs) and 2,636 pharmacological interactions (PIs), the levels of acceptability of pharmaceutical interventions were low. The main medication error was therapeutic duplication and 452 intentional discrepancies related to omitted doses or drugs were recorded.

Conclusion: Pharmaceutical interventions can contribute to the rational use of medicines, avoid medication errors as well as possible problems caused by pharmacotherapy when there is collaboration between professionals involved in patient care. However, there is still resistance to the acceptance of pharmaceutical interventions, making it necessary to disseminate the work of clinical pharmacists.

Keywords: *Addiction, public health, medication-related problems, drug interactions and clinical pharmacy.*

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	3
RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
LISTA DE FIGURAS.....	8
LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE SIGLAS.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	12
2.1 UMA DOENÇA DE APRENDIZADO MAL.....	12
2.2 COMORBIDADES.....	13
2.3 EPIDEMIOLOGIA.....	14
2.4 SUBSTÂNCIAS COM MAIORES ABUSOS NO BRASIL.....	16
2.4.1 ÁLCOOL.....	16
2.4.2 COCAÍNA E CRACK.....	19
2.4.3 MACONHA.....	21
2.5 TRATAMENTO DISPONÍVEL.....	22
2.6 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	22
2.7 ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	25
2.8 ASSISTÊNCIA EM CAMPO GRANDE MS E O CAPS AD.....	26
3 OBJETIVOS.....	27
3.1 OBJETIVO GERAL.....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4 MÉTODO E CASUÍSTICA.....	28
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	28
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	28
4.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	28
4.4 COLETA DE DADOS.....	28
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
5 RESULTADOS.....	32
6 DISCUSSÃO.....	43

7 CONCLUSÃO.....	49
8 PERSPECTIVAS FUTURAS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Percentual das doenças e agravos relacionados aos óbitos atribuíves ao álcool em 2021. Fonte: Panorama Álcool e Saúde 2023 – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA).

Figura 2. Fluxograma esquematizando a amostra de pacientes de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS.

Figura 3. Classificação das Interações de Medicamentos (IM) de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS.

Quadro 1. Taxonomia de discrepâncias de medicamentos – MedTax (Almanasreh e colaboradores, 2019).

Quadro 2. Taxonomia para classificação de intervenção farmacêutica e desfechos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS.

Tabela 2. Dados clínicos de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS.

Tabela 3. Histórico social de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande - MS.

Tabela 4. Sintomas relatados no período recordatório de duas semanas pelos pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande - MS.

Tabela 5. História médica pregressa de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande - MS.

Tabela 6. Aceitabilidade das intervenções farmacêuticas realizadas com relação aos PRM's em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS.

Tabela 7. Problemas Relacionados à Farmacoterapia (PRM's) de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande - MS.

Tabela 8. Indicadores de Interações Medicamentosas (IM) de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS, intervenções farmacêuticas e aceitabilidade.

Tabela 9. Classes farmacológicas, fármacos e frequência de prescrição na internação de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS.

Tabela 10. Conciliações de medicamento de prescrição na alta de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS.

LISTA DE SIGLAS

CAPS AD IV – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV

CB1 – Receptor Canabinóide Tipo 1

CB2 – Receptor Canabinóide Tipo 2

CID-10 – Classificação de Doenças da OMS

CID-11 – Classificação de Doenças da OMS

CID-8 – Classificação de Doenças da OMS

CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool

CYP2E1 – Citocromo P2E1

CYP450 – Citocromo P450

DA – Dopamina

DAT – Transportador de Recaptação de Dopamina

DSM-I – Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Distúrbios Mentais I

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Distúrbios Mentais IV

GABA – Ácido Gamaaminobutírico

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HCV – Vírus da Hepatite C

Ipec – Inteligência em Pesquisa e Consultoria Estratégica

IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LNUD-III - Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas pela População Brasileira

MEOS – Sistema Microsômico de Oxidação do Etanol

NAc – Núcleo Accumbens

NMDA – N-metil D-Aspartato

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG's – Organizações Não Governamentais

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico

SPA – Substâncias Psicoativas

SPC – Síndrome da Privação da Cannabis

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

THC – Tetrahydrocannabinol

UNODC – Relatório Mundial Sobre Drogas e Crime

Vigitel – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

1. INTRODUÇÃO

A dependência química é uma doença crônica de difícil controle, caracterizada por um comportamento compulsivo de busca e consumo de substâncias psicoativas (OMS, 2021). Outras características da doença incluem as crises de abstinência que são causadas pela interrupção abrupta do uso, a “fissura” que são crises de ansiedade deflagradas pelo desejo de uso e as recaídas, que são muito relatadas na prática clínica devido à dificuldade de manutenção da abstinência (Araujo *et al.*, 2008).

De modo geral, a doença envolve a dependência fisiológica com dessensibilização de receptores e desenvolvimento de tolerância devido ao uso repetido de uma substância (Fidalgo, Neto e Silveira, 2012). Um aspecto comum às drogas capazes de causar dependência é ativação do sistema dopaminérgico. As drogas de abuso, em sua maioria são capazes de ativar a liberação de dopamina (DA) do sistema mesolímbico para o núcleo accumbens (NAc), levando a uma sensação de prazer, o que reforça o uso repetido (Goodman, 2008; Cooper, Robison e Maison-Robison, 2017).

O consumo de substâncias psicoativas aumenta anualmente ao redor do mundo, refletindo um problema de saúde pública. O último levantamento estatístico estima que 5,5% da população mundial entre 15 a 64 anos faça consumo de drogas, o que equivale a 284 milhões de usuários no mundo (UNODC, 2022).

O tratamento da adicção é feito por meio da psicoterapia e da farmacoterapia. O tratamento farmacológico é complexo e o objetivo da terapia medicamentosa é controlar a abstinência e evitar as recaídas (DSM-V, 2014). Contudo, pode envolver interações medicamentosas e reações adversas graves. Isso evidencia a necessidade de um profissional capacitado para realizar o acompanhamento da farmacoterapia.

Estudos mostram que o acompanhamento da farmacoterapia feita pelo farmacêutico em outras doenças crônicas otimiza os resultados do tratamento, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Os cuidados farmacêuticos são uma prática do serviço do farmacêutico centrado no paciente que tem como objetivo promover, proteger e recuperar a saúde (Tommelein *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2022; García, Rodríguez-Arcas, Sánchez, 2022).

A população que faz uso de drogas é afetada por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). Isso se dá tanto pelo compartilhamento de materiais perfurocortantes destinados ao uso e pelo risco de exposição sexual sem preservativo (Guimarães, *et al.*, 2015). Além disso, pessoas com histórico de transtornos mentais como depressão, ansiedade, transtorno de personalidade e pessoas em fase de desenvolvimento (crianças e adolescentes) tem maior risco de tornarem-se adictas (Goodman, 2008; Kreek, 2011).

Considerando a dificuldade de controle da dependência química, a prevalência de novos adictos e as comorbidades associadas à adicção fazem-se necessários estudos que visem melhorar a qualidade de vida desses pacientes, promovendo bemestar e segurança no tratamento farmacológico. Neste sentido, o profissional farmacêutico desempenha papel fundamental ao ser inserido na equipe de saúde envolvida no atendimento à pacientes com esta doença.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 UMA DOENÇA DE APRENDIZADO MAL ADAPTATIVO

O consumo de drogas não é um fenômeno recente, e acompanha a história da humanidade. Contudo, o uso de drogas tornou-se uma epidemia e hoje, seu uso abusivo é definido como uma doença crônica (Dalpiaz, *et al.*, 2014).

Segundo o CID-10 (Classificação de doenças da OMS), a dependência química é definida como a prática de uso repetido de substâncias psicoativas, que apesar de resultar em prejuízos sociais, pessoais e profissionais, reflete no indivíduo o desejo de uso da droga em detrimento de outras atividades, com difícil controle sobre a frequência e aumento de tolerância e síndrome de dependência (CISA, 2022). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV), define a doença como um aprendizado mal adaptativo e um transtorno por uso de substâncias. O Manual ainda classifica os tipos de uso como dependência, abuso/uso nocivo, uso perigoso e arriscado, uso de baixo risco e abstinência (DSM-IV, 2014).

Um artigo de revisão que traz um compilado de características inerentes à dependência química mostra que o processo de adicção trata-se de uma deficiência funcional nos sistemas de motivação-recompensa, regulação do afeto e inibição comportamental. Ocorre um comportamento impulsivo onde o indivíduo busca produzir prazer (reforço positivo) e reduzir afetos dolorosos (reforço negativo) (Goodman, 2008).

Uma característica comum às drogas com potencial para causar dependência é aumentar a DA no NAc ativando o sistema mesolímbico cerebral. Por meio das projeções neurais do mesencéfalo, a DA é liberada no NAc, o que propicia a sensação de prazer e favorece o reforço positivo para o uso dessas substâncias. No entanto, recentemente estudos mostraram que a DA está ligada a motivação de um comportamento de previsão de uma recompensa. Além disso, temos que levar em consideração a atuação da serotonina e da norepinefrina, que apesar de não exercerem efeito direto na motivação-recompensa, a ação de ambos têm influência no sistema DA (Goodman, 2008).

A dependência química é marcada pela dependência fisiológica, que envolve a dessensibilização de receptores e a tolerância. Deste modo, o indivíduo passa a precisar de quantidades cada vez maiores para alcançar um efeito obtido inicialmente (Fidalgo, Neto e Silveira, 2012). Não necessariamente, mas de modo muito comum, na adicção, quando o indivíduo faz a interrupção abrupta do uso ocorre a síndrome de abstinência. A abstinência é um conjunto de sinais e sintomas físicos e psicológicos causados pela falta da droga. Esses sintomas variam de acordo com a substância antes utilizada e podem incluir náusea, vômito, agitação, ansiedade, delírio, alucinação, hipertensão arterial, taquicardia, tremores, humor deprimido, insônia, psicose e sintoma persecutório, dentre outros (Araujo *et al.*, 2008; Fidalgo, Neto e Silveira, 2012).

2.2 COMORBIDADES

A presença de uma ou mais doenças, com possibilidade de potencialização dessas doenças entre si é chamado de comorbidade (Alves, *et al.*, 2004; Ratto e Cordeiro, 2004). Pacientes adictos são comumente diagnósticas com transtornos de humor e de ansiedade. O diagnóstico concomitante dessas comorbidades psiquiátricas muitas vezes prejudica o prognóstico para o tratamento, isso acontece pois os sintomas podem se confundir entre si (Longo, *et al.*, 2017).

A prevalência entre usuários de drogas com comorbidades psiquiátricas evidencia a relação entre transtornos mentais prévios e a chance de desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais devidos o uso de álcool e outras substâncias. De modo geral, pessoas com transtorno de ansiedade, transtornos de humor como depressão e transtorno afetivo bipolar, déficit de atenção e hiperatividade, esquizofrênia, transtorno de conduta, entre outras comorbidades, tem maiores chances de se tornarem adictas (Schubiner, *et al.*, 2000; Silva, *et al.*; 2009, Longo, *et al.*, 2017; Kenevitz e Buccini, 2018).

Estudos ao longo dos anos mostram que 60% dos etilistas possuíam comorbidades psiquiátricas, sendo que o transtorno de conduta e o transtorno desafiador opositor representam os mais comuns, seguidos pelo transtorno depressivo (Armstrong e Costello, 2002). Além disso, mais de 50% dos etilistas possuem também transtorno de ansiedade e 80% deles possuem sintomas parecidos com transtorno de fobia, pânico e ansiedade generalizada (Edwards, *et al.*, 1999).

A superposição de sintomas entre essas comorbidades psiquiátricas dificulta o diagnóstico diferencial e o tratamento, um transtorno pode exacerbar ou mascarar o outro. No caso da dependência química, por exemplo, quando o indivíduo se encontra em um quadro de

abstinência para desintoxicação pode haver sintomas de depressão e ansiedade (Alves, *et al.*, 2004).

Além disso, o tratamento de transtornos de humor e ansiedade envolve o uso de antidepressivos e hipnosedativos que podem apresentar um elevado grau de interações com as drogas de abuso, favorecendo a ocorrência de reações adversas, como sedação excessiva e possibilidade de depressão cardiorrespiratória (Knevitz e Buccini, 2018).

2.3 EPIDEMIOLOGIA

De acordo com o Relatório Mundial Sobre Drogas (UNODC), em 2020, 284 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos usaram drogas, o que equivale a 5,5% da população. Dessas pessoas, 35 milhões sofrem com transtornos relacionados ao uso, mas apenas 1 em cada 7 recebe tratamento. No Brasil, o estudo publicado pelo Levantamento Nacional Sobre Uso de Drogas pela População Brasileira (LNUD-III) também no ano de 2020, evidenciou que 17,8 milhões de brasileiros fizeram uso de álcool ou tabaco e cerca de 3,9 milhões usaram álcool e substâncias ilícitas no período de maio a outubro de 2015 (LNUD-III, 2020; UNODC, 2022).

O consumo de álcool pela população brasileira, de acordo com o levantamento estatístico publicado no Panorama Álcool e Saúde de 2023 do CISA (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool), feito pelo Ipec (Inteligência em pesquisa e consultoria estratégica), evidenciou que 17% da população brasileira é consumidora abusiva de álcool. De acordo com a definição da OMS, quando uma pessoa consome 60 gramas ou mais de álcool puro em pelo menos uma ocasião durante o último mês, isso é considerado consumo excessivo. Nas pesquisas do Vigitel, essa mesma medida é usada e chamada de "consumo abusivo", que se refere a 4 ou mais doses para mulheres e 5 ou mais doses para homens em uma única ocasião no último mês, tomando como medida padrão de dose uma lata de cerveja com 350 ml, uma taça de vinho de 150 ml ou um copo de 45 ml de bebida destilada, como cachaça ou uísque (CISA, 2023).

No relatório anual feito pela UNODC sobre o uso de drogas, consta que a porcentagem de jovens usuários de maconha aumentou cerca de quatro vezes nos últimos 24 anos e cerca de 40% dos adolescentes passaram a enxergar a droga como não prejudicial, apesar de estudos comprovarem o oposto para usuários de longo prazo. Pesquisas feitas com profissionais da saúde indicam que o uso de maconha aumentou 42% durante a pandemia (UNODC, 2021). No Brasil, segundo o LNUD-III, a maconha é a droga mais consumida, seguida da cocaína. Sendo que 7,7% da população brasileira já usou maconha e 3,1% já usou cocaína pelo menos uma vez (LNUD-III, 2020).

Segundo a pesquisa feita pela Fiocruz, 0,9% da população brasileira é usuária de crack. Contudo, esse percentual não é capaz de representar toda a população usuária da droga já que essa pesquisa foi feita por meio de um inquérito domiciliar e a grande parte das pessoas que fazem uso de crack vivem atualmente em situação de rua (LNUD-III, 2020).

Apenas uma pequena parcela das pessoas que experimentam drogas se tornarão adictas. Não há linearidade sobre os motivos que levam o indivíduo a passar do uso recreativo para o uso compulsivo, mas estudos apontam que o risco é determinado por fatores genéticos (cerca de 50%); pelo desenvolvimento mental, uma vez que adolescentes pessoas com deficiências cognitivas e com transtornos psiquiátricos têm maior risco; e pelo ambiente em que o usuário está inserido (Goodman, 2008).

O Brasil é um país que tem uma grande região de fronteira seca com a Bolívia e o Paraguai, países conhecidos mundialmente por serem produtores de cocaína e pelo cultivo de maconha, respectivamente. Isso torna o país uma rota para o tráfico internacional de drogas. Os narcotraficantes conseguem trazer a droga para o Brasil e a partir disso levá-las a outras partes do mundo principalmente a Europa. O relatório do UNODC reporta o Brasil como um dos países de trânsito de remessa de tráfico de drogas entre análises feitas no período de 2015 a 2019 (UNODC, 2022).

Independente do padrão, pessoas que fazem uso de drogas possuem maior facilidade para contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST's), como HIV/Aids e hepatites virais, devido a exposição sexual sem preservativo ou compartilhamento de objetos destinados ao uso de drogas (Guimarães, *et al.*, 2015). O relatório do UNODC mostra que uma média de 8,2% de usuários de cocaína e crack no Brasil vivem com HIV e 2,63% vivem com o vírus da hepatite C (HCV) (UNODC, 2022).

Segundo os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, o transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e outras drogas (CID10 F19.2), são responsáveis por mais de 11 mil mortes/ano no Brasil. O uso abusivo do álcool e outras drogas também geram um impacto socioeconômico. As internações causadas por uso de Substância Psicoativas (SPA) sobrecarregam o Sistema Único de Saúde e geram perda de produtividade, afastamento do trabalho e uso do sistema de previdência social (CISA, 2023; BRASIL, Ministério da saúde, 2022).

De acordo com dados da literatura, a maioria dos dependentes químicos são homens, na faixa de 25 a 35 anos, solteiros ou divorciados, de baixa escolaridade, sendo que a maioria cursaram apenas o ensino fundamental. A maioria não possui emprego formal e possui baixa renda. Além disso, os usuários fazem uso de múltiplas drogas, associam comumente crack,

cocaína e maconha. Os dependentes apresentam um perfil de consumo compulsivo com comprometimento físico e social (Oliveira, Nappo, 2008; Silva, Lima, Ruas, 2020; Randhawa, *et al.*, 2020).

Um estudo realizado em um CAPS AD evidenciou que os pacientes que fazem tratamento para adicção são polimedicados e quando questionados sobre o modo de uso, relataram fazer o modo de uso dos medicamentos e com a avaliação foi observado o uso incorreto das medicações. Ao realizar a análise de prescrições, foi identificado que o medicamento mais prescrito era o haloperidol, seguido por clonazepam, biperideno e diazepam, todos são medicamentos que atuam no SNC, sendo que os benzodiazepínicos precisam de retenção de receituário (Silva, Lima e Ruas, 2020).

Outro estudo, feito em centro de reabilitação mostrou que há grande evasão dos pacientes com dependência química das clínicas de tratamento. De um total de 966 pacientes 17,9% abandonaram o tratamento e 19,88% tiveram recidivas (Randhawa *et al.*, 2020). Este valor é significativo, considerando que o paciente precisará tratar por longo período.

Uma pesquisa feita com profissionais que atuam na estratégia da família mostrou que médicos, dentistas e enfermeiros normalmente não questionam os pacientes sobre o uso de drogas durante a anamnese, 37,3% dos profissionais entrevistados relataram que em situações de urgência com pacientes dependentes químicos não saberiam qual abordagem clínica utilizar e 22,2% afirmaram não saber como e para onde encaminhar o atendimento (Farias, *et al.*, 2019).

2.4 SUBSTÂNCIAS COM MAIORES ÍNDICES DE ABUSO NO BRASIL

2.4.1 ÁLCOOL

O uso do álcool é milenar e amplamente difundido na sociedade ocidental. Apesar de poucos indivíduos se tornarem adictos, o abuso de álcool passou a se tornar um problema mundial de saúde pública. O termo “álcoolismo” surgiu na Europa no século XIX, juntamente com a revolução das indústrias e desde esse período o consumo excessivo de bebida alcoólica era visto como algo capaz de levar a promiscuidade, indisciplina e perda de produtividade. Acreditava-se ainda que pudesse ser algo passado de pai para filho. Também no século XIX, nos Estados Unidos começaram a popularizar reuniões que tinham o objetivo de combater o uso abusivo de álcool, o que posteriormente deu origem as reuniões de alcoólicos anônimos (Souza, Menandro e Menandro, 2015).

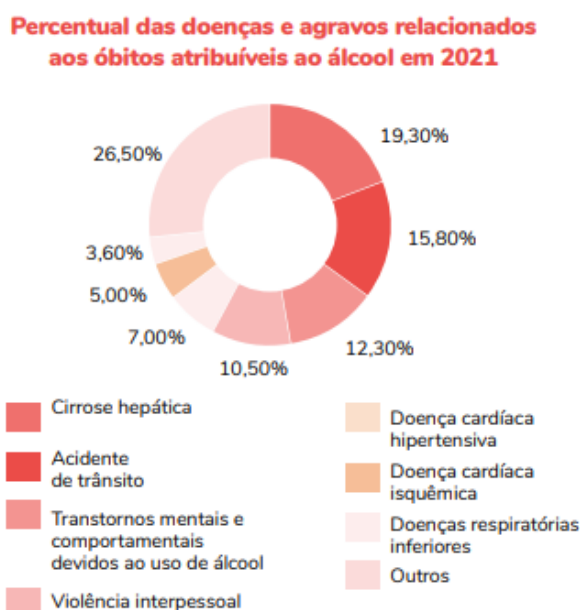
No Brasil, o consumo do álcool está muito atrelado a atividades de lazer. A ingestão no final de semana, em festas de casamento, aniversários e outros eventos é muito comum. O

álcool é uma bebida que pode ser encontrada com baixo custo nos supermercados e em lojas de conveniência, apesar de haver leis que proíbem a venda e consumo por menores de 18 anos, adolescentes e crianças que conseguem ter acesso a bebidas com facilidade. Há também leis que coíbem o consumo de bebida e a prática de direção de veículos. Contudo, violência, acidentes e mortes no trânsito causadas pelo uso excessivo de álcool ainda são um problema recorrente (CISA, 2023).

Apesar de todos os relatos prejudiciais do uso do álcool ao longo dos anos, foi apenas no ano de 1952, com a primeira edição do DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), que o alcoolismo passou a ser tratado como doença. Na oitava conferência mundial de saúde foi então incorporado no CID-8 pela OMS (Organização Mundial de Saúde). (CISA, 2022).

O uso abusivo e prolongado de etanol está associado à ocorrência de diversas doenças como hepatite, hipertensão arterial, diabetes mellitus, anemia, aumento do risco de AVC, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia e demência alcoólica. A esteatose alcoólica é uma condição reversível que pode evoluir para hepatite, cirrose e insuficiência hepática, sendo que nos dois últimos casos há perda de função de modo irreversível. A Figura 1 proveniente do último Panorama Álcool e Saúde de junho de 2023, mostra o percentual das doenças e agravos relacionados ao álcool referente ao ano de 2021 (CISA, 2023).

Figura 1. Percentual das doenças e agravos relacionados aos óbitos atribuíveis ao álcool em 2021. Fonte: Panorama Álcool e Saúde 2023 – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA).



O uso crônico de álcool pode afetar indiretamente a hematopoiese, pois o álcool altera a absorção de nutrientes, incluindo o ferro, podendo causar também desnutrição. O etanol leva a má absorção de vitaminas devido a seus efeitos gastrointestinais. O distúrbio hematológico mais comum é a anemia. Além disso, o uso abusivo pode levar ao surgimento de arritmias cardíacas, hipertensão arterial, miocardiopatia dilatada e insuficiência cardíaca. Isso se dá devido a alterações no metabolismo do potássio, do magnésio e da liberação de catecolaminas (Laia, 2018).

O etilismo pode também dificultar o controle de condições clínicas pré-existentes como diabetes mellitus e as dislipidemias, pois o etanol exerce efeitos sobre as biomoléculas de triglicerídeos e de glicose. O álcool é um inibidor da gliconeogênese hepática, podendo ocasionar episódios de hipoglicemia. Pacientes em uso de insulina e antidiabéticos estão mais propensos a essas crises. Além disso, o etanol pode induzir pancreatite alcoólica, elevando os níveis de triglicerídeos (Silva, 2017).

O álcool é uma substância depressora do SNC e seu mecanismo de ação envolve a potencialização da ativação de receptores inibitórios mediados pelo GABA (ácido gamaaminobutírico) e inibição dos receptores excitatórios glutamatérgicos de NMDA. Deste modo, o efeito percebido com o consumo do álcool é a sensação de relaxamento. Contudo, com o tempo a sensação de relaxamento é atenuada e é necessário fazer uso de doses maiores e mais frequentes. Isso evidencia o desenvolvimento de tolerância e dependência causada pela substância. Existem vários mecanismos de tolerância pelo álcool, sendo que o mais comum é a infra-regulação dos receptores GABA, o que leva à dessensibilização (Martín, 2014; Costardi, *et al.*, 2015).

A interrupção abrupta do uso de álcool pode levar a síndrome de abstinência. Os sintomas podem incluir náusea, enjoo, irritabilidade, insônia, agressividade, palpitação, tremor, ansiedade, podendo apresentar também sintomas mais graves como convulsão e psicose. Há também a possibilidade de desenvolvimento de uma síndrome secundária conhecida como “*delirium tremens*”, caracterizada por taquicardia, hipertensão, diaforese, febre baixa, tremores e delírios (Zaleski *et al.*, 2004).

Após a ingestão de álcool, o pico de concentração plasmática pode ser atingido em 45 minutos. O álcool é biotransformado no fígado em duas fases. Na primeira fase o etanol é convertido pela enzima álcool desidrogenase em acetaldeído, que é tóxico para o organismo e seu acúmulo é responsável pelos efeitos da “ressaca alcoólica”, tais como cefaleia, desidratação, náusea e vômito. Na segunda fase da biotransformação o acetaldeído é

convertido pela enzima aldeído desidrogenase em ácido acético, que posteriormente vai ser degradado em água e dióxido de carbono para ser eliminado (Costardi, *et al.*, 2015).

Citando uma interação comum entre álcool e um medicamento de venda livre em drogarias podemos descrever a interação entre etanol e Paracetamol. Quando há consumo exagerado de etanol, ocorre a ativação do sistema MEOS (sistema microssômico de oxidação de etanol), composto pelas enzimas do CYP450, gerando compostos tóxicos que refletem a hepatotoxicidade do álcool. Esse complexo enzimático é responsável pela biotransformação da maioria dos xenobióticos (Martín, 2014). Um dos grupos de enzima que sofrem indução enzimática pelo uso de etanol é o CYP2E1. Essa isoforma é responsável pela metabolização de fase I do paracetamol, um analgésico de venda livre nas farmácias. Os metabólitos resultantes da biotransformação do paracetamol por essas enzimas são tóxicos para o organismo, constituindo intermediários reativos que causam lesão de membrana e de DNA. Deste modo, o paracetamol é contraindicado para pacientes que desenvolveram hepatopatia alcoólica. Além disso, por serem metabolizados pela mesma via, o uso concomitante de paracetamol e álcool podem ter efeitos deletérios para o fígado, levando a uma lesão hepática. Sendo assim, o uso de paracetamol e álcool constitui uma interação e uma contra-indicação que pode ser identificada em uma consulta farmacêutica (Mezaroba e Bitencurt, 2018).

2.4.2 COCAÍNA E CRACK

Há mais de 4500 anos, as folhas de coca são usadas por índios da América do Sul. A substância vem da planta *Erythroxylon coca* e seu extrato é composto por diversos alcalóides que possuem efeitos estimulantes e analgésicos. Em 1902, foi produzida a forma sintética da droga por Richard Martin Willstatt em laboratório pela primeira vez, conhecido como um pó cristalino de cloridrato de cocaína (Carlini, *et al.*, 2001; Ferreira e Martini, 2001).

A cocaína pode ser utilizada por diversas vias, tais como a via oral, intravenosa e respiratória, dependendo de sua forma química. Quando aquecido em solução alcalina de bicarbonato e amoníaco, apresenta-se na forma de crack e quando oxidada com gasolina e querosene é chamada de oxi. O oxi e o crack podem ser inalados e seus efeitos euforizantes são percebidos mais rapidamente, devido ao tempo de meia-vida dessas formas. Além disso, cloridrato de cocaína é um sal que pode ser usado via oral (mascado), via aspiração nasal e injetado quando diluído em água (Luft, 2007).

Hipóteses tradicionais sugerem que o mecanismo de ação da cocaína seja explicado pela capacidade da droga de inibir a recaptação da dopamina, serotonina e noradrenalina e, deste modo, esses neurotransmissores ficam disponíveis por mais tempo na fenda sináptica

(Kiyatkin, 2020). Há hipóteses que também propõem que a cocaína seja um agonista inverso de Transportador de Recaptação de Dopamina (DAT) (Heal, Gosden e Smith, 2014). O aumento da dopamina no NAc promove a sensação prazerosa e é o reforço positivo para repetir o consumo, característico das drogas de abuso. O aumento de serotonina e noradrenalina são responsáveis pelas ações euforizantes, além de provocar ansiedade, insônia, psicose, agitação e anorexia. Além disso, a maior liberação de noradrenalina promove uma hiperativação do sistema nervoso simpático, provocando efeitos de vasoconstrição, taquicardia e aumento da pressão arterial a nível periférico (Goodman, 2008).

Após a administração, a cocaína atinge seu pico plasmático dentro de 1 hora. Seu tempo de meia-vida depende da sua forma de apresentação, mas no geral, apresenta tempo de ação curto o que é uma característica comum de drogas com grande potencial para causar adicção (Luft, 2007).

A alta ativação do sistema nervoso simpático nos usuários de cocaína e crack levam ao aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e de arritmias ventriculares, aumentando as chances de infarto em usuários crônicos (Aboukhouidir, Faugier e Rica, 2019). Intoxicações pela droga são comuns, principalmente quando associadas ao álcool. O uso simultâneo de álcool e cocaína dá origem a um metabólito conhecido como cocaetileno. O cocaetileno é um metabólito tóxico que tem maior capacidade para atravessar a barreira hematoencefálica e um tempo de meia vida maior, isso predispõe a maiores chances de intoxicação (Andrews, 1997).

Atualmente, a uso do crack é um problema de saúde pública no Brasil. Um exemplo clássico da epidemia de drogas no país é a “cracolândia” na cidade de São Paulo. O local onde centenas de usuários vivem em situação de rua e onde acontece comércio de drogas, prostituição e aliciação de menores. A “cracolândia” ficou conhecida mundialmente e fica localizado próximo a Boca do Lixo, no centro da cidade. Apesar de inúmeras tentativas de repressão e remoção dos usuários do local pelo poder público, as ruas de São Paulo seguem sendo ocupadas por pessoas que fazem uso de crack há mais de 20 anos (Alves e Pereira, 2021).

O cenário visto na “cracolândia” mostra a fragilidade das políticas públicas sobre drogas do Brasil que ao invés de proteger e assegurar a saúde desses usuários discrimina e marginaliza centenas de pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade socioeconômica, transformando esse problema de saúde em problemas de segurança pública com aumento da criminalidade e acarretando em outras doenças associadas à vulnerabilidade da exposição sexual sem preservativos e compartilhamento de utensílios para uso de drogas, com aumento da transmissão de IST's e outros problemas inerentes à dependência por drogas (Alves e

Pereira, 2021; Guimarães, *et al.*, 2015).

2.4.3 MACONHA

O THC (tetraidrocanabinol) é o principal composto ativo presente na *Cannabis* spp., responsável pelos efeitos psicotrópicos da planta popularmente conhecida como “maconha”. Seja para fins recreativos, medicinais, industriais e religiosos, a planta do gênero *Cannabis* spp. é usada há séculos. A partir do final do século XIX, a maconha, por ser classificada com potencial psicoativo, passou a ser incluída no grupo das drogas de abuso e seu uso começou a ser proibido ao redor do mundo. Aqui no Brasil, a mudança foi baseada em um discurso médico-científico e seu uso foi associado à degeneração da moral, levando o usuário a um viés de marginalização (Dias e Pereira dos Santos, 2021).

A maconha é utilizada pela via pulmonar, podendo ser fumada ou vaporizada. Após o uso, o THC é rapidamente absorvido e é metabolizado no fígado pelas enzimas do complexo CYP450. O THC possui característica extremamente lipofílica, o que torna sua excreção lenta, podendo levar até 180 dias. Os metabólitos são excretados na urina, no leite materno, nos pelos, pois podem ser incorporados na queratina e na saliva (Bordin *et al.*, 2015; Costa, 2008). Seu mecanismo de ação é explicado pela interação do THC com os receptores canabinóides, como os receptores CB1 e CB2. No SNC, os receptores CB1 são responsáveis pela cognição (atenção e memória), coordenação motora, apetite, percepção sensorial e controle de náuseas. No SNP (Sistema Nervoso Periférico) estes receptores causam vasodilatação e sialose (Biegon, Kerman, 2001).

Atualmente, o DSM-V classifica o uso de maconha como um transtorno por uso de substâncias e o CID-11 classifica como uma síndrome clínica de funções cognitivas, comportamentais e fisiológicas que refletem no desejo de consumo de maconha (DSM-V, 2014).

Apesar de haver muitas controvérsias, há relatos na prática clínica que sugerem que a maconha pode causar dependência. Nos relatos de pacientes usuários de maconha foi identificada uma descrição clínica para a dependência a ela que foi definida como Síndrome de Privação da Cannabis (SPC) (Livne, *et all.*, 2018).

2.5 TRATAMENTO DISPONÍVEL

Segundo o DSM-V, o tratamento é baseado em psicoterapia e farmacoterapia. A intervenção farmacológica é utilizada para reduzir a síndrome da abstinência e também para evitar recaídas (DSM-V, 2014). A presença do profissional farmacêutico é indispensável para

melhorar a qualidade de vida do paciente durante o tratamento (Souza, Casa Nova e Bulla, 2013; Santos, 2018). A farmacoterapia para dependência química varia de acordo com o tipo de droga e com a evolução clínica do quadro do paciente, porém o tratamento é complexo e muitas vezes inespecífico, pois não há uma padronização de medicamentos usados para tratamento de adicção (Dalago, 2018).

2.6 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento da dependência por álcool tem como objetivo controlar os sintomas da síndrome da abstinência, aliviar os sintomas de “fissura” e evitar recidivas. É indicado o acompanhamento terapêutico juntamente com o tratamento farmacológico (DSM-V, 2014).

A farmacoterapia para tratamento do etilismo é baseada no uso de benzodiazepínicos como o diazepam, clonazepam, lorazepam e oxazepam. Os benzodiazepínicos atuam nos receptores GABA, aumentando a afinidade do receptor pelo agonista, levando a uma depressão do SNC. Deste modo auxiliam na redução da ansiedade e a insônia durante o período de desintoxicação. No entanto, os benzodiazepínicos são fármacos que podem causar tolerância e dependência e, portanto, devem ser utilizados por um curto período de tempo. Além disso, esses fármacos estão associados a diversos efeitos colaterais como, por exemplo, a sonolência diurna que pode afetar a rotina do paciente (Knevez e Buccini, 2017).

O paciente que faz uso de benzodiazepínicos deve ser monitorado pelo médico e pelo farmacêutico, pois essa classe pode interagir com outros medicamentos que causam depressão do SNC, como anti-histamínicos, anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos, havendo risco de depressão respiratória. O tratamento farmacológico para dependência de etanol também pode incluir o uso de antipsicóticos típicos, como o haloperidol, para casos graves de abstinência nos quais o paciente desenvolve psicose. Esse fármaco também é um depressor do SNC e o uso concomitante deve ser avaliado e monitorado (Baxter, 2010).

Outro medicamento usado no tratamento de etilismo é a naltrexona, um antagonista de receptores μ -opiídeos. Ao bloquear os receptores μ -opiídeos a droga reduz o desejo de consumo compulsivo do etanol. Seu uso é indicado no tratamento em longo prazo, a fim de evitar recaídas. Porém, a naltrexona é uma droga que induz dano hepático, então a função deste órgão deve ser monitorada durante o uso (Silva, 2017).

Além dos medicamentos já citados, o dissulfiram é uma droga que pode atuar na via de detoxificação do etanol. É um dos medicamentos mais antigos usados na farmacoterapia da dependência por álcool. Seu mecanismo de ação é baseado na terapia de aversão. O dissulfiram bloqueia a enzima aldeído desidrogenase. Ao bloquear essa enzima, após o

consumo do álcool haverá acúmulo de acetaldeído no organismo, causando efeitos de ressaca alcoólica. Isso torna o uso do álcool desagradável, fazendo com o que o paciente passe a evitá-lo. É indicado no início do tratamento para incentivar a abstinência, mas só pode ser usados em pacientes com boa cognição, sendo contraindicados para pacientes que desenvolveram demência alcóolica (Silva, 2017).

Não há tratamento para abstinência de THC. Entretanto, considerando que a falta da droga pode causar irritabilidade, náuseas e distúrbios do sono e de apetite, assim como na dependência de outras drogas, é recomendada a psicoterapia e o tratamentos dos sintomas de ansiedade deflagrados pela falta do psicoativo (Nielsen, *et al.*, 2019).

O tratamento farmacológico para dependência por cocaína e crack também não é específico. Para evitar recaídas e controlar a abstinência, é indicado o uso de benzodiazepínicos, por terem efeitos ansiolítico e anticonvulsivante, visando também controlar os sintomas de intoxicação. Além disso, são usados fármacos neurolépticos como haloperidol, para controle do comportamento psicótico (Katzung e Trevor, 2017).

Alguns benzodiazepínicos, como o diazepam, dependem em grande parte do metabolismo hepático para sua eliminação, sendo assim, contraindicados para pacientes com hepatite alcoólica ou outras hepatopatias. Outra contra-indicação dos benzodiazepínicos é para pacientes idosos, pois o diazepam é um medicamento muito lipossolúvel e com a idade há perda da massa muscular e aumento do tecido adiposo, o que favorece o acúmulo desse medicamento no organismo e dificuldade de excreção. Além disso, idosos possuem função hepática diminuída, dificultando a biotransformação dessa droga. Nesses casos, são indicados oxazepam e lorazepam, que dependem menos da metabolização hepática para a sua eliminação (Faria, *et al.*, 2019).

A carbamazepina é um medicamento anticonvulsivante que também tem sido investigado em algumas situações para o tratamento de fissuras relacionadas à dependência química, especialmente em relação ao uso de cocaína e álcool (Castro e Couzi, 2006). No entanto, ainda há necessidade de avaliar melhor a eficácia para essa indicação de uso. A fissura, ou desejo intenso e persistente de usar uma substância, é um componente significativo da dependência química. Alguns estudos sugerem que a carbamazepina tem propriedades que afetam o sistema nervoso central, podendo influenciar os circuitos cerebrais relacionados ao desejo por substâncias (Malcolm *et al.*, 2001; Goddard *et al.*, 1969; Ballenger-Post, 1978; Laranjeira *et al.*, 2000). Em relação à dependência de cocaína, alguns estudos sugerem que a carbamazepina pode reduzir os sintomas de fissura e os desejos (Laranjeira e Reis, 2009). No entanto, os resultados têm sido contraditórios e não há um consenso claro sobre sua eficácia

nesse contexto.

No caso do álcool, a carbamazepina foi testada em alguns estudos como uma alternativa ao dissulfiram. A ideia é que a carbamazepina possa causar efeitos colaterais desagradáveis em combinação com o álcool, desencorajando o seu consumo (Castro e Couzi, 2006). Porém, os resultados desses estudos também são variados e mais pesquisas são necessárias para entender completamente a eficácia a carbamazepina no tratamento da fissura relacionada ao álcool.

É importante observar que a carbamazepina pode ter efeitos colaterais significativos e interagir com outros medicamentos, ainda mais por ser um indutor enzimático das enzimas do CYP450 (Marcolin, Cantarelli e Junior, 2004). Além disso, seu uso para o tratamento da fissura na dependência química deve ser cuidadosamente avaliado e prescrito por um médico ou profissional de saúde capacitado. Geralmente, outras opções farmacológicas mais estabelecidas, como a naltrexona para o álcool e a bupropiona para a cocaína, são preferidas devido à sua eficácia e perfil de segurança mais bem documentado (Gomes, Amaral e Andrade, 2022).

O ácido valproico é um medicamento que pertence à classe de anticonvulsivantes, frequentemente utilizado no tratamento de transtornos neuropsiquiátricos, como transtorno bipolar e epilepsia. Recentemente, tem havido interesse em investigar seu potencial uso no tratamento da dependência química, especialmente em relação ao abuso de álcool e cocaína (Castro e Couzi, 2006).

No contexto do tratamento da dependência de álcool, o ácido valproico tem sido estudado principalmente devido às suas propriedades de estabilização de humor e à sua capacidade de atuar nos sistemas de recompensa do cérebro. Alguns autores sugerem que o ácido valproico pode ajudar a reduzir a fissura pelo álcool e os sintomas de abstinência, tornando mais fácil para os indivíduos manter a abstinência (Hilbrom *et al.*, 1984; Rosenthal *et al.*, 1998; Myrick *et al.*, 2000; Reoux, 2001; Longo *et al.*, 2002). Contudo, os resultados desses estudos são variáveis e mais pesquisas são necessárias para determinar sua eficácia e segurança como um tratamento para a dependência de álcool.

No que diz respeito à dependência de cocaína, também há pesquisas em andamento sobre o uso do ácido valproico. A cocaína afeta a liberação de neurotransmissores no cérebro, como a dopamina, resultando em recompensa e euforia. Alguns autores sugerem que o ácido valproico pode influenciar esses sistemas de neurotransmissores, potencialmente reduzindo os desejos por cocaína e diminuindo a intensidade dos sintomas de abstinência (Zullino, *et al.*, 2004). No entanto, é importante observar que o uso de ácido valproico no tratamento da

dependência química ainda está sendo explorado.

Baseado no que foi exposto, o tratamento farmacológico de pacientes com dependência química impõe a necessidade de acompanhamento, devido à possibilidade de reações adversas e interações farmacológicas entre as substâncias. Neste sentido, o profissional farmacêutico é o mais habilitado para realizar tais serviços, bem como a interação com os profissionais de saúde através da intervenção farmacêutica.

2.7 ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

No que se refere à abordagem terapêutica para pessoas com dependência de substâncias no Brasil, as Organizações Não Governamentais (ONGs) que operam Comunidades Terapêuticas, assim como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de natureza pública, constituem os principais elementos da estrutura de serviços dedicados a esse propósito. Essas entidades estão alinhadas com a ideia de reintegração social do indivíduo (Sabino e Cazenave, 2005; Novaes, 2014).

A disponibilidade de informações atualizadas sobre o cenário da dependência química no Brasil ainda é insuficiente, o que gera obstáculos significativos para a implementação de medidas direcionadas a essa questão. Isso resulta em dificuldades para fornecer assistência adequada e prejudica a formulação de estratégias públicas para a prevenção e tratamento. É evidente que a infraestrutura de atendimento a dependentes químicos na esfera pública é limitada, carece de coordenação eficiente, o que impõe entraves à reabilitação daqueles que sofrem com a dependência de substâncias (Rossi e Tucci, 2020).

Atravessamos um período de transformações no contexto da prestação de assistência ao tratamento de indivíduos com dependência de substâncias. Através da nova Lei Antidrogas 11.343/06 e da implementação da reforma psiquiátrica, houve a introdução de abordagens ambulatoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), substituindo os antigos hospitais psiquiátricos. Isso abriu caminho para o uso da psicoterapia e a incorporação de medicamentos psicotrópicos no tratamento (Ministério da Saúde, 2007).

No Brasil, a ampliação dos CAPS AD, seguindo um modelo de cuidado abrangente para usuários de substâncias como álcool e outras drogas, busca transformar a visão dessas pessoas de pacientes para cidadãos, visando à reintegração social e a coordenação de ações interdisciplinares, incluindo princípios como a redução de danos. Os CAPS AD são centros especializados no atendimento e tratamento de pessoas que enfrentam desafios no âmbito da saúde mental, evitando a institucionalização, promovendo a reabilitação e combatendo o estigma associado ao sofrimento psíquico (Borges e Schneider, 2017).

O CAPS AD concentra-se na assistência a indivíduos com problemas decorrentes do uso de substâncias, oferecendo diferentes níveis de tratamento dependendo da gravidade do caso. O tratamento pode ser intensivo, semi-intensivo ou não intensivo, adaptando-se às necessidades específicas de cada paciente (Borges e Schneider, 2017).

Nesse contexto, a nova Lei Antidrogas representa um avanço significativo em comparação com legislações anteriores, especialmente no que diz respeito à crítica ao tratamento historicamente fornecido a pessoas com dependência química. A lei exige uma abordagem mais humanizada, enfocando medidas de atenção que incluem tratamento, prevenção e reintegração social, com o objetivo de garantir a dignidade desses indivíduos como cidadãos (Ministério da Saúde, 2007).

2.8 ASSISTÊNCIA EM CAMPO GRANDE-MS E O CAPS AD IV

Em Campo Grande, MS, a assistência ao dependente químico é prestada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV (CAPS AD IV). Segundo o ministério da saúde, por meio da portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e considerando a necessidade de monitorar e financiar de maneira apropriada a prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve sobre a implementação do “Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV (CAPS AD IV)”. Essa portaria dispõe sobre as atribuições do CAPS AD IV, que deve ser implementado em centros com mais de 500.000 habitantes, com o intuito de atender pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2017).

Tradicionalmente, o trabalho farmacêutico nas unidades de saúde é limitado à dispensação de medicamentos, com pouca participação no cuidado com o usuário. Contudo, o entendimento da dimensão da atuação farmacêutica vem possibilitando um redesenho desses serviços oferecidos. O cuidado farmacêutico é uma prática farmacêutica com foco no paciente, que acontece de forma integrada com outros profissionais da saúde, com a finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde (Ministério da Saúde, 2014; Destro, *et al.*, 2021). O objetivo dessa prática é evitar ou minimizar os riscos de problemas relacionados a medicamentos (PRMs), promover educação em saúde e uso racional de medicamentos por meio de serviços farmacêuticos clínicos (Araújo, *et al.*, 2017).

O acompanhamento farmacoterapêutico compõe um dos serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelo farmacêutico clínico, que tem papel fundamental na monitorização

do tratamento de diversas doenças crônicas, como por exemplo, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, bem como a dependência química. Os serviços do farmacêutico clínico compreendem ações de assistência, orientação e acompanhamento individual dos pacientes, junto com a equipe multidisciplinar. Incluem dispensação, orientação terapêutica, conciliação de medicamentos, prevenção de agravos causados pela farmacoterapia e gerenciamento integrado de toda a terapia farmacológica (Hepler, 1996; Destro, *et al.*, 2021).

Além disso, o acompanhamento farmacoterapêutico em outras doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial e hipercolesterolemia tem se mostrado de suma importância no aumento a adesão ao tratamento, aumento da autonomia do paciente e melhora no quadro clínico (Tommelein *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2022; García, Rodríguez-Arcas, Sánchez, 2022). Considerando que a dependência química é uma doença crônica de difícil controle e a complexidade do tratamento, é necessário que uma equipe multidisciplinar com experiência em saúde mental, integrada por um farmacêutico clínico, atue de forma unificada para melhorar as condições de saúde do paciente.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial (CAPS AD IV).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes internados em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV (CAPS AD IV);
- Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico durante a internação;
- Analisar os Problemas Relacionados a Medicamentos nas prescrições de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial;
- Avaliar a aceitação da intervenção farmacêutica realizadas;
- Realizar a conciliação de medicamentos no momento da alta dos pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial;
- Analisar as interações de medicamentos (IM) nos pacientes internados no CAPS AD IV.

4. MÉTODO E CASUÍSTICA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo prospectivo, conduzido entre maio de 2022 e abril de 2023, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul em 20/10/2021 e do adendo para inclusão de entrevistas com os pacientes em 02/05/2022 (ANEXO I e II), parecer número 5.050.405 e 5.381.716, respectivamente, com CAAE: 50814121.4.0000.0021 e aprovação da Secretária Municipal de Saúde para realização da pesquisa na unidade de saúde (ANEXO III).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV (CAPS AD IV), localizado no endereço Rua Theotônio Rosa Pires, número 19, bairro Jardim São Bento, no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

. O CAPS AD IV presta assistência a indivíduos com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A unidade funciona 24h, contando com acolhimento noturno. São oferecidos na unidade 20 leitos de internação, onde o paciente permanece por pelos menos 15 dias.

4.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Eram elegíveis para o estudo os pacientes com diagnóstico de dependência química (CID10 F10, F12, F14 e F19) de ambos os sexos, maiores de 18 anos que estavam internados no CAPS AD IV com pelo menos um medicamento prescrito após a admissão no serviço. Foram incluídos os pacientes internados no CAPS AD IV de maio/2022 a abril/2023 que aceitaram participar da pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo IV).

Os pacientes com cognição altamente prejudicada pelo uso de psicoativos foram excluídos da presente pesquisa.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário semiestruturado (ANEXO V), elaborado para realização de consulta farmacêutica com pacientes dependentes químicos.

Para obtenção de informações epidemiológicas os dados coletados dos prontuários incluíam idade, sexo, declaração de raça, ocupação, renda, escolaridade, estado civil, naturalidade e gênero, para gênero foi considerado como masculino e feminino de acordo com a identificação pessoal do paciente. Foram coletados os seguintes dados clínicos: comorbidades, alergias, CID10, motivo da internação, histórico de violência e ideação suicida

tipo de droga, quantidade, frequência, tempo de uso, tempo de internação e medicamentos prescritos durante a internação.

O tempo de internação foi calculado a partir da data de admissão e a data da alta.

Foram analisadas as prescrições para identificação dos medicamentos, a classe farmacêutica e a frequência da prescrição foi classificada de acordo com Silva e colaboradores, 2020. Os fármacos prescritos para até 10 pacientes foram classificados como pouco frequente, os prescritos de 11-19 pacientes foram classificados como frequentes e os prescritos para mais de 20 pacientes como muito frequentes.

A identificação e classificação das interações de medicamentos foram feitas por meio da plataforma online Drugs.com. Foram listados separadamente os medicamentos prescritos durante a internação, para uso “se necessário” e na alta e as interações medicamentosas encontradas foram classificadas como “maiores”, “moderadas” e “menores”. Não foram feitas análises sobre interações intencionais de medicamentos.

A identificação dos PRM's foi feita por meio da consulta ao prontuário e prescrições e de entrevistas com os pacientes onde eram questionados sobre os sintomas que sentiu nos últimos 15 dias, modo de uso de medicamentos, entendimento ou não do processo saúde-doença e da farmacoterapia. Foram considerados os sintomas relatados pelos pacientes no período recordatório de duas semanas. Os PRM's seguiram as classificações da Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) versão 9.1. Em seguida, era feita a intervenção farmacêutica quando necessário e registrado a aceitabilidade.

A conciliação de medicamentos foi realizada no momento da alta. Para a identificação e classificação das discrepâncias foi feita a comparação da última prescrição durante a internação com a prescrição no momento da alta. Foi realizada intervenção farmacêutica quando necessário e registrado a aceitabilidade.

As discrepâncias observadas entre a última prescrição durante a internação e a prescrição de alta foram classificadas em (Vira; Colquhoun; Etchells, 2006; Almanasreh *et al.*, 2019):

- a) Discrepância intencional - quando a diferença estava documentada;
- b) Discrepância intencional não documentada - quando houve diferença intencional, porém a justificativa não estava registrada;
- c) Discrepância não intencional - quando havia diferença, porém, não havia documentação e o médico confirmou não ter conhecimento da discrepância.

As discrepâncias confirmadas pelos médicos como não intencionais foram consideradas erros de medicação. As discrepâncias não intencionais foram classificadas

conforme a taxonomia sugerida por Almanasreh e colaboradores (2019) apresentados no quadro 1.

Quadro 1. Taxonomia de discrepâncias de medicamentos – MedTax (Almanasreh e colaboradores, 2019).

1.	Drogas incompatíveis
1.1.	Omissão de drogas
1.2.	Coomissão de drogas (ou adição)
1.3.	Duplicação de medicamentos
1.4.	Substituição de classe terapêutica (mudança de medicamento dentro de uma classe de medicamento)
1.5.	Alergia ou intolerância
1.6.	Outros
2.	Medicamento parcialmente compatível
2.1.	Discrepância no nome da droga
2.1.1.	Nome não claro ou errado (nome da marca ou nome genérico)
2.1.2.	Omissão de marca
2.1.3.	Omissão de nome genérico
2.1.4.	Marca diferente, mas o mesmo nome genérico
2.2.	Discrepância na dose e / ou frequência e / ou número de unidades de forma de posologia e / ou dose diária total
2.2.1.	Dose pouco clara ou errada
2.2.2.	Omissão de dose
2.2.3.	Dose diferente e dose diária total diferente
2.2.4.	Dose diferente, mas a mesma dose diária total
2.2.5.	Omissão de unidade de dose
2.2.6.	Unidade de dose diferente ou errada
2.2.7.	Mesma dose, mas frequência obscura / ou incorreta
2.2.8.	Mesma dose, mas omissão de frequência
2.2.9.	Mesma dose, mas frequência e omissão diferentes do número de unidades
2.2.10.	Mesma dose e mesma frequência, mas omissão do número de unidades
2.2.11.	Mesma dose e mesmo número de unidades, mas frequência e frequência diferentes dose diária total diferente
2.2.12.	Mesma dose, mas frequência diferente e número diferente de unidades e dose diária total diferente
2.2.13.	Mesma dose, mas frequência diferente e número diferente de unidades, mas mesma dose diária total
2.2.14.	Mesma dose e mesma frequência, mas número diferente de unidades e dose diária total diferente
2.3.	Discrepância na forma de posologia / via de administração
2.3.1.	Forma de posologia pouco clara ou incorreta
2.3.2.	Via de administração pouco clara ou incorreta

2.3.3.	Omissão da forma de posologia
2.3.4.	Omissão de via de administração
2.3.5.	Forma de posologia diferente, mas a mesma via de administração
2.3.6.	Forma de posologia diferente e via de administração diferente
2.3.7.	Mesma forma de posologia, mas via de administração diferente
2.4.	Discrepância no tempo de administração do medicamento
2.4.1.	Omissão do tempo de administração
2.4.2.	Hora diferente da administração ao longo do dia
2.4.3.	Discrepância na administração de medicamentos em relação a alimentos / refeições
2.5.	Discrepância na duração ou duração da terapia
2.6.	Outros

As intervenções farmacêuticas foram propostas verbalmente aos prescritores quando os mesmos eram encontrados no CAPS AD. Tanto as intervenções, quanto o desfecho, foram classificadas segundo a *Pharmaceutical Care Network Europe* (PCNE, 2019). A confirmação da aceitação ou não foi verificada na prescrição posterior. A justificativa da não aceitação foi registrada sem confirmação posterior. Os tipos de intervenções propostas e a classificação da aceitação realizadas nesse estudo estão listadas no Quadro 2, adaptado do PCNE.

Quadro 2. Taxonomia para classificação de intervenção farmacêutica e desfechos.

PLANEJAMENTO DAS INTERVENÇÕES
Junto ao prescritor <i>Prescritor informado</i> <i>Intervenção proposta ao prescritor</i> <i>Intervenção discutida com o prescritor</i>
Junto ao paciente <i>Aconselhamento sobre o medicamento</i> <i>Diálogo com o membro da família/cuidador</i>
Junto ao medicamento <i>Posologia alterada para...</i> <i>Medicamento interrompido</i> <i>Instruções de uso alteradas para...</i> <i>Novo medicamento iniciado</i>
ACEITAÇÃO DAS INTERVENÇÕES PROPOSTAS
Intervenção aceita por médico ou paciente

<i>Intervenção aceita e totalmente implementada</i>
<i>Intervenção aceita, parcialmente implementada</i>
<i>Intervenção aceita, mas não implementada</i>
<i>Intervenção aceita, implementação desconhecida</i>
<i>Intervenção não aceita por médico ou paciente</i>
<i>Intervenção não aceita: inviável</i>
<i>Intervenção não aceita: sem acordo</i>
<i>Intervenção não aceita: outro motivo (especificar)</i>
<i>Intervenção não aceita: motivo desconhecido</i>
<i>Outro (nenhuma informação sobre aceitação)</i>
<i>Intervenção proposta, aceitação desconhecida</i>
<i>Intervenção não proposta</i>

Fonte: adaptado de PCNE, 2019.

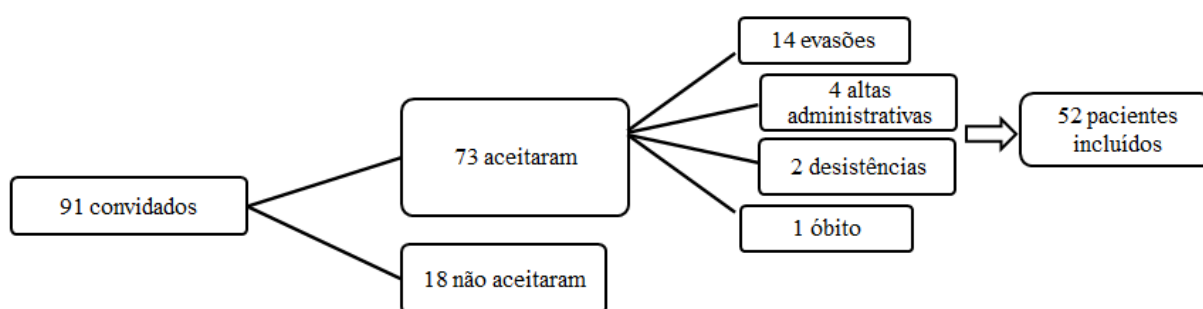
4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados das variáveis avaliadas nesse estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou tabelas. A análise dos resultados foi feita utilizando a ferramenta de estatística do Excel 2010.

5. RESULTADOS

Participaram do estudo 52 pacientes. O fluxograma (Figura 2) mostra quantos pacientes foram admitidos no estudo.

Figura 2. Fluxograma esquematizando a amostra de pacientes de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande - MS



Fonte: Dados do estudo.

A maioria dos pacientes (92%,) eram do sexo masculino. A média de idade era de 37,2 anos. Os pacientes que se identificaram como pretos ou pardos somaram 73,1%. Em relação à renda mensal 44,2% dos pacientes recebiam até 1 salário mínimo. Quanto ao nível de escolaridade 42,3% possuíam até quatro anos de estudo e 61,5% relataram estar desempregados. O perfil sociodemográfico dos pacientes está representado na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS.

Idade média	37,2 anos	52(%)
Faixa etária		
18-29 anos	15	28,8%
30-59 anos	35	63,7%
>60 anos	2	3,8%
Sexo		
Feminino	4	8%
Masculino	48	92%
Gênero		
Feminino	4	8%
Masculino	48	92%
Orientação sexual		
Heterossexual	44	84,6%
Bissexual	4	7,7%
Homossexual	2	8,4%
Assexuado	1	1,9%
Etnia		
Preto	9	17,3%
Pardo	29	55,8%
Branco	14	26,9%
Amarelo	0	-
Estado civil		
Solteiro	33	63,4%
Casado	6	11,5%
Divorciado	7	13,4%
Viúvo	2	3,8%
Renda média		
Até 1 salário	23	44,2%
Até 2 salários	20	38,4%
Até 3 salários	3	5,8%
4 ou mais salários	3	5,8%
*NR	3	5,8%
Escolaridade		
1 a 4 anos de estudo	22	42,3%
5 a 9 anos de estudo	8	15,3%
10 a 12 anos de estudo	13	25%
13 a 16 anos de estudo	9	17,3%

<i>Acima de 16 anos de estudo</i>	-	-
Ocupação		
<i>Licença médica</i>	9	17,3%
<i>Desempregado</i>	32	61,5%
<i>Aposentado</i>	5	9,6%
<i>*NR</i>	6	11,5%
Naturalidade		
<i>Brasileiro</i>	52	100%
<i>Campo Grande MS</i>	30	57,7%
<i>Outras cidades de MS</i>	13	5,8%
<i>Outros estados</i>	9	17,3%

**NR= não relatado*

Em relação as características clínicas dos pacientes mais de 50% dos pacientes revelaram ter ideias suicidas. Na Tabela 2 podemos observar que a violência física foi a mais frequente (40,4%), seguida pela violência psicológica (21,2%). Além disso, 73,1% dos pacientes possuíam internação anterior para tratamento de dependência química. A média de uso de drogas de abuso pelos pacientes foi 3,03 substâncias diferentes e o tempo médio de internação de 32 dias, variando entre 1 e 210 dias.

Tabela 2. Dados clínicos de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande - MS

Ideação suicida		52(%)
<i>Sim</i>	27	51,9%
<i>Não</i>	24	46,2%
<i>*NR</i>	1	1,9%
Violência		52(%)
<i>Física</i>	21	40,4%
<i>Psicológica</i>	11	21,2%
<i>Sexual</i>	2	3,8%
<i>Não sofreu violência</i>	26	50%
<i>*NR</i>	2	3,8%
Alergia a medicamento		52(%)
<i>Cetoconazol</i>	1	1,9%
<i>Haloperidol</i>	2	3,8%
<i>Carbamazepina</i>	1	1,9%
<i>Metoclopramida</i>	1	1,9%
<i>Não relataram alergia</i>	37	71,2%
Limitação		52(%)
<i>Locomoção</i>	3	5,8%
<i>Cognitiva</i>	2	3,8%
<i>Não possui limitação</i>	47	90,4%

Quanto ao histórico do uso de drogas podemos observar que 94% dos pacientes relataram fazer uso de álcool, 82,7% uso de tabaco e 69,2% uso de outras drogas, sendo a cocaína e a pasta base as drogas mais consumidas, totalizando 66,7% de usuários, seguidas pela maconha (58,3%). Mais de 70% dos pacientes relataram fazer uso combinado de álcool e tabaco e mais de 50% associavam álcool e outras drogas (Tabela 3).

Na Tabela 3 também é possível visualizar que 40,4% dos etilistas utilizava o álcool por um período de 11 a 20 anos e 36,1% deles utilizavam há mais de 21 anos, os indivíduos que usavam diariamente somaram 61,7%. Assim como os usuários de álcool, a maioria dos tabagistas relatou o uso por mais de 21 anos (34,9%). Com relação às outras drogas, a maioria dos participantes relatou usar por um período de 11 a 20 anos (30,2%). Os usuários de álcool e tabaco foram questionados sobre a quantidade de consumo diária de cada substância. 53,3% relataram consumir de 2 a 4 litros de álcool diariamente. Quanto ao tabaco, 55,8% dos pacientes consumiam de 11 a 20 unidades por dia.

Tabela 3. Histórico social de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande - MS.

Bebida alcóolica	52(%)
<i>Sim</i>	47(94%)
<i>Não</i>	5 (9,6%)
Quantidade (L)	
<i>Até 1 L</i>	19 (40,4%)
<i>De 2 a 4 L</i>	26 (55,3%)
<i>4L ou mais</i>	2 (4,2%)
Tempo de uso (anos)	
<i>Até 5 anos</i>	4 (8,5%)
<i>De 6 a 10 anos</i>	7 (14,9%)
<i>De 11 a 20 anos</i>	19 (40,4%)
<i>21 ou mais anos</i>	17 (36,1%)
Frequência	
<i>Diária</i>	29 (61,7%)
<i>Esporádica</i>	18 (38,3%)
Tabaco	
<i>Sim</i>	43 (82,7%)
<i>Não</i>	9 (17,3%)
Quantidade (unidades)	43(%)
<i>Até 5 unidades</i>	6 (13,9%)
<i>De 6 a 10 unidades</i>	10 (23,3%)
<i>De 11 a 20 unidades</i>	12 (27,9%)
<i>21 ou mais unidades</i>	15 (34,9%)

Outras drogas	36 (69,2%)
Tempo de uso	
<i>Até 5 anos</i>	9 (25%)
<i>De 6 a 10 anos</i>	5 (13,9%)
<i>De 11 a 20 anos</i>	13 (30,2%)
<i>21 ou mais anos</i>	8 (18,6%)
Frequência	
<i>Diária</i>	36 (100%)
<i>Esporádica</i>	-
Tipo de drogas	
<i>Cocaína</i>	24 (66,7%)
<i>Pasta base</i>	24 (66,7%)
<i>Maconha</i>	21 (58,3%)
<i>Sintéticos</i>	4 (11,1%)

Os sintomas mais comuns, relatados pelos pacientes foram ansiedade (82,6%), mudança de humor (57,6%), sonolência (51,9%), tremor (50%), irritação/estresse (50%), problema no TGI (40,3%), insônia (38,4%) e dor muscular (38,4%). Além disso, cerca de 13% dos pacientes apresentaram durante a entrevista sintomas persecutórios, alucinação auditiva e humor deprimido.

Tabela 4. Sintomas relatados no período recordatório de duas semanas pelos pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande - MS.

	(n=52)	(%)
Dor de cabeça	15	28,8%
Problema no TGI	21	40,3%
<i>Diarreia</i>	2	3%
<i>Constipação</i>	1	1,9%
<i>Flatulência</i>	2	3%
<i>Epigastria</i>	16	30,7%
Ansiedade	43	82,6%
Cansaço	19	36,5%
Falta de ar	16	30,7%
Irritação/estresse	26	50%
Vômito	6	11,5%
Pânico/medo	21	40,3%
Mudança de humor	30	57,6%
Problemas sexuais	15	28,8%
<i>Perda de libido</i>	12	23%
<i>Aumento de libido</i>	2	3%
<i>Disfunção</i>	1	1,9%
Insônia	20	38,4%

Coceira/prurido	8	15,3%
Sonolência	27	51,9%
Nausea/enjoo	11	21,1%
Dor muscular	20	38,4%
Tremor	26	50%
Taquicardia	19	36,5%
Outros		
<i>Confusão</i>	2	3%
<i>Alucinação auditiva</i>	7	13,4%
<i>Alucinação visual</i>	5	9,6%
<i>Humor deprimido</i>	7	13,4%
<i>Convulsão</i>	2	3%
<i>Sintoma persecutório</i>	7	13,4%
<i>Psicose</i>	4	7,6%
<i>Sintomas gripais</i>	3	5,7%

Com relação ao levantamento da história médica pregressa dos pacientes, na Tabela 5 podemos observar que 42,3% dos pacientes apresentavam doenças mentais pregressas. Como principais causas de internação foram descritos nos prontuários os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas (57,7%) e os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (36,5%). Dentre outras comorbidades, a descrição mais comum foi a hipertensão arterial (7,7%).

Tabela 5. História médica pregressa de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande - MS.

Motivo da internação	52 (%)
<i>F10 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool</i>	19 (36,5%)
<i>F12 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinóides</i>	2 (3,8%)
<i>F14 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso da cocaína</i>	5 (9,6%)
<i>F19 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas</i>	30 (57,7%)
Doenças mentais pregressas	52 (%)
<i>F20 Esquizofrenia</i>	4 (7,7%)
<i>F29 Psicose não orgânica não especificada</i>	2 (3,8%)
<i>F31 Transtorno afetivo bipolar</i>	2 (3,8%)
<i>F32 Episódios depressivos</i>	4 (7,7%)
<i>F33 Transtorno depressivo recorrente</i>	2 (3,8%)
<i>F41 Transtorno de ansiedade</i>	2 (3,8%)
<i>F60 Transtornos de personalidades</i>	3 (5,8%)
<i>F70 Retardo mental leve</i>	1 (1,9%)
<i>G40 Epilepsia</i>	2 (3,8%)
Outras comorbidades	52 (%)
<i>I10 Hipertensão</i>	4 (7,7%)

<i>I49 Arritmia cardíaca</i>	1 (1,9%)
<i>I64 Acidente vascular encefálico</i>	1 (1,9%)
<i>J45 Asma</i>	1 (1,9%)
<i>J60 Doenças pulmonares devido a agentes externos</i>	1 (1,9%)
<i>Q24 Outras malformações congênitas do coração</i>	1 (1,9%)

No total foram prescritos 929 medicamentos. Sendo 282 durante a internação para uso diário, 444 medicamentos prescritos para uso “se necessário” e 203 na alta. Todas as prescrições durante a internação tinha mais que quatro medicamentos e na alta 13 prescrições tiveram mais que quatro medicamentos. O número médio de medicamentos por prescrição foi de 13,9 com o máximo de nove medicamentos por prescrição de uso de rotina e até 10 medicamentos em prescrições para uso “se necessário”. Nas prescrições de alta foram observadas a prescrição de até sete medicamentos.

Ocorreram 449 PRM's sendo 22 PRM's diferentes, totalizando uma média de 8,6 PRM por pacientes.

Foram realizadas 97 intervenções junto ao paciente. Nas entrevistas foram prestados aos pacientes conselhos sobre uso racional de medicamentos, interações medicamento-medicamento, interações medicamento-droga e outras informações sobre o tratamento farmacológico. Quando presentes, os familiares e cuidadores também foram orientados sobre o tratamento do paciente. Na Tabela 6 podemos visualizar as intervenções realizadas com relação aos PRM's e a aceitabilidade junto aos profissionais. A maioria das intervenções não foi aceita pelos prescritores pela falta de viabilidade ou não foi aceita e não tiveram justificativa para tanto.

Tabela 6. Aceitabilidade das intervenções farmacêuticas realizadas com relação aos PRM's em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande - MS.

Nº total de PRM's	449
Nº de PRM's diferentes	22
Intervenções propostas ao paciente	97
Intervenções farmacêuticas	
<i>Total</i>	140
<i>Aceitas e implementadas</i>	5
<i>Aceitas, mas não implementadas</i>	3
<i>Aceitas, parcialmente implementadas</i>	10
<i>Não aceita, não viável</i>	104
<i>Não aceitas, não justificadas</i>	11
<i>Não aceitas, justificadas</i>	7
<i>Intervenção não proposta</i>	3

Os diferentes PRM's identificados estão listados abaixo na Tabela 7. Os mais comuns foram frequência e horário incorreto de administração, não entendimento das orientações, interação medicamento-medicamento, interação medicamento-droga, intervalo de administração curto, presença de reação adversa a medicamento e intervalo de administração longa.

Tabela 7. Problemas Relacionados à Farmacoterapia (PRM's) de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande - MS.

Farmacoterapia necessária ou desnecessária	52(%)
<i>Farmacoterapia necessária ou desnecessária</i>	6 (11,5%)
<i>Problema de saúde não tratado</i>	3 (5,8%)
<i>Dificuldade de acesso ao medicamento</i>	1 (1,9%)
<i>Necessidade de farmacoterapia preventiva para reduzir riscos</i>	2 (3,8%)
<i>Uso de medicamento sem necessidade</i>	11 (21,1%)
<i>Tratamento de reação adversa com medicamento</i>	7 (13,4%)
<i>Problema autolimitado que não necessita de medicamento</i>	1 (1,9%)
Administração e adesão	
<i>Frequência e horário incorreto de administração</i>	52 (100%)
<i>Não entendimento das orientações</i>	52 (100%)
<i>Dificuldade para se lembrar</i>	8 (15,4%)
Insegurança farmacológica	
<i>Prescrição de medicamento contraindicado</i>	3 (5,8%)
<i>Interação medicamento-medicamento</i>	52 (100%)
<i>Interação medicamento-droga</i>	52 (100%)
<i>Uso abusivo de medicamento</i>	4 (7,7%)
<i>Intervalo de administração curto</i>	52 (100%)
<i>Presença de reação adversa de medicamento</i>	52 (100%)
<i>Medicamento causa um novo problema</i>	9 (17,3%)
<i>Medicamento agrava um problema existente</i>	5 (9,6%)
Inefetividade da terapia	
<i>A farmacoterapia não atinge a meta terapêutica proposta</i>	1 (1,9%)
<i>Interação medicamentosa que reduz o efeito</i>	24 (46,1%)
<i>Intervalo de administração longo</i>	52 (100%)

No estudo, foram encontradas 2.636 interações entre medicamentos, sendo 135 interações diferentes. Na Tabela 8 temos os indicadores de interações medicamentosas (IM), de intervenções farmacêuticas e de aceitabilidade, onde podemos ver que nas prescrições da internação para uso diário houve 374 IM's; 513 nas prescrições para uso "se necessário" e 299 IM's nas prescrições de alta. Foi feita a possibilidades de interação entre os medicamentos prescritos para uso de rotina e os medicamentos para uso quando necessário e ocorreram 1450

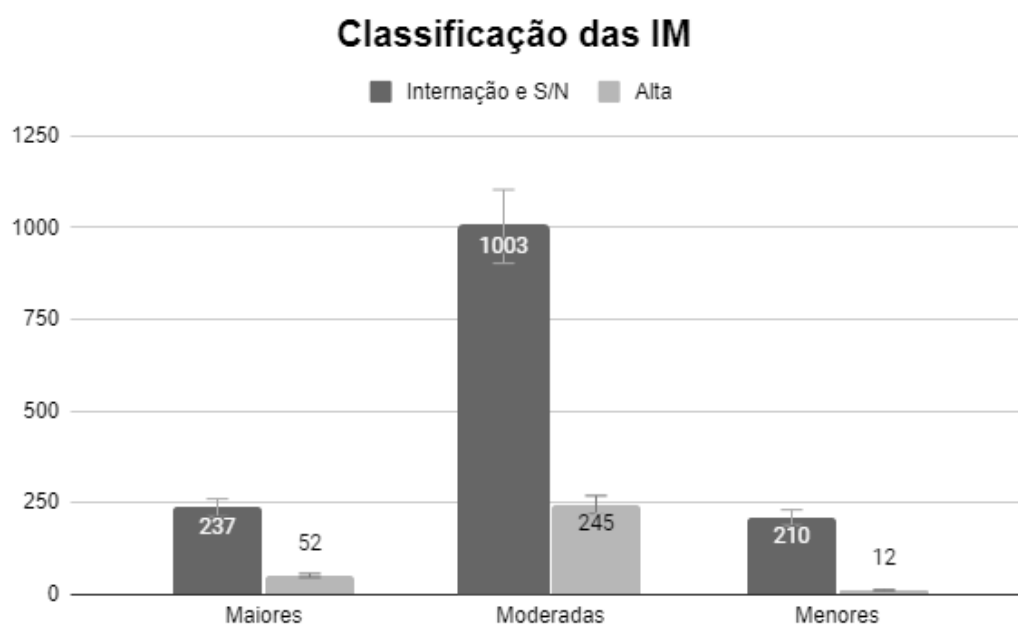
interações.

Tabela 8. Indicadores de Interações Medicamentosas (IM) de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS, intervenções farmacêuticas e aceitabilidade.

Medicamentos envolvidos em IM	
<i>Ácido fólico, Amitriptilina, Escitalopram, Fluoxetina, Imipramina, Nortriptilina, Clorpromazina, Haloperidol, Levomepromazina, Olanzapina, Risperidona, Dexclorferinamina, Ibuprofeno, Carbamazepina, Fenitoína, Ácido Valpróico, Fenobarbital, Anlodipino, Losartana, Furosemida, Hidroclorotiazida, Carvedilol, Ceftriaxona, Cafalexina, Amoxicilina, Biperideno, Glibenclamida, Metformina, Omeprazol, Diazepam, Nitrazepam, Clonazepam, Prometazina, Carbonato de Lítio, Formoterol</i>	
Intervenções farmacêuticas	
<i>Total</i>	56
<i>Aceitas e implementadas</i>	8
<i>Aceitas, mas não implementadas</i>	4
<i>Aceitas, parcialmente implementadas</i>	9
<i>Não aceitas, não justificadas</i>	6
<i>Não aceitas, justificadas</i>	29
<i>Intervenção não proposta</i>	2

Ao todo, realizou-se 56 intervenções farmacêuticas no nível de prescrição, sendo que 29 dessas intervenções não foram aceitas pelos prescritores, com justificativa. O medicamento mais envolvido em interações foi o Diazepam. Na Figura 3 temos a classificação das interações medicamentosas durante a internação e “se necessário” e na alta. As interações foram classificadas em “maiores”, “moderadas” e “menores” e o maior número das interações identificadas foi classificado como “moderadas”, tendo um total de 1.248. Destas, 1.003 interações moderadas foram encontradas nas prescrições para uso de rotina e “se necessário” e 245 durante a alta. Houve ainda 237 interações maiores nas prescrições para uso de rotina e “se necessário” e 52 na alta.

Figura 3. Classificação das Interações de Medicamentos (IM) de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS.



Na Tabela 9 podemos observar a classe farmacológica, o fármaco e a frequência de prescrição. (referência)

Tabela 9. Classes farmacológicas, fármacos e frequência de prescrição na internação de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS.

Classe farmacológica	Fármaco	Frequência
Vitaminas	Complexo B	PF
	Tiamina	MF
	Citoneurin	PF
Antianêmico	Ácido fólico	Fr
Antidepressivo	Amitriptilina	MF
	Escitalopram	PF
	Fluoxetina	MF
	Imipramina	PF
	Nortriptilina	PF
Antipsicótico	Clorpromazina	PF
	Haloperidol	Fr
	Levomepromazina	MF
	Olanzapina	PF
	Risperidona	PF
Antialérgico	Dexclorferinamina	PF
Anti-inflamatório	Ibuprofeno	PF

Analgésicos	Dipirona	MF
	Paracetamol	PF
Anticonvulsivantes	Carbamazepina	Fr
	Fenitoína	PF
	Ácido valpróico	PF
	Fenobarbital	PF
Anti-hipertensivos	Anlodipino	PF
	Losartana	PF
	Furosemida	PF
	Hidroclorotiazida	PF
	Carvedilol	PF
Antibióticos	Ceftriaxona	PF
	Cefalexina	PF
	Amoxicilina	PF
Anticolinérgico	Biperideno	PF
Antiglicemiantes	Glibenclamida	PF
	Metformina	PF
Antiácido	Omeprazol	PF
	Hidróxido de alumínio	MF
Hipnóticos e sedativos	Diazepam	MF
	Nitrazepam	MF
	Clonazepam	PF
Anti-histamínico H1	Prometazina	PF
Laxante	Óleo mineral	MF
Modulador de humor	Carbonato de lítio	PF
Broncodilatador	Formoterol	PF
Sais para reidratação oral	Solução oral para reidratação	PF

Frequência de uso: ≤ 10 pacientes: Pouco Frequente (PF), 11-19 pacientes: Frequente (Fr), > 20 pacientes: Muito Frequente (MF).

O Diazepam foi o fármaco mais prescrito, tendo sido encontrado em 96,1% prescrições. Na sequência, a Levomepromazina foi encontrada em 55,8% prescrições, a Amitriptilina em 46,1%, a Tiamina em 44,2% e a Fluoxetina em 42,3% das prescrições.

Com relação à conciliação de medicamentos, na Tabela 10 temos a classificação e as discrepâncias. Houveram 505 discrepâncias de medicamentos, sendo 495 discrepâncias intencionais e 452 relacionadas omissão de droga. Houveram 16 discrepâncias na dose e/ou frequência, 11 duplicações de medicamentos e 23 coomissão ou adições de medicamento. Os principais erros de medicação encontrados foram a duplicação terapêutica de drogas, que totalizou 21% das prescrições. Além disso, as prescrições para uso “se necessário” não apresentavam a informação de dose máxima dos medicamentos prescritos. De forma menos comum, em apenas três (03) prescrições de medicamento contra-indicado.

Tabela 10. Conciliações de medicamento de prescrição na alta de pacientes com dependência química internados em um centro de atenção psicossocial Alcool e Drogas IV (CAPS AD IV) no município de Campo Grande – MS.

Classificação	
2.2 <i>Discrepância na dose e/ou frequência</i>	16
1.1 <i>Omissão de droga</i>	452
1.2 <i>Coomissão de drogas (ou adição)</i>	23
1.3 <i>Duplicação de medicamentos</i>	11
1.6 <i>Outros (medicamentos contra-indicados)</i>	3
Discrepâncias de medicamentos	
<i>Intencionais</i>	495
<i>Não intencionais</i>	10
<i>Intencionais não documentado</i>	-
Intervenções farmacêuticas	
<i>Total</i>	44
<i>Aceitas e implementadas</i>	8
<i>Aceitas, mas não implementadas</i>	5
<i>Aceitas, parcialmente implementadas</i>	2
<i>Não aceita, não viável</i>	-
<i>Não aceita, não justificadas</i>	6
<i>Não aceita, justificadas</i>	23
<i>Intervenção não proposta</i>	8

6. DISCUSSÃO

O conjunto de dados encontrados nesse estudo está de acordo com outros dados encontrados na literatura com relação ao perfil sócio-demográfico do paciente dependente químico. De modo geral, são pacientes predominantemente do sexo masculino, com idade média dentro da faixa etária economicamente ativa, que estão desempregados, possuem baixo nível de instrução e uma renda média de até 1 salário mínimo. A maioria dos pacientes já esteve internado múltiplas vezes, relatam estar solteiros e se declaram pretos e pardos. Além

disso, nossos resultados mostram que assim como em outros estudos, os pacientes são polimedicados durante a internação e as evasões do regime de internato são comuns. Outra característica comum encontrada na pesquisa foi a incidência de doença mental prévia nos pacientes dependentes químicos e grande incidência de ideação suicida (Prado da Silva, *et al.*, 2010; Capistrano, *et al.*, 2013; Silva, *et al.*, 2020; Klaumann e Purim, 2022). Os resultados desse estudo mostram que mais de 40% dos pacientes que foram admitidos na pesquisa possuíam doença mental pregressa. Os prontuários analisados mostraram que o uso de drogas iniciava-se muitas vezes na infância e na adolescência, colaborando para que houvesse baixa escolaridade (Knevitze e Buccini, 2018).

A média de uso de drogas diferentes relatada no nosso estudo evidencia um consumo de 3,03 drogas por paciente, mostrando um perfil de uso de múltiplas drogas simultaneamente (Klaumann e Purim, 2022). Além disso, o tempo de internação que é preconizado pelas normativas do SUS é de 15 dias. No entanto, como podemos observar, a média de tempo de internação nesse estudo foi maior que o indicado, assim como em outros estudos (Crauss e Abaid, 2012) e chegou a 32 dias, tendo um paciente que esteve internado por apenas um dia e um outro participante que permaneceu no regime de internação por 210 dias. Isso mostra a necessidade de tratamento prolongado, devido a complexidade da doença em questão.

Com relação ao histórico social dos pacientes, as drogas mais consumidas foram o álcool (82,2%) e o tabaco (69,2%), cocaína e pasta base (66,7%). 70% dos pacientes faziam uso combinado de álcool e tabaco e mais que 50% associavam álcool e outras drogas, o que sugere como uma característica do usuário o consumo simultâneo de várias substâncias psicoativas também relatadas por outros autores (Klaumann e Purim, 2022). Além disso, o CID mais comum encontrados nos prontuários revela que a maioria dos pacientes teria como motivo de internação o transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas (CID10 F19.2).

Dentre as drogas ilícitas, a cocaína e crack foram as drogas mais utilizadas segundo o relato dos pacientes. Um estudo sugere que o uso de cocaína e pasta base estejam mais associados ao desenvolvimento de transtornos de humor (Scherffer, *et al.*, 2010). Os pacientes do nosso estudo relataram fazer uso de álcool por longos períodos, o que é extremamente nocivo à saúde, podendo levar a problemas de doenças como hepatite, hipertensão arterial, aumento do risco de AVC, anemia, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, diabetes mellitus e demência alcoólica (CISA, 2023), prejudicando a vida familiar, social e profissional do paciente.

Considerando que a internação faz com que o indivíduo interrompa o uso de drogas de

forma abrupta, há grande probabilidade de o paciente desenvolver a síndrome da abstinência durante o período da internação. A partir de um questionário semiestruturado, os pacientes foram perguntados sobre sintomas que experienciaram nas últimas duas semanas. Os resultados desse estudo mostraram que os sintomas relatados pelos pacientes coincidem com os sintomas descritos na síndrome de abstinência por outros autores (Maciel e Kerr-Corrêa, 2004). Os relatos mais comuns foram ansiedade, mudança de humor, sonolência, tremor, irritação/estresse, insônia e dor muscular.

Os sinais e sintomas da síndrome de abstinência variam de acordo com o tipo de droga utilizada pelo paciente. No caso da dependência por álcool o tratamento é feito com benzodizepínicos e em casos mais graves onde o paciente tem alucinações é indicado o uso de haloperidol (Baxter, 2010). Além disso, podem ser utilizados fármacos como o acamprosato, que atuam sendo antagonistas glutamérgicos e potencializando a ação do GABA (Castro e Baltieri, 2004). Para controle de abstinência de cocaína e pasta base não há farmacoterapia específica, na prática clínica é comum o uso de benzodiazepínicos, para reduzir a ansiedade no período de fissura e outros medicamentos depressores do sistema nervoso central como haloperidol, prometazina e levomepromazina (Katzung e Trevor, 2017). Não há tratamento farmacológico disponível para o tratamento de dependência por maconha, mas como os sintomas de abstinência podem incluir insônia, irritação e estresse também são indicados benzodiazepínicos e psicoterapia (Nilsen, *et al.*, 2019). A abstinência por nicotina pode gerar estresse e ansiedade no paciente. O medicamento de primeira linha no tratamento da abstinência é o antidepressivo bupropiona e a segunda linha a clonidina e a nortriptilina, associados também a medicamentos depressores do SNC (Marques, *et al.*, 2001). No SUS é possível encontrar também o tratamento de reposição de nicotina nas formas de fita adesiva ou pastilha. Dos medicamentos indicados para tratamento da síndrome da abstinência, no CAPS AD não estavam na lista o acamprosato, a bupropiona, os repositores de nicotina e a clonidina, sendo que destes medicamentos apenas os repositores de nicotina e a bupropiona constam na lista da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos), podendo ser encontradas nas unidades de saúde em Campo Grande, MS, que estão cadastradas no Programa Nacional do Tabagismo.

Durante o período do estudo, a amostra admitida teve 929 medicamentos prescritos. Outros autores mostram uma incidência de polimedicação de psicotrópicos em pacientes do CAPS AD (Silva, *et al.*, 2023). Nos nossos resultados a média de medicamentos prescritos por pacientes internados chegou a 5,4 medicamentos, sendo que os medicamentos mais prescritos foram diazepam e levomepromazina. Esses resultados se parecem com dados

encontrados por Silva e colaboradores (2020), que mostram o Diazepam entre os medicamentos mais prescritos e uma média de 4,08 medicamentos por prescrição.

Nas prescrições da alta foi encontrado uma média de 3,9 medicamentos por paciente. É comum que os pacientes atendidos no CAPS AD sejam polimedicados durante a internação e durante a alta devido a presença de multicomorbidades (Silva, *et al.*, 2020) e a não especificidade do tratamento da dependência química. Contudo, essa prática aumenta a incidência de reações adversas, interações medicamentosas e baixa adesão ao tratamento fora do regime de internação (Coleman, *et al.*, 2012).

O tratamento farmacológico da dependência química não é específico, isso dificulta a escolha do melhor fármaco e diminui as opções terapêuticas. Dalago (2018) descreve a prescrição dos medicamentos como “*off label*”. Contudo, na prática clínica experienciada nesse trabalho, observou-se que o foco do tratamento farmacológico é tratar os sinais e sintomas relacionados a Síndrome da Abstinência como ansiedade, irritação, psicose, delírio, insônia, convulsões. Como na literatura e também nesse estudo o sintoma mais relatado por pacientes com síndrome de abstinência é a ansiedade que leva a fissura pelo uso de uma substância, é comum que a droga mais prescrita seja o Diazepam ou o Haloperidol como descrito por Silva e colaboradores (2020).

Segundo Mongaret e colaboradores (2018), cinco ou mais medicamentos usados habitualmente representam um fator preditivo para realização de intervenção farmacêutica. Além disso, Antônio e colaboradores (2019) constataram que o número de discrepâncias aumenta em pacientes com mais de cinco medicamentos de uso habitual.

A padronização de medicamentos em hospitais e unidades de internação é comum e podem ajudar a minimizar erros de medicamento (Wang *et al.*, 2017). Durante o estudo no CAPS AD, foram identificados padrões nas prescrições. Contudo, os prescritores responderam que apesar do número de prescrições com os mesmos medicamentos não havia uma padronização de prescrição feita pelo Ministério da Saúde que determinasse o tratamento para dependência química. Segundo os prescritores, a prescrição era feita de acordo com a necessidade clínica do paciente e dependia da disponibilidade de medicamentos na unidade.

De acordo com o estudo realizado por Silva (2009) feito no Hospital Albert Einstein, o principal erro encontrado foi o uso de uma única prescrição com medicamentos diferentes para a mesma indicação no período de 11 meses. Diferentemente, no nosso estudo, o erro mais comum de medicação encontrado foi a duplicidade terapêutica, quando dois ou mais fármacos da mesma classe terapêutica são prescritos e aumentam o risco e a ocorrência de reações adversas. Ao todo, 11 das prescrições tinham como erro de medicação a duplicação

terapêutica, principalmente de Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) associados a antidepressivos tricíclicos como a Amitriptilina e a Nortriptilina.

Na maioria das vezes, quando sugerido a suspensão de um dos antidepressivos, era justificado o uso com a finalidade de potencializar os efeitos terapêuticos. Contudo, é sabido que o uso de dois ISRS ou a associação desse fármaco com antidepressivos tricíclicos pode levar ao aumento dos efeitos colaterais como sedação, xerostomia, visão turva, tontura, prisão de ventre e retenção urinária (Demarchi, *et al.*, 2020). Além do aumento da chance de ocorrência de reações adversas, o uso combinado eleva as chances de desenvolvimento de uma síndrome rara conhecida como Síndrome Serotoninérgica, onde o paciente pode apresentar sintomas como confusão mental, convulsão, alucinações, alteração da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, espasmos e rigidez muscular.

Durante o estudo foram encontradas três (03) prescrições com medicamentos contraindicados e foram feitas intervenções. Sendo duas delas aceitas e implementadas e outra não aceita e justificada como “desmame e necessidade de iniciar novo tratamento no mesmo período”. Em umas das intervenções aceitas e implementadas o paciente estava em uso de carvedilol e formoterol. O Carvedilol é um bloqueador não seletivo dos receptores adrenérgicos (Alfa 1, Beta 1 e Beta 2), enquanto que o formoterol é um broncodilatador agonista do receptor Beta 2 adrenérgico. Nesse caso, o mecanismo de ação do carvedilol estava reduzindo o efeito do broncodilatador, podendo levar a crises de asma. Outra intervenção aceita e implementada foi a suspensão do uso de ibuprofeno em um paciente que estava em tratamento com carbonato de lítio. O lítio em doses terapêuticas é um estabilizador de humor muito eficaz, porém sua dosagem deve ser monitorada, pois doses muito altas podem ser tóxicas. Quando usado em associação com alguns AINE's (Antiinflamatórios Não Esteroidais) o lítio pode ter sua concentração aumentada, aumentando o risco de efeitos adversos, intoxicação e lesão renal (Freeman e Freeman, 2006).

No caso da intervenção não aceita, o paciente com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) tinha em sua prescrição a amitriptilina, um antidepressivo tricíclico com ações serotoninérgicas que é contraindicado, pois pode levar o paciente a um quadro de mania. Grunze e colaboradores (2010) descreve que os antidepressivos em monoterapia no tratamento de TAB tem fraca evidência de eficácia e Zhang e colaboradores (2013) mostra um estudo comparando um antidepressivo e o placebo, onde o antidepressivo não demonstra superioridade no tratamento desse transtorno de humor. Foi feita a sugestão de retirada do antidepressivo e o prescritor justificou que estava em processo de desmame da Amitriptilina e início do tratamento de TAB e manteve a prescrição.

O foco das intervenções farmacêuticas aplicadas a IM foram as interações classificadas como maiores e que apresentavam maior risco para o paciente. Houve 135 IM distintas e foram identificados 22 PRM's diferentes. As intervenções farmacêuticas, de modo geral tanto as propostas para os PRM's quanto às intervenções para IM, tiveram baixa aceitabilidade pelos prescritores, diferentemente do estudo de Araújo e colaboradores (2017) que teve uma aceitabilidade de mais de 90%. Em nosso estudo, 79,5% das intervenções propostas para corrigir PRM's não foram aceitas, enquanto que 62,5% das intervenções propostas para corrigir IM "maiores" também não foram aceitas. Boa parte das intervenções farmacêuticas relacionadas à IM que não foram aceitas foram justificadas pelos médicos. Muitas vezes, era justificado pelo prescritor que não haveria opção farmacológica mais adequada disponível na rede de saúde pública. Contudo, a baixa aceitabilidade também demonstra uma fragilidade na aceitação da intervenção do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar.

Ao todo, 35 medicamentos estiveram envolvidos em IM, sendo que as interações de medicamentosas propositas não foram analisadas nesse estudo. O principal fármaco identificado em IM foi o medicamento mais prescrito, Diazepam. Este resultado está de acordo com Firmino e colaboradores (2011) que mostra em um estudo realizado no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, que mais de 50% das prescrições analisadas tinham outro psicotrópico prescrito junto a este benzodiazepínico. O Diazepam é um medicamento depressor do SNC, contraindicado para hepatopatas e idosos. Ele pode ter interações potencialmente fatais quando utilizado em dose inadequada ou quando usado com outros medicamentos que deprimem o SNC. O uso de psicotrópicos deve ser feito com cuidado e o acompanhamento farmacoterapêutico deve ser feito sempre que possível visando evitar erros de medicação que tragam complicações para os pacientes (Marques e Freitas, 2014).

Com relação as discrepâncias de medicamentos foram feitas 52 interações junto ao prescritor. Houve baixa aceitabilidade das intervenções, porém as intervenções feitas no momento da alta foram justificadas. Quando havia omissão de droga o prescritor era questionado sobre a necessidade do paciente continuar o tratamento com determinada droga ou não. Assim como no estudo de Contin & colaboradores 2020 houve maior incidência da discrepância de omissão de dose ou droga.

A dependência química é uma doença de difícil controle, de baixa adesão ao tratamento e multifatorial. Seu tratamento farmacológico inclui diferentes classes de psicotrópicos e de modo geral, os pacientes são polimedicados. A necessidade de acompanhamento da farmacoterapia durante a internação é essencial para garantir a segurança e eficácia do

tratamento. Os resultados desse estudo mostram que ainda há baixa adesão as intervenções feitas pelo farmacêutico clínico e que políticas de incentivo a inserção desse profissional em centros de saúde mental devem ser incentivadas. Além disso, considerando as poucas opções de tratamento disponíveis na rede atualmente, a relação municipal de medicamentos destinada ao CAPS AD deve também ser revista a fim de propiciar uma melhora no tratamento farmacológico fornecido.

7. CONCLUSÃO

As intervenções farmacêuticas no âmbito dos PRM's e IM's contribuem para o uso racional de medicamentos, evita erros de medicação e possíveis problemas que possam ser causados pela farmacoterapia. Para os pacientes dependentes químicos, o papel do farmacêutico no acompanhamento é de suma importância, uma vez que a dependência é uma condição complexa que requer uma abordagem multifacetada e integrada ao tratamento.

Outro aspecto crucial do acompanhamento farmacêutico é o fornecimento de apoio emocional e educacional ao paciente dependente, podendo oferecer conselhos sobre o uso adequado dos medicamentos prescritos, estratégias para lidar com os desejos e sintomas de abstinência, bem como orientar sobre a importância de adesão ao tratamento e consultas médicas regulares. Com os resultados deste estudo evidencia a necessidade do farmacêutico atuar em equipe multidisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial, ajudando a garantir um tratamento eficaz e seguro. A atuação do farmacêutico clínico pode melhorar a qualidade do tratamento farmacológico, quando há colaboração dos profissionais envolvidos no cuidado do paciente.

8. PERSPECTIVAS FUTURAS

A dependência química é um problema global de saúde que requer abordagens inovadoras e métodos para o tratamento e prevenção. À medida que avançamos no século 21, várias perspectivas promissoras estão surgindo, oferecendo esperança para aqueles que lutam contra a dependência (Dalpiaz, *et al.* 2014). Três áreas notáveis de avanço nas perspectivas futuras são a redução de danos, a epigenética e as vacinas.

A redução de danos é uma abordagem que permite que a abstinência total não seja sempre imediatamente alcançada para todos os indivíduos com dependência química. Em vez de se concentrar exclusivamente na eliminação do uso de substâncias, a redução de danos busca minimizar os efeitos adversos do uso, protegendo a saúde e promovendo a segurança dos indivíduos. Isso inclui programas de troca de seringas, salas de consumo supervisionadas

e distribuição de naloxona para reverter overdoses de opioides. A expansão desses programas e a integração de serviços de saúde mental e tratamento da dependência em abordagens de redução de danos pode reduzir os danos associados ao uso de substâncias e, eventualmente, encorajar a busca de tratamento (Hawk, *et al.*, 2017; Ramprashad, *et al.*, 2022).

A epigenética é uma área de pesquisa que estuda as mudanças na expressão genética que não envolvem alterações na sequência de DNA, mas sim modificações químicas que influenciam como os genes são ativados ou desativados. Pesquisas recentes revelaram como a exposição a substâncias psicoativas, como álcool e drogas, pode alterar a epigenética, afetando a vulnerabilidade à dependência. Compreender esses mecanismos pode abrir portas para o desenvolvimento de tratamentos personalizados. Terapias epigenéticas, como a modificação da metilação do DNA ou a regulação da expressão gênica, podem se tornar parte integrante do tratamento da dependência no futuro. Isso poderia permitir abordagens mais precisas e direcionadas com base na genética individual, melhorando a eficácia dos tratamentos (Hamilton e Nestler, 2019; Nestler e Lusher, 2019).

Além disso, pesquisas estão em andamento para desenvolver vacinas contra drogas, especialmente aquelas com alto potencial de abuso, como a cocaína, o crack e a nicotina. Essas vacinas funcionariam estimulando o sistema imunológico a produzir proteínas contra as substâncias. Embora essas vacinas ainda não estejam disponíveis, elas representam uma abordagem promissora para prevenir recaídas em indivíduos em recuperação. Essa estratégia pode oferecer uma camada adicional de suporte para ajudar a manter a abstinência (Xiaoshan, *et al.*, 2020; Hossain, *et al.*, 2020).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABOUKHOUDIR, F; FAUGIER, JP; RICA, O; MOUSSA, K; BEN ALI, Z; NAJJAR, A; BARTHEZ, O; REKIK, S; PANSIERI, M. **Myocardite aiguë induite par la cocaïne [Cocaine-induced acute myocarditis]**. Ann Cardiol Angeiol (Paris). 2019 Nov;68(5):367-370. French. doi: 10.1016/j.ancard.2019.07.015. Epub 2019 Sep 23. PMID: 31558269.
- ALVES, H., KESSLER, F. RATTO, L. R. C. (2004). **Comorbidade: usos de álcool e outros transtornos psiquiátricos**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 51-53, São Paulo.
- ALVES, Y. D. D.; PEREIRA, P. P. G. **Interações, trilhas e caminhos de uma cidade em fluxo: etnografia na Cracolândia**. *Revista de Antropologia*, [S. l.], v. 64, n. 1, p. e184481, 2021. DOI: 10.11606/1678-9857.ra.2021.184481. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/184481>. Acesso em: 23 set. 2023.
- ALMANASREH, E; MOLES, R; CHEN, TF. **The medication discrepancy taxonomy (MedTax): The development and validation of a classification system for medication discrepancies identified through medication reconciliation**. Res Social Adm Pharm. 2019.
- ANDREWS, P. **Cocaethylene toxicity**. J Addict Dis. 1997, 16:75-84.
- ARAUJO, RB; OLIVEIRA, MS; PEDROSO, RS; MIGUEL, AC; CASTRO, MGT. **Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. Artigos de Revisão. *Jornal brasileiro de psiquiatria*. 57 (1), 2008.
- ARMSTRONG, T. D; COSTELLO, EJ. (2002). **Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity**. Journal Consult Clinical Psychology, 70, 1224-39
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais**. DSM-V. São Paulo: Artmed, 2014.
- BALLENGER, JC; POS, RM. **Kindling como modelo para episódios de abstinência de álcool e gravidade das convulsões de abstinência subsequentes**. Psicofarmacologia, 116: 26-32, 1978.
- BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.
- BAXTER, K. **Interações medicamentosas de Stockley: Referência Rápida**. Artmed, 1º Ed., 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS** (Departamento de Informática do SUS), 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica**; caderno 2. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança no Modelo de Atenção**. Relatório de Gestão 2003 – 2006, Coordenação Geral de Saúde Mental, Brasília, Janeiro de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.** Brasília, 2017.

BIEGON, A; KERMAN, IA. (2001): **Autoradiographic study of pre- and postnatal distribution of cannabinoid receptors in human brain.** *Neuroimage* 14:1463-8.

BORGES, Claudia Daiana; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Rede social significativa de usuários de um CAPSad: perspectivas para o cuidado.** *Pensando fam.*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 167-181, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 out. 2023.

CAPISTRANO, FC; FERREIRA, ACZ; SILVA, TL; KALINKE, LP; MAFTUM, MA. **Perfil sociodemográfico y clínico de dependientes químicos en tratamiento: análisis de prontuarios.** *Esc. Anna Nery* 17 (2), Jun 2013. <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200005>>.

CASTRO, LA; BALTIERI, DA. **Tratamento farmacológico da dependência por álcool.** *Braz. J. Psychiatry* 26 (supl 1), Maio 2004. <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500011>>.

CARLINI, E.A. et al. **Drogas psicotrópicas: o que são e como agem.** *Revista IMESC*, p.9-35, 2001.

CASTRO, LA; COUZI, C. **Uso potencial dos anticonvulsivantes no tratamento ambulatorial da dependência de álcool.** *J. bras. psiquiatr.* 55 (3), 2006. <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000300007>>.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL [homepage]. **CISA- Centro De Informações Sobre Saúde e Álcool.** Disponível em: <<https://encr.pw/74r3b>> Acesso em: 20 de junho de 2023.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL [homepage]. **CISA- Centro De Informações Sobre Saúde e Álcool.** Disponível em: <<https://cisa.org.br/>> Acesso em: 30 de julho de 2023.

COLEMAN, CI; LIMONE, B, SOBIERAJ, DM; LEE, S; ROBERTS, MS, KAUR, R et al. **Dosing frequency and medication adherence in chronic disease.** *J Manag Care Pharm.* 2012;18(7):527-39. DOI:10.18553/jmcp.2012.18.7.527 - POLIFARMACIA E ADESAO.

COOPER, S; ROBISON, AJ; MAZEI-ROBISON, MS. **Reward Circuitry in Addiction.** *Neurotherapeutics* 14, pg 687-697, 2017.

CONTIN T. **Conciliação de Medicamentos na Clínica Médica de um hospital universitário** [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2020.

COSTARDI, JVV; NAMPO, RAT; SILVA, GL; RIBEIRO, MAF; STELLA, HJ; STELLA, MB; MALHEIROS, SVP. **Uma revisão sobre o álcool: do mecanismo de ação central à dependência química.** *Rev. Assoc. Med. Bras.* 61 (4). Jul-Aug, 2015.

CRAUSS, RMG; ABAID, JLW. **A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários.** *Contextos Clínicos*, 5(1):62-72, janeiro-junho 2012 © 2012 by Unisinos - doi: 10.4013/ctc.2012.51.07.

DA SILVA, WLF; DE MATOS, DM; FELICISSIMO, JM; CAZARIM, MD; DE MENDONÇA, AE; SILVEIRO, MS. **Profile of pharmaceutical interventions or a pharmacotherapeutic follow-up model for diabetic patients in a community pharmacy.** Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. Volume 58, 2022.

DALPIAZ, Ana Kelen et al. **Fatores associados ao uso de drogas: depoimentos de usuários de um CAPS AD.** *Aletheia* [online]. 2014, n.45 [citado 2023-10-23], pp. 56-71. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-0394.

DALAGO, I. Tratamento farmacológico da dependência química: a disponibilidade dos medicamentos na RENAME e na REMUME/Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

DE ANTÔNIO, J.H.; NGUYEN, T.; CHENAULT, G.; ABOUTANOS, M. B.; ANAND, R. J.; et al. **Medications and patient safety in the trauma setting: a systematic review.** *World J. Emerg. Surg.* 14, v. 5, 2019.

DESTRO, DR; VALE, SA; BRITO, MJM; CHEMELLO, C. **Challenges for pharmaceutical care in Primary Health Care.** *Physis* 31 (03), 2021. <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310323>>.

DEMARCHI, ME; CASSELLI, DDN; FIGUEIRA, GM; SILVA, ESM; SOUZA, JC. **Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of depression: discontinuation and/or dependency syndrome?** *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, e815998035, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.8035>

DIAS, LL; SANTOS, SCP. **Breve história da maconha no Brasil e suas relações com a moralidade na formação da República.** *Revista Aedos, [S. l.]*, v. 13, n. 28, p. 281–322, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/aedos/article/view/116111>. Acesso em: 26 jul. 2023.

EDWARDS, G.; MARSHALL, J; COOK, C. (1999). **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed.

FARIA, JSS; ROSSI, SV; ANDREATTA, T; SIMÕES, VP; POMBO, BH; MOREIRA, RB. **Benzodiazepines: reviewing the use for disuse.** *Rev Med (São Paulo)*. 2019 nov.-dez.;98(6):423-6.

FARIAS, L; BERNADINO, IM; MADRUGA, RCR; D' VI, S U S, RS. **Attitudes and practices of professionals who working in the Family Health Strategy regarding the approach to drug users in the municipality of Campina Grande Paraíba Brazil.** *Cien Saude Colet*, setembro, 2019.

FERREIRA, PEM; MARTINI, RK. **Cocaína: lendas, história e abuso.** *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2001. < <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000200008>>.

FIDALGO, TM; NETO, PMP; SILVEIRA, DX. **Caso complexo 12 Vila Santo Antônio Fundamentação Teórica: Abordagem da dependência química.** UNASUS. Especialização em saúde da Família. UNIFESP. 2012. <<https://11nq.com/KiAi3>>.

FIRMINO, FK; ABREU, MHNG; PERINI, E; MAGALHÃES, SMS. **Factors associated with benzodiazepine prescription by local health services in Coronel Fabriciano, Minas Gerais State, Brazil.** *Cadernos de Saúde Pública*, junho 2011.

FREEMAN, MP; FREEMAN, SA. **Lithium: clinical considerations in internal medicine.** Am J Med. 2006;119:478-81.

GARCÍA, C; RODRÍGUEZ-ARCAS, MJ; SÁNCHEZ, JM. **Seguimiento del paciente crónico durante la pandemia COVID-19 en la farmácia comunitária: caso clínico.** Farm Comunitarios. 2022 Apr 26;14(2):46-49.

GOODMAN, A. **Neurobiology of addiction: An integrative review.** Biochemical Pharmacology Volume 75, Issue 1, 1 January 2008, Pages 266-322.

GODDARD, GV; MCINTYRE, DC; LECH, DC. **Uma mudança permanente na função cerebral resultante da estimulação elétrica diária.** Exp Neurol, 25: 295-330, 1969.

GOMES, AR.; AMARAL, RG.; ANDRADE, LN. **Tratamento farmacológico da dependência de cocaína/crack: análise da farmacoterapia em pacientes dependentes químicos.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento , [S. l.] , v. 10, pág. e506111032882, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i10.32882. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32882>. Acesso em: 23 set. 2023.

GUIMARÃES, RA; SILVA, LN; FRANÇA, DDS; DEL-RIOS, NHA; CARNEIRO, MAS; TELES, SA. **Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em usuários de crack.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem. Jul-ago 2015; 23(4):628-34.

GRUNZE, H; VIETA, E; GOODWIN, GM; BOWDEN, C; LICHT, RW; MÖLLER, HJ; et al. **The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2010 on the treatment of acute bipolar depression.** World J Biol Psychiatry. 2010;11:81-109.

HAMILTON, PJ; NESTLER, EJ. **Epigenetics and addiction.** Curr Opin Neurobiol. 2019 Dec;59:128-136. doi: 10.1016/j.conb.2019.05.005. Epub 2019 Jun 27. PMID: 31255844; PMCID: PMC6889055.

HAWK, M; COULTER, RWS; EGAN, JE; FISK, S; REUEL FRIEDMAN, M; TULA, M; KINSKY, S. **Harm reduction principles for healthcare settings.** Harm Reduct J. 2017 Oct 24;14(1):70. doi: 10.1186/s12954-017-0196-4. PMID: 29065896; PMCID: PMC5655864.

HEPLER, C.D. **The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement.** Am. J. Pharm. Educ., v.51, n.4, p.369-385, 1987.

HILLBROM, ME, HJELM-JAGER, M. **Should alcohol withdrawal seizures be treated with anti-epileptic drugs?** Acta Neurol Scand, 69: 39-42, 1984.

HOSSAIN, MK; HASSANZADEGANROUDSARI, M; NURGALI, K; APOSTOLOPOULOS, V. **Vaccine development against methamphetamine drug addiction.** Expert Rev Vaccines. 2020 Dec;19(12):1105-1114. doi: 10.1080/14760584.2020.1857738. Epub 2020 Dec 10. PMID: 33251859.

HEAL, DJ; GOSDEN, J; SMITH, SL. **Dopamine reuptake transporter (DAT) "inverse agonism"--a novel hypothesis to explain the enigmatic pharmacology of cocaine.** Neuropharmacology. 2014 Dec;87:19-40. doi: 10.1016/j.neuropharm.2014.06.012. Epub 2014 Jun 19. PMID: 24953830.

KATZUNG, BG; TREVOR, AJ. **Farmacologia Básica e Clínica.** Edição 13ª/2017.

KLAUMANN, V. C.; MALTA PURIM, K. S. **Perfil de Dependentes Químicos de Crack em Reabilitação Hospitalar**. Ensaios e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde, [S. l.], v. 25, n. 5-esp., p. 558–563, 2022. DOI: 10.17921/1415-6938.2021v25n5-esp.p558-563. Disponível em: <https://ensaioseciencia.pgsscogna.com.br/ensaioeciencia/article/view/8551>. Acesso em: 24 out. 2023.

KIYATKIN, EA. **The Critical Role of Peripheral Targets in Triggering Rapid Neural Effects of Intravenous Cocaine**. Neuroscience. 2020 Dec 15;451:240-254. doi: 10.1016/j.neuroscience.2020.09.050. Epub 2020 Oct 1. PMID: 33010343; PMCID: PMC7704732.

KNEVITZ, M. F., BUCCINI, D. F. (2018). **Psicofármacos no tratamento da dependência química: Uma revisão..** Revista Interdisciplinar De Estudos Em Saúde, 7(1), 205–219. <https://doi.org/10.33362/ries.v7i1.1124>

KREEK, MJ (2011). Marginalização extrema: vício e outros transtornos de saúde mental, estigma e prisão. **Annals of the New York Academy of Sciences**, 1231: 65-72. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report, 2021.

LAIA, Alice Santos. **Lesão hepática e complicações hematológicas: estudo de caso de uma paciente alcoólatra. Monografia (Graduação em Farmácia)** - Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto. 2018.

LARANJEIRA, R; NICASTRI, S; JERÔNIMO, C; MARQUES, AC et al. **Consenso sobre a síndrome de abstinência alcoólica (SAA) e seu tratamento**. Rev Bras Psiqu, 22(2): 62-71, 2000.

LARANJEIRA, R; REIS, AD. **Tratamento farmacológico do uso da cocaína**. Revista UNIAD. 2009.

LIVNE, O; SHMULEWITZ, D; LEV-RAN, S; HASIN, DS. **DSM-5 cannabis withdrawal syndrome: Demographic and clinical correlates in U.S. adults**. Drug Alcohol Depend. 2019 Feb 1;195:170-177. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.09.005. Epub 2018 Oct 22. PMID: 30361043; PMCID: PMC6359953.

LONGO, MAT; BAGGINI, MF; DE SOUZA, MO; DA SILVA, GA. **Dependência Química e Comorbidade Psiquiátrica: Perfil Sociodemográfico e Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes da Comunidade Terapêutica Santa Carlota – Instituto Bairral de Psiquiatria, Município de Itapira, SP**. Revista UNIAD, 2017.

LONGO, LP, CAMPBELL, C; HUBATCH, S. **Divalproex sodium for alcohol withdrawal and relapse prevention**. J Addict Dis, 21: 55-64, 2002.

LUFT, A; MENDES, FF. **Anestesia no paciente usuário de cocaína**. Rev Bras Anesthesiol. 2007.

MACIEL, C; KERR-CORRÊA, F. **Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas**. Braz. J. Psychiatry 26 (suppl 1), Maio 2004. <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500012>>.

MARQUES, ACPR; CAMPANA, A; GIGLIOTTI, AP; LOURENÇO, MTC; FERREIRA, MP; LARANJEIRA, R. **Concenso sobre tratamento da dependência de nicotina**. Braz. J. Psychiatry 23 (4), Dez 2001. <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400007>>.

MARTÍN, AV. **Farmacología y toxicología del alcohol etílico, o etanol.** Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, ISSN 0210-6523, N°. 51, 2014, págs. 241-248.

MARCOLIN, MA; CARTARELLI, MG; JUNIOR, MG. **Interações farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas.** Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo) 31 (2), 2004. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000200003>.

MALCOLM, R; MYRICK, H; BRADY, KT; BALLENGER, JC. **Atualização sobre anticonvulsivantes para o tratamento da abstinência alcoólica.** Am J Addict, 10 (Suplemento): 1623, 2001.

MEZAROBBA, G; BITENCURT, RM. **Toxicidade do paracetamol: o álcool como um fator de risco.** Unoesc & Ciência - ACBS Joaçaba, v. 9, n. 1, p. 105-112, jan./jun. 2018.

NESTLER, EJ; LÜSCHER, C; **The Molecular Basis of Drug Addiction: Linking Epigenetic to Synaptic and Circuit Mechanisms.** Neuron. 2019 Apr 3;102(1):48-59. doi: 10.1016/j.neuron.2019.01.016. PMID: 30946825; PMCID: PMC6587180.

MONGARET, C., QUILLET, P., VO, T. H., AUBERT, L., FOURGEAUD, M., MICHELET-HUOT, E. et al. **Predictive factors for clinically significant pharmacist interventions at hospital admission.** Medicine. v. 97, n. 9, 2018.

MYRICK, H; BRADY, KT; MALCOLM, R. **Divalproex in the treatment of alcohol withdrawal.** Am J Drug Alcohol Abuse, 26: 155-60, 2000.

NIELSEN, S; GOWING, L; SABIONI, P; LE FOLL, B. **Farmacoterapias para dependência de cannabis.** Cochrane Database of Systematic Reviews. Janeiro de 2019.

NOVAES, PS. **O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 17(2), 342-356, jun. 2014.

OLIVEIRA, LG; NAPPO, SA. **Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use.** Rev. Saúde Pública 42 (4). Agosto, 2008.

PRADO DA SILVA, LH; BORBA, LO; PAES, MP; GUIMARÃES, AN; MANTOVANI, MF; MAFTUM, MA. **The profile of the chemical dependants assisted in a rehabilitation unit of a psychiatric hospital.** Esc. Anna Nery 14 (3), Set 2010. <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300021>>.

RAMPRASHAD, A; BURNETT, GM; WELSH, C. **Harm Reduction: Not Dirty Words Any More.** Psychiatr Clin North Am. 2022 Sep;45(3):529-546. doi: 10.1016/j.psc.2022.04.005. Epub 2022 Aug 1. PMID: 36055737.

RANDHAWA, A; BRAR, MS; KUMARI, B; CHAUDHARY, N. **Sociodemographic profile and pattern of substance abusers: A retrospective study to unveil the public health problem of Punjab.** J Family Med Prim Care. Julho, 2020.

RATTO, L., CORDEIRO, D.C. (2004). **Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química.** Em: S. Bordin, N. B. Figlie & R. Laranjeira (Orgs.), *Aconselhamento em dependência química* (pp.167-186). São Paulo: Roca.

REOUX, JP; SAXON, AJ; MALTE, CA; BAER, JS; SLOAN, KL. **Divalproex in alcohol**

withdrawal: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. Alcohol Clin Exp Res, 25: 1324-9, 2001.

ROSENTHAL, RN; PERKEL, C; SINGH, P; ANAND, O; MINER, CR. **A pilot trial of valproate and phenobarbital in the treatment of alcohol withdrawal.** Am J Addiction, 7: 189-97, 1998.

ROSSI, CCS; TUCCI, AM. **ACCESS TO DRUG DEPENDENCE TREATMENT BY CRACK ADDICTS LIVING ON THE STREET.** Psicol. Soc. 32, 2020 <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32i170161>>.

SABINO, NDM; CAZENAVE, SOS. **Therapeutic communities as an alternative to the psychoactive substances dependency treatment.** Estud. psicol. (Campinas) 22 (2), Jun 2005.

SILVA, Cristiane Ribeiro da et al . **Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório.** Aletheia, Canoas , n. 30, p. 101-112, dez. 2009 . Disponível em < <https://acesse.dev/XxYKS>>. acessos em 23 set. 2023.

SILVA, SN; LIMA, MG; RUAS, CM. **Uso de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço.** Ciênc. saúde coletiva 25 (7). Julho, 2020.

SILVA, SVL. **A interação do álcool com medicamentos e seus efeitos no organismo.** Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Novembro, 2017.

SILVA, AMS. **Inpatient's medical prescription errors.** Biblioteca virtual em saúde, Einstein (São Paulo) ; 7(3)set. 2009. Tab.

SCHUBINER, H; TZELEPIS, A; MILBERGER, S; LOCKHART, N; KRUGER, M; KELLEY, BJ; SCHOENER, EP. **Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers.** J Clin Psychiatry. 2000 Apr;61(4):244-51. doi: 10.4088/jcp.v61n0402. PMID: 10830144.

SCHEFFER, M; PASA, GG; ALMEIDA, RMM. **Alcohol, cocaine, and crack dependence and psychiatric disorders.** Psic.: Teor. e Pesq. 26 (3), Set 2010. <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300016>>.

SOUZA, LGS; MENANDRO, MCS; MENANDRO, PRM. **Alcoholism, its causes and treatment in the social representations constructed by Brazilian Family Health professionals.** Physis 25 (4) • Oct-Dec 2015 Rev. De saúde coletiva.<<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400015>>.

SOUZA, JPS; CAZANOVA, R; BULLA, LC. **O trabalho do farmacêutico na equipe multidisciplinar de saúde na atenção à dependência química: Estudo comparativo entre duas pesquisas sobre drogas.** Universidade de Santa Cruz do Sul, 2013.

TOMMELEIN, E; MEHUYS, E; VAN HEES, T; ADRIAENS, E; VAN BORTEL, L; CHRISTIAENS, T; TONGELEN, I; REMON, JP; BOUSSERY, K; BRUSSELLE, G.

Effectiveness of pharmaceutical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (PHARMACOP): a randomized controlled trial. British Journal of Clinical Pharmacology. Volume 77, edição 5. Maio de 2014, pag. 756-766.

VIRA, T; COLQUHOUN, M; ETCHELLS, E. **Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge.** Qual Saf Health Care. 2006 Apr;15(2):122-6. doi: 10.1136/qshc.2005.015347. PMID: 16585113; PMCID: PMC2464829.

WANG, J.S.; FOGERTY, R.L.; HORWITZ, L.I. **Effect of therapeutic interchange on medication reconciliation during hospitalization and upon discharge in a geriatric population.** PLoS One. v. 12, n. 10, 2017.

XIAOSHAN, T; JUNJIE, Y; WENQING, W; YUNONG, Z; JIAPING, L; SHANSHAN, L; KUTTY SELVA, N; KUI, C. **Immunotherapy for treating methamphetamine, heroin and cocaine use disorders.** Drug Discov Today. 2020 Mar;25(3):610-619. doi: 10.1016/j.drudis.2019.07.009. Epub 2019 Aug 13. PMID: 31419495.

ZALESKI, M; MORATO, SG; SILVA, VA; LEMOS, T. **Aspectos neurofarmacológicos do uso crônico e da Síndrome da Abstinência do álcool.** Brazilian Journal of Psychiatric. Maio de 2004. < <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500010>>.

ZHANG, Y; YANG, H; YANG, S; LIANG, W; DAI, P; WANG, C; et al. **Antidepressants for bipolar disorder: a metaanalysis of randomized, double-blind, controlled trials.** Neural Regen Res. 2013;8:2962-74.

ZULLINO, DF; KHAZAAL, Y; HÄTTENSCHWILER, J; BORGEAT, F; BESSON, J. **Anticonvulsant drugs in the treatment of substance withdrawal.** Drugs Today (Barc). 2004 Jul;40(7):603-19. doi: 10.1358/dot.2004.40.7.850478. PMID: 15510234.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AMPLIAÇÃO DO SERVIÇO FARMACÊUTICO NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PADRONIZAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE CONSULTA FARMACÊUTICA

Pesquisador: DAVI CAMPOS LA GATTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50814121.4.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.050.405

Apresentação do Projeto:

Estudo longitudinal retrospectivo do período de setembro de 2021 a outubro de 2021, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III). Os prontuários dos pacientes em tratamento no CAPS AD III servirão de base para o levantamento de dados relevantes ao presente projeto (sexo, idade, estado civil, ocupação, grau de escolaridade, tipo de drogas que fez ou faz uso, prescrições, doses administradas e não administradas, exames laboratoriais, evolução do paciente, condutas e procedimentos realizados). Os prontuários serão usados para avaliar o estado geral do paciente e identificar possíveis PRMs. As visitas serão realizadas de duas a três vezes na semana durante o período do estudo. Serão incluídos no estudo dados dos prontuários de pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos que foram atendidos pelo CAPS AD III e que após consulta e emissão de prescrição, obtiveram dispensação de pelo menos um dos medicamentos na Farmácia da unidade

Objetivo da Pesquisa:

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes através da análise de prontuários;
- Identificar os PRMs comuns aos pacientes através da análise dos prontuários;
- Verificar e analisar a adesão ao tratamento;
- Propor um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento farmacológico e acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes com dependência química a ser realizado pelo farmacêutico

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ¸ Prédio das Pró-Reitorias ¸ Hércules Maymone ¸ 1º andar

Bairro: Pioneiros

CEP: 70.070-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



junto com a equipe multidisciplinar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"A proposta de levantamento de dados do presente projeto não envolve procedimentos invasivos e/ou dolorosos, tais como coleta de sangue ou outro material biológico, ou mesmo qualquer contato direto com os pacientes a serem avaliados. Além disso, todas as informações coletadas nesse estudo serão confidenciais. Apesar da utilização dos prontuários, nenhum paciente será identificado e não será divulgado nenhum dado que permita essa identificação."

Benefícios:

"Espera-se que o desenvolvimento de um instrumento consulta farmacêutica, baseado na análise dos prontuários dos mesmos, possa melhorar a adesão do paciente ao tratamento da dependência química, bem como reduzir problemas relacionados à medicamentos durante a terapia farmacológica, tais como reações adversas, identificação de contra-indicações e interações medicamentosas e interações medicamento-alimento."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta: Autorização da Secretaria de Saúde de Campo Grande/MS; Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Prontuários em Projeto de Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em caso de submissão para atendimento às pendências, solicita-se que o(a) pesquisador(a) apresente EM DESTAQUE todas as alterações nos documentos modificados e que submeta uma CARTA RESPOSTA endereçando cada uma das conclusões ou pendências abaixo relacionadas:

[ATENDIDO](1) Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Prontuários em Projeto de Pesquisa: Está identificado, mas não assinado.

(2) TCLE:

[ATENDIDO] 2.1) Não usar titulações ("acadêmica", "professor", "doutor" etc.), pois a relação, no contexto da pesquisa, é entre pesquisador(a) e participante.

[ATENDIDO] 2.2) O TCLE deve ser endereçado aos participantes (pessoas cujos prontuários serão



Continuação do Parecer: 5.050.405

analisados) e não à Unidade de saúde na qual se localiza os documentos. Os prontuários são informações dos pacientes, que ficam sob a guarda e responsabilidade da unidade.

[ATENDIDO] 2.3) Riscos: os riscos informados no TCLE não são os mesmos discutidos no documento "PB_Informações_Básicas..." como, por exemplo, o de quebra de confidencialidade.

[ATENDIDO] 2.4) Quando o TCLE tem duas ou mais páginas, é necessário campo para assinatura/rubrica em todas elas.

[ATENDIDO] 2.5) O parágrafo que começa com a frase "Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____, de forma livre..." é desnecessário. Para atestar consentimento, basta assinatura do TCLE.

[ATENDIDO] 2.6) Não foi informado qualquer meio de comunicação/contato com o CEP. Sugere-se o seguinte texto:

"Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS. e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino".

Considerações Finais a critério do CEP:

CONFIRA AS ATUALIZAÇÕES DISPONÍVEIS NA PÁGINA DO CEP/UFMS

1) Regimento Interno do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/novo-regimento-interno/>

2) Calendário de reuniões

Disponível em: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

3) Etapas do trâmite de protocolos no CEP via Plataforma Brasil

Disponível em: <https://cep.ufms.br/etapas-do-tramite-de-protocolos-no-cep-via-plataforma-brasil/>

4) Legislação e outros documentos:

Resoluções do CNS.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar

Bairro: Pioneiros

CEP: 70.070-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.050.405

Norma Operacional nº001/2013.

Portaria nº2.201 do Ministério da Saúde.

Cartas Circulares da Conep.

Resolução COPP/UFMS nº240/2017.

Outros documentos como o manual do pesquisador, manual para download de pareceres, pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica v 1.0, etc.

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/legislacoes-2/>

5) Informações essenciais do projeto detalhado

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-projeto-detalhado/>

6) Informações essenciais – TCLE e TALE

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-tcle-e-tale/>

- Orientações quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que serão submetidos por meio do Sistema Plataforma Brasil versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os participantes da pesquisa versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os responsáveis pelos participantes da pesquisa menores de idade e/ou legalmente incapazes versão 2.0.

7) Biobancos e Biorrepositórios para armazenamento de material biológico humano

Disponível em: <https://cep.ufms.br/biobancos-e-biorrepositorios-para-material-biologico-humano/>

8) Relato de caso ou projeto de relato de caso?

Disponível em: <https://cep.ufms.br/662-2/>

9) Cartilha dos direitos dos participantes de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/cartilha-dos-direitos-dos-participantes-de-pesquisa/>

10) Tramitação de eventos adversos

Disponível em: <https://cep.ufms.br/tramitacao-de-eventos-adversos-no-sistema-cep-conep/>

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ¸ Prédio das Pró-Reitorias ¸Hércules Maymone¸ ¸ 1º andar

Bairro: Pioneiros

CEP: 70.070-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.050.405

11) Declaração de uso de material biológico e dados coletados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/declaracao-de-uso-material-biologico/>

12) Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-prontuarios/>

13) Termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-banco-de-dados/>

DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO SARS-CoV-2, CONSIDERAR:

Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam às medidas de segurança adotadas pelos locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros.

Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida “Notificação” via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER PENDENTE, CONSIDERAR:

Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data de sua emissão. As respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (CARTA RESPOSTA). Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste. A carta resposta deve permitir o uso correto dos recursos “copiar” e “colar” em

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ¸ Prédio das Pró-Reitorias ¸ Hércules Maymone ¸ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL - UFMS



Continuação do Parecer: 5.050.405

qualquer palavra ou trecho do texto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser “colado”.

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER NÃO APROVADO, CONSIDERAR:

Informamos ao pesquisador responsável, caso necessário entrar com recurso diante do Parecer Consubstanciado recebido, que ele pode encaminhar documento de recurso contendo respostas ao parecer, com a devida argumentação e fundamentação, em até 30 dias a contar a partir da data de emissão deste parecer. O documento, que pode ser no formato de uma carta resposta, deve contemplar cada uma das pendências ou itens apontados no parecer, obedecendo a ordenação deste. O documento (CARTA RESPOSTA) deve permitir o uso correto dos recursos “copiar” e “colar” em qualquer palavra ou trecho do texto do projeto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser “colado”.

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

EM CASO DE APROVAÇÃO, CONSIDERAR:

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO. Informações sobre os relatórios parciais e final podem acessadas em <https://cep.ufms.br/relatorios-parciais-e-final/>

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ¸ Prédio das Pró-Reitorias ¸ Hércules Maymone ¸ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconeppropp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.050.405

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1803106.pdf	13/09/2021 22:24:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCCORRIGIDOASSINADO.pdf	13/09/2021 22:24:30	LETICIA LEMES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AnexoITCLE.pdf	13/09/2021 22:23:39	LETICIA LEMES DE SOUZA	Aceito
Outros	CARTarespostaAOcep.pdf	13/09/2021 21:57:45	LETICIA LEMES DE SOUZA	Aceito
Declaração de concordância	TermosdeParceriaedeResponsabilidade paraProjetoscompleto.pdf	06/08/2021 11:35:47	DAVI CAMPOS LA GATTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoCOMPLETA.pdf	06/08/2021 11:17:19	DAVI CAMPOS LA GATTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 20 de Outubro de 2021

Assinado por:
Juliana Dias Reis Pessalacia
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros º Prédio das Pró-Reitorias º Hércules Maymone º 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AMPLIAÇÃO DO SERVIÇO FARMACÊUTICO NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PADRONIZAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE CONSULTA FARMACÊUTICA

Pesquisador: DAVI CAMPOS LA GATTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 50814121.4.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.381.716

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma proposta de Emenda a projeto já previamente aprovado por este CEP. O projeto seria executado como Trabalho de Conclusão de Curso, mas agora o será a partir de uma pesquisa de Mestrado. Nesse sentido, o pesquisador responsável adicionou um objetivo para ampliar o escopo do projeto, tornando-o mais compatível com uma pesquisa em nível de pós-graduação.

- Apresentação original do projeto:

Estudo longitudinal retrospectivo do período de setembro de 2021 a outubro de 2021, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III). Os prontuários dos pacientes em tratamento no CAPS AD III servirão de base para o levantamento de dados relevantes ao presente projeto (sexo, idade, estado civil, ocupação, grau de escolaridade, tipo de drogas que fez ou faz uso, prescrições, doses administradas e não administradas, exames laboratoriais, evolução do paciente, condutas e procedimentos realizados). Os prontuários serão usados para avaliar o estado geral do paciente e identificar possíveis PRMs. As visitas serão realizadas de duas a três vezes na semana durante o período do estudo. Serão incluídos no estudo dados dos prontuários de pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos que foram atendidos pelo CAPS AD III e que após consulta e emissão de prescrição, obtiveram dispensação de pelo menos um dos medicamentos na Farmácia da unidade.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar

Bairro: Pioneiros

CEP: 70.070-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.381.716

Objetivo da Pesquisa:

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes através da análise de prontuários;
- Identificar os PRMs comuns aos pacientes através da análise dos prontuários;
- Verificar e analisar a adesão ao tratamento;
- Propor um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento farmacológico e acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes com dependência química a ser realizado pelo farmacêutico junto com a equipe multidisciplinar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"A proposta de levantamento de dados do presente projeto não envolve procedimentos invasivos e/ou dolorosos, tais como coleta de sangue ou outro material biológico, ou mesmo qualquer contato direto com os pacientes a serem avaliados. Além disso, todas as informações coletadas nesse estudo serão confidenciais. Apesar da utilização dos prontuários, nenhum paciente será identificado e não será divulgado nenhum dado que permita essa identificação."

Benefícios:

"Espera-se que o desenvolvimento de um instrumento consulta farmacêutica, baseado na análise dos prontuários dos mesmos, possa melhorar a adesão do paciente ao tratamento da dependência química, bem como reduzir problemas relacionados à medicamentos durante a terapia farmacológica, tais como reações adversas, identificação de contra-indicações e interações medicamentosas e interações medicamento-alimento."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tratava-se, originalmente, de um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso que foi transformado em projeto de Mestrado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto original, anteriormente aprovado por este CEP, já apresentou a documentação

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ¸ Prédio das Pró-Reitorias ¸ Hércules Maymone ¸ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.381.716

necessária. Para esta emenda, foi apresentado um texto explicativo das mudanças propostas, que também atende às exigências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

CONFIRA AS ATUALIZAÇÕES DISPONÍVEIS NA PÁGINA DO CEP/UFMS

1) Regimento Interno do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/novo-regimento-interno/>

2) Calendário de reuniões

Disponível em <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2022/>

3) Etapas do trâmite de protocolos no CEP via Plataforma Brasil

Disponível em: <https://cep.ufms.br/etapas-do-tramite-de-protocolos-no-cep-via-plataforma-brasil/>

4) Legislação e outros documentos:

Resoluções do CNS.

Norma Operacional nº001/2013.

Portaria nº2.201 do Ministério da Saúde.

Cartas Circulares da Conep.

Resolução COPP/UFMS nº240/2017.

Outros documentos como o manual do pesquisador, manual para download de pareceres, pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica v 1.0, etc.

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/legislacoes-2/>

5) Informações essenciais do projeto detalhado

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-projeto-detalhado/>

6) Informações essenciais – TCLE e TALE

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-tcle-e-tale/>

- Orientações quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos Termos de

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar

Bairro: Pioneiros

CEP: 70.070-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.381.716

Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que serão submetidos por meio do Sistema Plataforma Brasil versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os participantes da pesquisa versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os responsáveis pelos participantes da pesquisa menores de idade e/ou legalmente incapazes versão 2.0.

7) Biobancos e Biorrepositórios para armazenamento de material biológico humano

Disponível em: <https://cep.ufms.br/biobancos-e-biorrepositorios-para-material-biologico-humano/>

8) Relato de caso ou projeto de relato de caso?

Disponível em: <https://cep.ufms.br/662-2/>

9) Cartilha dos direitos dos participantes de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/cartilha-dos-direitos-dos-participantes-de-pesquisa/>

10) Tramitação de eventos adversos

Disponível em: <https://cep.ufms.br/tramitacao-de-eventos-adversos-no-sistema-cep-conep/>

11) Declaração de uso de material biológico e dados coletados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/declaracao-de-uso-material-biologico/>

12) Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-prontuarios/>

13) Termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-banco-de-dados/>

DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO SARS-CoV-2, CONSIDERAR:

Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam às medidas de segurança adotadas pelos locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar

Bairro: Pioneiros

CEP: 70.070-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.381.716

e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros. Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida “Notificação” via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER PENDENTE, CONSIDERAR:

Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data de sua emissão. As respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (CARTA RESPOSTA). Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste. A carta resposta deve permitir o uso correto dos recursos “copiar” e “colar” em qualquer palavra ou trecho do texto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser “colado”.

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER NÃO APROVADO, CONSIDERAR:

Informamos ao pesquisador responsável, caso necessário entrar com recurso diante do Parecer Consubstanciado recebido, que ele pode encaminhar documento de recurso contendo respostas ao parecer, com a devida argumentação e fundamentação, em até 30 dias a contar a partir da data de emissão deste parecer. O documento, que pode ser no formato de uma carta resposta, deve contemplar cada uma das pendências ou itens apontados no parecer, obedecendo a ordenação

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros º Prédio das Pró-Reitorias º Hércules Maymone º 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.381.716

deste. O documento (CARTA RESPOSTA) deve permitir o uso correto dos recursos “copiar” e “colar” em qualquer palavra ou trecho do texto do projeto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser “colado”.

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

EM CASO DE APROVAÇÃO, CONSIDERAR:

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO. Informações sobre os relatórios parciais e final podem acessadas em <https://cep.ufms.br/relatorios-parciais-e-final/>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1918308_E1.pdf	24/03/2022 11:23:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoaprovadonoCEPassinado.pdf	24/03/2022 11:19:40	LETICIA LEMES DE SOUZA	Aceito
Outros	propostaDeEmenda.pdf	24/03/2022 11:17:55	LETICIA LEMES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	AnexoIIInovo.pdf	24/03/2022 11:16:52	LETICIA LEMES DE SOUZA	Aceito

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros º Prédio das Pró-Reitorias º Hércules Maymone º 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.381.716

Ausência	AnexoInovo.pdf	24/03/2022 11:16:52	LETICIA LEMES DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	24/03/2022 11:15:45	LETICIA LEMES DE SOUZA	Aceito
Declaração de concordância	TermosdeParceriaedeResponsabilidade paraProjetoscompleto.pdf	06/08/2021 11:35:47	DAVI CAMPOS LA GATTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 02 de Maio de 2022

Assinado por:
Juliana Dias Reis Pessalacia
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros º Prédio das Pró-Reitorias ºHércules Maymone º 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Davi Campos LA Gatta, inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 079.457.916-08, portador (a) do documento de Identidade sob nº. 13.360.616, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Aguar Pereira de Souza, 178, N°. 1302/C, Bairro: Jardim América, nesta Capital, telefone nº. 16-982063869, pesquisador(a) do Curso de Farmácia, da Instituição Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição - UFMS com o título do projeto de pesquisa: **“Ampliação do Serviço Farmacêutico na Adesão ao Tratamento da Dependência Química: Padronização de um Instrumento de Consulta Farmacêutica”**, o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

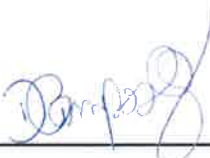
Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

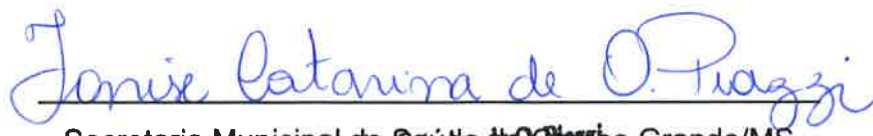
A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 02 de agosto de 2021.



Pesquisador (a)

Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS
Gerente de Educação Permanente
SGTE/SESAU/CG/MS

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;

Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;

Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;

O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:**PESQUISADOR:**

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;

2) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;

3) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde

4) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 02 de agosto de 2021.

Jonise Catarina de O. Piazzi
Secretaria Municipal de Saúde
Gerente de Educação Permanente
SGTE/SESAU/CG/MS

[Assinatura]
Pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: AMPLIAÇÃO DO SERVIÇO FARMACÊUTICO NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PADRONIZAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE CONSULTA FARMACÊUTICA

Eu, a pesquisadora: Letícia Lemes de Souza, convido o(a) Sr.(a) a participar dessa pesquisa que tem o objetivo de: Ampliar o serviço do cuidado farmacêutico ao dependente químico assistido pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV (CAPS AD IV).

Envolvimento na pesquisa: Participando desse estudo, o(a) Sr.(a) permite que seja feita a coleta de dados através do seu prontuário. Serão utilizadas informações dos prontuários para traçar um perfil de pacientes, mas não serão utilizados os nomes dos pacientes e esses não serão identificados. As informações de sexo, idade, estado civil, ocupação, grau de escolaridade, tipo de drogas que fez ou faz uso, prescrições, doses administradas e não administradas, exames laboratoriais, evolução do paciente, condutas e procedimentos realizados serão exclusivamente utilizadas para elaborar um perfil de pacientes, identificar problemas relacionados a medicamentos comuns aos pacientes atendidos na unidade e deste modo, propor um modelo de consulta farmacêutica que aumenta a adesão ao tratamento farmacológico.

1. **SOBRE A PESQUISA:** Trata-se de estudo longitudinal prospectivo com o objetivo de padronizar um instrumento de consulta farmacêutica que impacte positivamente na adesão ao tratamento farmacológico. Além disso serão realizadas entrevistas com os participantes com o intuito de elaborar uma lista de medicamentos usados na admissão e na alta para a realização da conciliação de medicamentos.

Rubrica do Participante _____

2. **CONFIDENCIALIDADE:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Além disso, não será realizado qualquer procedimento de identificação dos pacientes. Não será realizada divulgação de dados que identifique o paciente.
3. **PAGAMENTO:** O(a) Sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como não terá direito a nenhuma compensação financeira por sua participação, sendo sua colaboração na pesquisa livre e de espontânea vontade.
4. **Riscos:** Essa pesquisa envolve risco de quebra de confidencialidade. Não há riscos físicos, químicos ou biológicos nessa pesquisa, não envolve nenhum procedimento invasivo e não envolve coleta de material biológico.
5. **Benefícios:** A partir desse estudo pode surgir um modelo de consulta farmacêutica que auxilie no acompanhamento do tratamento dos pacientes com dependência química. A conciliação dos medicamentos a ser realizada irá possibilitar a correção de eventuais discrepâncias intencionais ou não intencionais na lista de medicamentos prescritos para o paciente durante a mudança dos níveis de assistência (admissão e alta).

Esse projeto será realizado após a autorização de acesso à unidade concedida pela SESA. O Sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) Sr.(a). sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa por meio dos e-mails dos pesquisadores e do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul abaixo discriminados.

Email dos pesquisadores: leticia.lemes@ufms.br; davi_campos@ufms.br Contato com o CEP: Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1o andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS. e mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 3345-7187; atendimento ao público: 07h30 às 11h30 no período matutino e das 13h30 às 17h30 no período vespertino.

Rubrica do Participante_____

O participante possui a garantia de receber uma via deste termo e em caso de qualquer dano decorrente desta pesquisa terá direito à indenização.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão mantidos em arquivo digital em posse dos pesquisadores responsáveis pelo período de 5 anos contabilizados a partir do encerramento da pesquisa e serão indisponibilizados ao fim deste prazo.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre e espontânea para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre e espontânea para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia desse termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Campo Grande, ____/____/____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Anexo V

Instrumento para acompanhamento farmacoterapêutico				
Primeira Consulta				
Data:		Nº CNS:		Nº prontuário:
Nome:				
Data de nascimento:		Idade:	Sexo: ☐ M ☐ F	
Gênero:	Orientação sexual:		Cor/etnia:	
Estado civil:		Escolaridade:	Ocupação e renda:	
Naturalidade:		Alergias:		
Limitações: ☐ Audição ☐ Cognitiva ☐ Visão ☐ Locomoção ☐ Outra:				
Endereço:				
Nº	Bairro:		CEP:	
Tel:		Celular:	Email:	
História Social				
Bebida alcoólica: ☐ Sim ☐ Não. Quais?				
Quantidade:		Frequência:	Tempo de uso:	
Tabaco (cigarro, narguilé, charuto): ☐ Sim ☐ Não. Fumava, mas parou há?				
Quantidade:		Frequência:	Tempo de uso:	
Outras drogas:				
Quantidade:		Frequência:	Tempo de uso:	
Exercício físico: ☐ Sim ☐ Não		Tipo, duração, frequência:		
Hábitos alimentares:				
Rotina de sono:				
Está sentindo algum sintoma a seguir nas última semanas?				
☐ Dor de cabeça	☐ Tontura	☐ Problema sexual	☐ Coceira/prurido	☐ Dor muscular
☐ Cansaço	☐ Falta de ar	☐ Insônia	☐ Sonolência	☐ Taquicardia
☐ Problema no TGI	☐ Irritação	☐ Pânico/medo	☐ Náusea/enjoo	☐ Tremor
☐ Ansiedade	☐ Vômito	☐ Mudança de humor	☐ Outro	
História médica pregressa				
Acidente:		Internação:	Cirurgia:	
Doença anterior:				
Antecedente familiar:				
História clínica atual				
Problemas de saúde do paciente:				
Queixa na entrevista:				
Obs:				
Medicamentos que está fazendo uso:				
Medicamento/prescrição/forma de uso:				
Reação adversa				
Medicação	Tipo de incômodo		Intensidade	