

# ESTUDO DAS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM UM CONSULTÓRIO PSIQUIÁTRICO DE MOGI GUAÇU

**TURATTI, Monique Élide<sup>1</sup>**

Faculdades Integradas Maria Imaculada - FIMI  
*monique\_turatti@hotmail.com*

**MARINI, Danyelle Cristine<sup>2</sup>**

Faculdades Integradas Maria Imaculada – FIMI  
*danymarini@gmail.com*

## RESUMO

A interação medicamentosa significa a modificação que um fármaco sofre em sua ação pela presença simultânea de outro ou outros fármacos no organismo, podendo interagir entre si com alimentos, com compostos químicos presentes no ambiente, podendo ser interação farmacocinética, interação farmacodinâmica e interação físico-química. O presente estudo teve como objetivo avaliar as interações medicamentosas entre fármacos atuantes no Sistema Nervoso Central e estudar o perfil da população que utiliza esses fármacos. Os dados foram coletados na cidade de Mogi Guaçu, SP, em um consultório médico psiquiátrico. Os resultados obtidos apontaram que a maioria dos pacientes estudados são mulheres (68%); os pacientes em sua maioria com idade entre 40 e 49 anos (37,5%). Além disso, 30% dos pacientes possuíam curso superior completo. Em relação ao motivo, 30% faziam tratamento devido a transtornos mistos: ansioso e depressivo. Quanto às prescrições, 38% eram

---

<sup>1</sup> Graduada em Farmácia pelas Faculdades Integradas Maria Imaculada.

<sup>2</sup> Doutora em Educação pela UNIMEP, Mestre em Biologia Celular e Molecular pela UNESP, Especialista em Docência Superior pela Gama Filho, Especialista em Cosmetologia e Dermatologia pela UNIMEP, Habilitada em Bioquímica pela UNIMEP e Graduada em Farmácia pela UNIMEP. Professora e Coordenadora do Curso de Farmácia das FIMI, e Coordenadora da Comissão de Educação do CRF-SP.

constituídas por fármacos antidepressivos, 35% por fármacos benzodiazepínicos e 15% por fármacos antipsicóticos. Em relação às terapias medicamentosas, 30 pacientes (75%) faziam uso de politerapias sendo associações de dois fármacos (40%), três fármacos (17,5%), quatro, cinco e sete fármacos diferentes associados, esses três últimos totalizando (17,5%) e 10 pacientes (25%) monoterapias. As interações medicamentosas mais ocorrentes foram fluoxetina e alprazolam, clonazepam e sertralina, citalopram e alprazolam, fluoxetina e diazepam, associações utilizadas por 3 pacientes. Essas são interações que de certa forma acarretam malefícios para o paciente. Dentre as interações benéficas ao tratamento, estão a associação de tioridazina e clonazepam, cloxazolam e risperidona, essas associadas, atuam aumentando a concentração do outro fármaco. Fica evidente a necessidade de prescrições medicamentosas mais criteriosas para evitar a ocorrência dessas interações; e a atenção farmacêutica no ato da dispensa desses medicamentos.

**Palavras-chave:** Interação Medicamentosa. Psicofármacos. Sistema Nervoso Central. Atenção Farmacêutica. Citocromo P450.

## 1 INTRODUÇÃO

O termo interação medicamentosa significa a modificação que um fármaco sofre em sua ação devido à presença simultânea de outro ou de outros fármacos no organismo. Os fármacos podem interagir entre si, ou com alimentos ou com compostos químicos sem fins terapêuticos presentes inclusive no ambiente (FUCHS; WANNMACHER; FERREIRA 2006).

As interações fármaco - fármaco são classificadas de acordo com os seguintes critérios:

1. Interações físico – químicas, na qual um fármaco é incompatível quimicamente ou fisicamente com outro fármaco.
2. Interações farmacocinéticas, na qual um fármaco interfere na absorção, distribuição, biotransformação e excreção de outro fármaco.
3. Interações farmacodinâmicas, na qual um fármaco modifica a atuação de um fármaco próximo ao receptor farmacológico (SILVA, 2006).

As interações medicamentosas podem apresentar vantagens e

desvantagens para o tratamento farmacológico. Entre os benefícios, há o aumento dos efeitos terapêuticos de um dos fármacos ou a redução da toxicidade dos fármacos, e como desvantagens há as reações adversas, e a diminuição ou aumento da ação dos fármacos com a possibilidade de provocar novas doenças (HOEFLER; WANNMACHER, 2011).

A incidência das interações medicamentosas é relativamente pequena considerando a alta prevalência das politerapias, tanto pelos casos de automedicação, quanto por prescrição médica. Porém, surge grande número de interações hospitalares causada por interações medicamentosas (FUCHS; WANNMACHER; FERREIRA, 2006).

As interações medicamentosas e suas consequências clínicas despertam grande interesse nas áreas da neurologia e psiquiatria, pois a prática da politerapia é muito comum nessas áreas. Portanto, é imprescindível o exercício da atenção farmacêutica no momento da dispensação de medicamentos, que atuam no sistema nervoso central (SNC), chamados psicotrópicos, visando a prevenção de possíveis interações medicamentosas (HOEFLER; WANNMACHER, 2011).

A atenção farmacêutica é um modelo de prática desenvolvida no contexto de assistência farmacêutica que compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças e na promoção e recuperação da saúde (BISSON, 2007). A atenção farmacêutica pode prevenir e identificar interações medicamentosas com graves consequências, muitas vezes, constituindo parte essencial de um conjunto de ações dos profissionais de saúde definida como farmacoepidemiologia (HOEFLER; WANNMACHER, 2011).

No presente trabalho, estudaram-se os medicamentos atuantes no sistema nervoso central (SNC), bem como realizou um levantamento de possíveis interações medicamentosas que ocorrem com fármacos que atuam no SNC dispensados em um consultório psiquiátrico.

## **2. MATERIAL E MÉTODOS**

### **2.1 Instrumentos de Coleta de Dados**

A coleta de dados referente à incidência de distúrbios psiquiátricos e o tratamento farmacológico prescrito, foram realizados a partir da análise de prontuários de pacientes que pertencem a um consultório médico psiquiátrico localizado na cidade de Mogi Guaçu, Estado de São Paulo.

## **2.2 Local de Estudo**

O trabalho foi realizado em um dos quatro Consultórios Médicos Psiquiátricos particulares, que possui dois prescritores atuantes, localizada no município de Mogi Guaçu, no Estado de São Paulo, localizado a 172 Km da capital, no período de março a abril de 2011.

O consultório realiza o acompanhamento psiquiátrico dos pacientes. Por ser um tratamento contínuo, os retornos frequentes ao consultório são necessários. Os pacientes com quadro já estabilizado retornam a cada mês ou dois meses, dependendo do diagnóstico e da medicação prescrita, e ainda há pacientes que retornam a cada 07 dias (casos mais raros), ou a cada quinze ou vinte dias, conforme a necessidade.

## **2.3 População de Estudo**

O perfil da população estudada foi levantado a partir de informações dos prontuários de pacientes de um consultório médico psiquiátrico do município de Mogi Guaçu-SP.

O estudo envolveu a análise do prontuário de 40 pacientes de um total de 1872 pacientes. A análise foi realizada observando a terapia medicamentosa (politerapia ou monoterapia) de fármacos que atuam no sistema nervoso central, bem como o grau de escolaridade, idade, sexo e diagnóstico (Classificação Internacional de Doenças - CID). Os dados foram tabulados em gráficos e tabelas.

Após a coleta e tabulação dos dados, os mesmos foram analisados frente à literatura científica específica, quanto à finalidade, posologia, interações medicamentosas, classificação dos medicamentos e consequência das interações medicamentosas encontradas.

## **3. RESULTADOS**

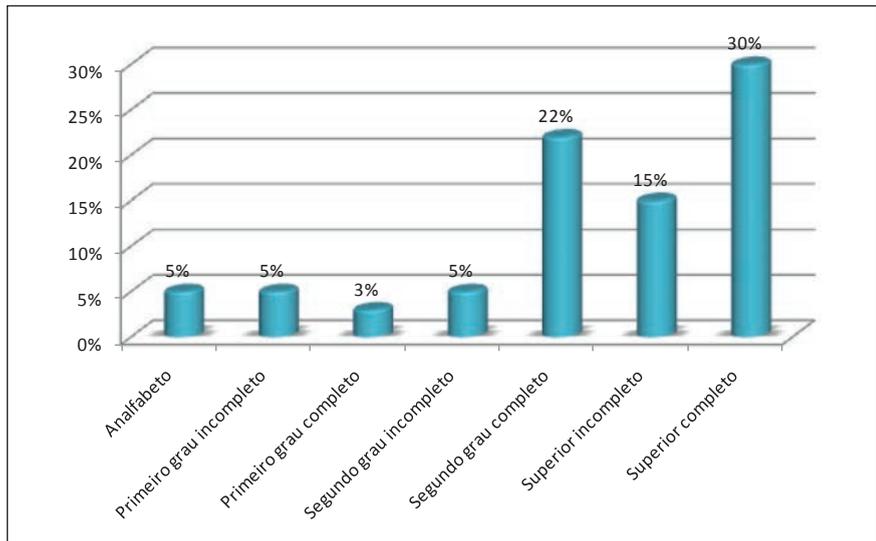
### **3.1 Distribuição dos Pacientes segundo algumas variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, classificação da doença**

Foram analisados um total de 40 prontuários, dos 1872 pacientes com distúrbios psiquiátricos atendidos em um consultório psiquiátrico de Mogi Guaçu, sendo 27 (68%) mulheres, e 13 (32%) homens. A faixa etária de 40 a 49 anos é a que apresenta maior prevalência de casos (37,5%), conforme a tabela 1.

**Tabela 1:** Idade dos pacientes no período de fevereiro a abril de 2011, Mogi Guaçu-SP

| IDADE            | n  | (%)  |
|------------------|----|------|
| Menos de 18 anos | 2  | 5    |
| 18 a 29 anos     | 8  | 20   |
| 30 a 39 anos     | 8  | 20   |
| 40 a 49 anos     | 15 | 37,5 |
| 50 a 59 anos     | 4  | 10   |
| 60 a 69 anos     | 2  | 5    |
| 70 anos          | 1  | 2,5  |
| Total            | 40 | 100  |

Em relação à escolaridade, verificou-se que 12 pacientes (30%) possuem curso superior completo, 06 (15%) superior incompleto e 09 (22%) possuem segundo grau completo, conforme figura 2.

**Figura 2:** Escolaridade dos pacientes no período de fevereiro a abril de 2011, Mogi Guaçu-SP

Fonte: Autor, 2012

Na tabela 2, demonstra-se a distribuição dos pacientes segundo o CID. Existem vários diagnósticos diferentes, ocorre a predominância de três deles, a saber, transtorno misto ansioso e depressivo, 12 (30%) pacientes, 06 (15%) pacientes com diagnóstico de transtorno de pânico e 5 (12,5%) pacientes com depressão.

**Tabela 2:** Classificação Internacional das Doenças dos pacientes no período de fevereiro a abril de 2011, Mogi Guaçu-SP

| <b>Cód. CID</b> | <b>Descrição CID</b>  | <b>n</b>  | <b>%</b>   |
|-----------------|---|-----------|------------|
| f412            | transtorno misto ansioso e depressivo   | 12        | 30         |
| f410            | transtorno de pânico  | 6         | 15         |
| f32             | episódio depressivo   | 5         | 12,5       |
| f331            | transtorno depressivo recorrente  | 3         | 7,5        |
| f20             | esquizofrenia paranoide   | 2         | 5          |
| f42             | transtorno obsessivo-compulsivo   | 1         | 2,5        |
| f259            | transtorno esquizoafetivo   | 2         | 5          |
| f603            | transtorno de personalidade   | 1         | 2,5        |
| f314            | transtorno afetivo bipolar  | 1         | 2,5        |
| f980            | outros transtornos comportamentais e emocionais                               | 1         | 2,5        |
| f510            | transtorno do sono  | 1         | 2,5        |
| f410 + f42      | transtorno de pânico e transtorno obsessivo-compulsivo                        | 1         | 2,5        |
| f603 + f71      | transtorno de personalidade e retardo mental                                  | 1         | 2,5        |
| f412 + f321     | transtorno misto ansioso e depressivo e episódio depressivo                   | 1         | 2,5        |
| f430 + f332     | reação ao stress grave e transtorno de adaptação                              | 1         | 2,5        |
| f412 + f19      | transtorno misto ansioso e depressivo e transtornos mentais e comportamentais | 1         | 2,5        |
| <b>TOTAL</b>    |   | <b>40</b> | <b>100</b> |

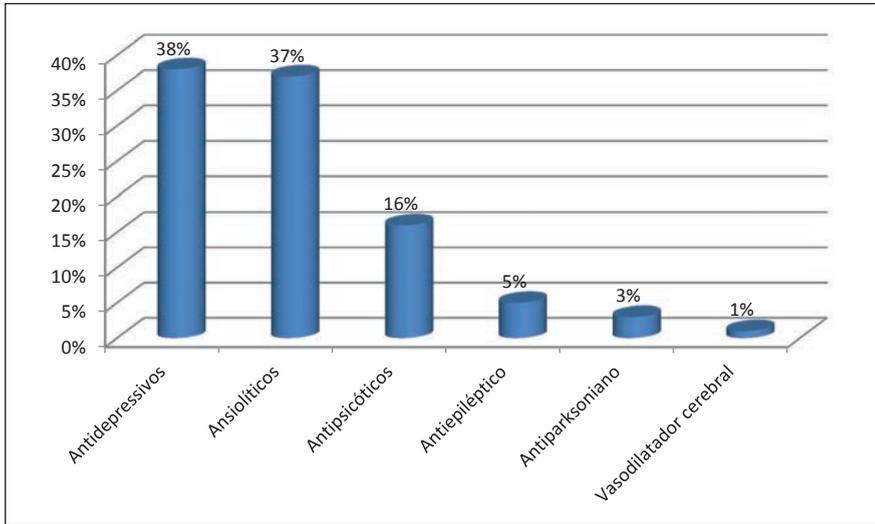
Observou-se que entre os 40 pacientes, 05 (12,5%) apresentavam dois CID diferentes no prontuário, indicando dois quadros diferentes de doenças psiquiátricas para o mesmo tratamento, um deles é transtorno de pânico e o outro transtorno obsessivo compulsivo .

### 3.2 Distribuição de medicamentos segundo a incidência nas prescrições

Na avaliação das classes medicamentosas utilizadas, de acordo

com sua indicação clínica, verificou-se que os antidepressivos e benzodiazepínicos são os mais prescritos aos pacientes, sendo 37 (38%) prescrições com antidepressivos, e 36 (37%) prescrições com ansiolíticos, seguidos dos antipsicóticos que aparecem em 15 (16%) prescrições. (**Figura 3**)

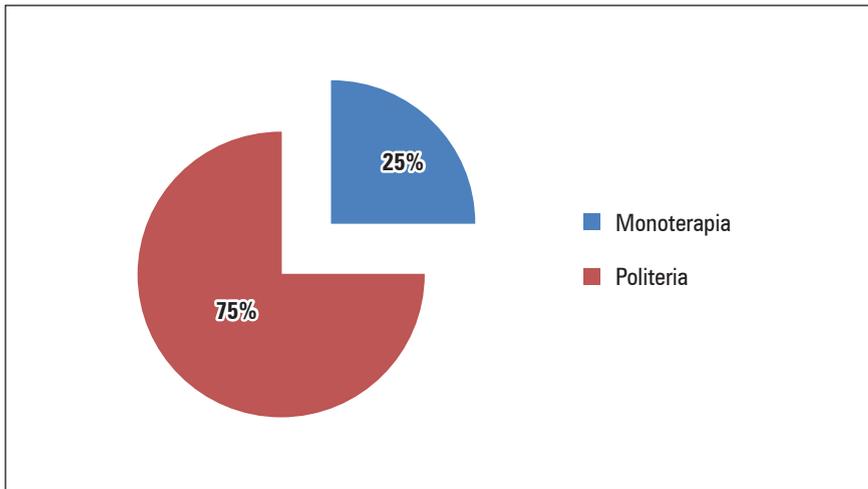
**Figura 3:** Indicação dos medicamentos utilizados pelos pacientes no período de fevereiro a abril de 2011, Mogi Guaçu-SP



**Fonte:** Autor, 2012

Na avaliação do tratamento medicamentoso, observou-se que a utilização de politerapia é a mais prescrita aos pacientes, totalizando 30 pacientes (75%) enquanto a monoterapia é somente prescrita para 25% dos pacientes avaliados (**Figura 4**).

**Figura 4:** Terapia medicamentosa utilizados pelos pacientes no período de fevereiro a abril de 2011, Mogi Guaçu-SP



**Fonte:** Autor, 2012

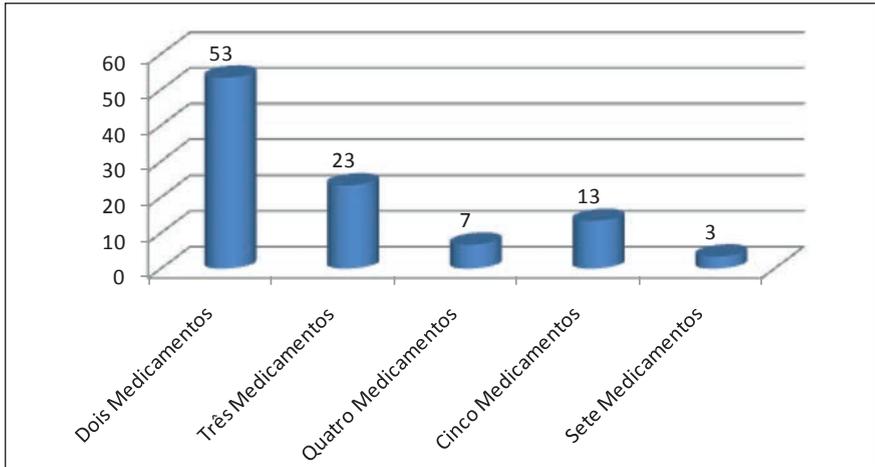
Sobre as medicações pertencentes à monoterapia, identicou-se que das 10 monoterapia existentes, 03 pacientes (7,5%) fazem uso de sertralina, e ainda, o mesmo número utiliza fluoxetina, acompanhados de clomipramina, paroxetina, flunitrazepam e clonazepam, utilizados cada um deles por 01 paciente. (**Tabela 3**)

**Tabela 3 -** Dados segundo as monoterapias prescritas

| MONOTERAPIA   | n  | %  |
|---------------|----|----|
| Sertralina    | 3  | 30 |
| Fluoxetina    | 3  | 30 |
| Clomipramina  | 1  | 10 |
| Paroxetina    | 1  | 10 |
| Flunitrazepam | 1  | 10 |
| Clonazepam    | 1  | 10 |
| TOTAL         | 10 |    |

Na avaliação das politerapias, observou-se que 16 (40%) dos pacientes fazem uso da associação de dois medicamentos, seguidos de 7 (17,5%), utilizando três medicamentos associados. (**Figura 5**)

**Figura 5:** Distribuição segundo dados da politerapia prescrita



**Fonte:** Autor, 2012

Observou-se uma variedade de combinações de diferentes medicamentos e classes farmacológicas em politerapia, predominando a associação de fluoxetina e alprazolam em 03 (10%) pacientes, seguido de fluoxetina e diazepam em 2 (7%), e citalopram e alprazolam também em 2 (7%) pacientes, totalizando 16 associações entre dois medicamentos. Na tabela 4, é possível observar todas as associações entre dois medicamentos prescritos.

**Tabela 4 -** Dados segundo as associações entre dois medicamentos

| POLITERAPIA - dois medicamentos       | n | %     |
|---------------------------------------|---|-------|
| fluoxetina + alprazolam               | 3 | 18,75 |
| fluoxetina + diazepam                 | 2 | 12,5  |
| citalopram + alprazolam               | 2 | 12,5  |
| citalopram + vimpocetina              | 1 | 6,25  |
| sertralina + clonazepam               | 1 | 6,25  |
| sertralina + divalproato de sódio     | 1 | 6,25  |
| paroxetina + buspirona                | 1 | 6,25  |
| clonazepam + sulpirida com bromazepam | 1 | 6,25  |
| fluoxetina + bromazepam               | 1 | 6,25  |
| sertralina + bromazepam               | 1 | 6,25  |
| fluoxetina + cloxazolam               | 1 | 6,25  |
| amitriptilina + clonazepam            | 1 | 6,25  |

Em relação à politerapia na associação de três diferentes medicamentos, identificou-se uma variedade de associações, sendo diazepam + fluoxetina + bupiriona, fluoxetina + flunitrazepam + clonazepam, entre outras associações (**Tabela 5**), totalizando 7 pacientes que fazem uso de três medicamentos.

**Tabela 5** - Dados segundo as associações entre três medicamentos

| <b>POLITERAPIA - três medicamentos</b>         | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| diazepam + fluoxetina + bupiriona              | 1        | 14       |
| fluoxetina + flunitrazepam + clonazepam        | 1        | 14       |
| clonazepam + haloperidol + sertralina          | 1        | 14       |
| divalproato de sódio + duloxetina + bromazepam | 1        | 14       |
| clonazepam + citalopram + alprazolam           | 1        | 14       |
| sertralina + clonazepam + nitrazepam           | 1        | 14       |
| fluoxetina + oxcarbamazepina + nitrazepam      | 1        | 14       |

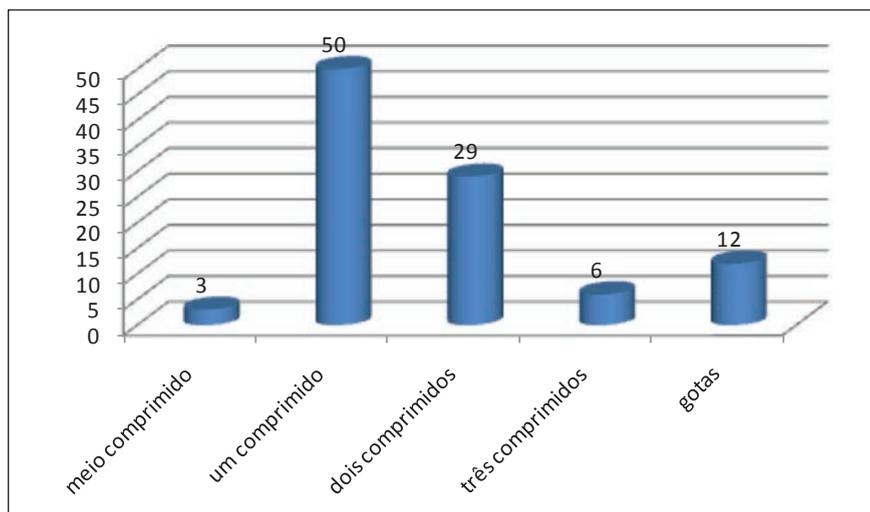
Na tabela 6, apresentam-se as associações de quatro medicações que podem ser observadas em 2 (7%) pacientes com associações de medicamentos diferentes; já a associação de cinco medicações pode ser observada em uma quantidade maior de pacientes, e apenas 01 (3,5%) paciente, faz uso de 7 medicamentos diferentes.

**Tabela 6:** Dados segundo as associações entre quatro, cinco e sete medicamentos

| <b>POLITERAPIA - quatro medicamentos</b>  | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| tioridazina + haloperidol + clonazepam + biperideno   | 1        | 50       |
| venlafaxina + nortriptilina + clonazepam + clonazepam   | 1        | 50       |
| <b>cinco medicamentos</b>   |          |          |
| sertralina + amtriptilina + clonazepam + haloperidol + biperideno   | 1        | 25       |
| citalopram + flunitrazepam + sulpirida + carbamazepina + clonazepam   | 1        | 25       |
| clomipramina + bromazepam + carbonato de lítio + clorpromazina + palmitato de pipotiazina                         | 1        | 25       |
| ácido valproico + sertralina + risperidona + clonazepam + alprazolam  | 1        | 25       |
| <b>sete medicamentos</b>  |          |          |
| cloxazolam + risperidona + prometazina + haloperidol + carbamazepina + levomepromazina + palmitato de pipotiazina | 1        | 100      |

Em relação ao uso de benzodiazepínicos, são administradas doses em diferentes quantidades de comprimidos e gotas totalizando 34 administrações de benzodiazepínicos em diferentes pacientes. Ocorrem 17 (50%) administrações de 01 comprimido ao dia de benzodiazepínico, seguido de 10 (29%) administrações de 02 comprimidos ao dia. Em relação às gotas, apenas 04 (12%) pacientes fazem uso dessas, sendo 05, 20, 30 e 45 gotas (**Figura 6**).

**Figura 6:** Dados segundo a posologia de benzodiazepínicos prescritas



**Fonte:** Autor, 2012

Na avaliação dos antidepressivos, verificou-se que 28 (75%) prescrições são de 1 comprimido ao dia, seguida de 7 (19%) de dois comprimidos ao dia, e há apenas 1 administração de meio comprimido, totalizando 37 administrações de fármacos antidepressivos (**Figura 7**).

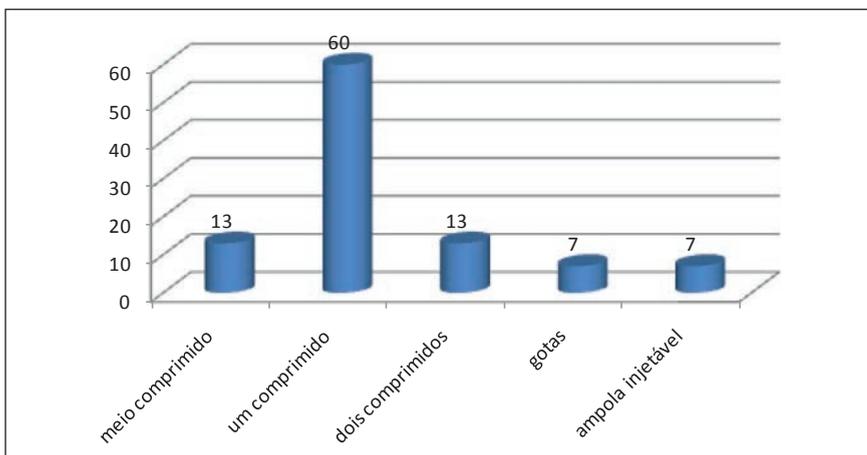
**Figura 7:** Dados segundo a posologia dos antidepressivos prescritas



Fonte: Autor, 2012

Verificou-se que a maioria das prescrições dos antipsicóticos são feitas de 1 comprimido totalizando 9 (60%) prescrições, seguida de meio comprimido e 2 comprimidos, totalizando 2 (13%) prescrições cada, também é possível notar que poucos pacientes utilizam as formas farmacêuticas de gotas e injetáveis, totalizando 15 administrações de fármacos antipsicóticos (**Figura 8**).

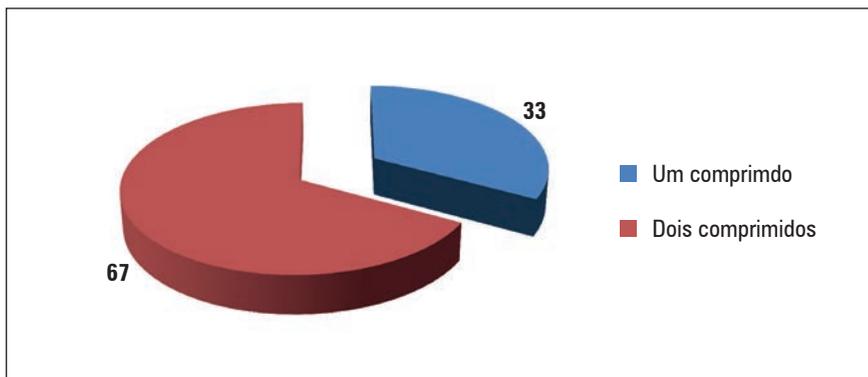
**Figura 8:** Dados segundo a posologia de antipsicóticos prescritas



Fonte: Autor, 2012

A utilização de 2 comprimidos de medicamentos antiparkinsonianos ocorreu em 67 % (2) das prescrições e somente 1 (33%) prescrição tinha a posologia de um comprimido (**Figura 9**).

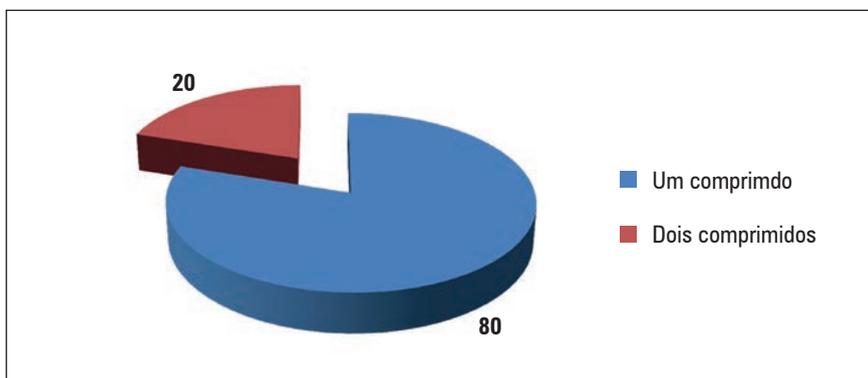
**Figura 09:** Dados segundo a posologia de antiparkinsoniano prescrita



**Fonte:** Autor, 2012

Na avaliação dos medicamentos antiepilépticos constatou-se que existe um total de 5 prescrições desses fármacos: 4 (80%) prescrições de 1 comprimido, e 1 (20%) prescrição com posologia de 2 comprimidos. (**Figura 10**)

**Figura 10:** Dados segundo a posologia de antiepilépticos prescritos



**Fonte:** Autor, 2012

### 3.3 Distribuição segundo as interações medicamentosas encontradas

A análise das interações medicamentosas foi realizada utilizando livros sobre o assunto, bem como artigos científicos. Encontrou-se um total de 41 interações medicamentosas diferentes, cada uma com sua importância e gravidade (**Tabela 7**). Nota-se que algumas interações ocorreram em mais de um paciente.

**Tabela 7** - Interações medicamentosas maléficas encontradas

| medicamento 1            |   | medicamento 2              | N | medicamento 1      |   | medicamento 2            | n |
|--------------------------|---|----------------------------|---|--------------------|---|--------------------------|---|
| fluoxetina               | X | alprazolam                 | 3 | clonazepam         | X | citalopram               | 1 |
| fluoxetina               | X | diazepam                   | 3 | clonazepam         | X | nitrazepam               | 1 |
| fluoxetina               | X | bupiriona                  | 1 | clonazepam         | X | alprazolam               | 2 |
| fluoxetina               | X | cloxazolam                 | 1 | clonazepam         | X | haloperidol              | 1 |
| fluoxetina               | X | clonazepam                 | 1 | clonazepam         | X | tioridazina              | 1 |
| fluoxetina               | X | nitrazepam                 | 1 | bromazepam         | X | duloxetina               | 1 |
| fluoxetina               | X | bromazepam                 | 1 | bromazepam         | X | clomipramina             | 1 |
| sertralina               | X | amitriptilina              | 1 | bromazepam         | X | clonazepam               | 1 |
| sertralina               | X | clonazepam                 | 3 | bromazepam         | X | palmitato de pipotiazina | 1 |
| sertralina               | X | risperidona                | 1 | bromazepam         | X | clorpromazina            | 1 |
| Sertralina               | X | nitrazepam                 | 1 | prometazina        | X | haloperidol              | 1 |
| venlafaxina              | X | nortriptilina<br>sulpirida | 1 | prometazina        | X | cloxazolam               | 1 |
| citalopram               | X | alprazolam                 | 3 | carbamazepina      | X | clonazepam               | 1 |
| biperideno               | X | haloperidol                | 1 | carbamazepina      | X | citalopram               | 1 |
| cloxazolam               | X | risperidona                | 1 | carbamazepina      | X | haloperidol              | 1 |
| palmitato de pipotiazina | X | cloxazolam                 | 1 | carbamazepina      | X | risperidona              | 1 |
| diazepam                 | X | bupiriona                  | 1 | ácido valpróico    | X | alprazolam               | 1 |
| flunitrazepam            | X | sulpirida                  | 1 | ácido valpróico    | X | clonazepam               | 1 |
| flunitrazepam            | X | citalopram                 | 1 | ácido valpróico    | X | risperidona              | 1 |
|                          |   |                            |   | carbonato de litio | X | bromazepam               | 1 |

## 4 DISCUSSÃO

Sabe-se que o objetivo de analisar e acompanhar as interações de medicamentos é promover um melhor controle e até extinção das mesmas. Nesse contexto, as interações medicamentosas entre fármacos que atuam

no sistema nervoso central merecem atenção especial, uma vez que a polifarmacoterapia é extremamente utilizada entre os prescritores. Visando a farmacoterapia eficaz para o paciente, nota-se que as orientações não são suficientes e são necessárias estratégias dos profissionais farmacêuticos para que atendam, assistam e orientem os indivíduos usuários da politerapia.

No estudo realizado por Santos e colaboradores (2009), na zona leste da cidade de São Paulo, foram analisadas as prescrições de psicofármacos utilizados por 60 pacientes, na qual a sua maioria era constituída por mulheres (80%), tal fato foi justificado, em parte, devido a maior propensão das mulheres apresentarem distúrbios psiquiátricos e pela maior preocupação com a saúde. O mesmo foi observado no presente estudo no qual 68% dos pacientes eram mulheres.

No que refere ao adoecer psíquico das mulheres, verifica-se que o mesmo se diferencia do masculino e que os fatores atuantes seriam alterações neuroquímicas, de hormônios ou, ainda, aqueles associados a agravos menstruais, de personalidade, de predisposição biológica, resultados esses obtidos pelos modelos multifatoriais de causalidade. Pesquisas realizadas em populações ocidentais mostraram que as prevalências de transtornos mentais não-psicóticos variaram de 7 a 26%, com média de 17% (12,5% em homens e 20% em mulheres). Outro fato importante é que os quadros depressivos em mulheres têm sido o terceiro problema de saúde em países desenvolvidos e o quinto em áreas subdesenvolvidas; depois dessas estão presentes as causas maternas e algumas doenças transmissíveis. Para as mulheres, são mais comuns os transtornos de ansiedade (9%) e os depressivos (2,6%) (TUONO, et al., 2007).

No presente estudo, apontou-se que 37,5 % da população de estudo tinham de 40 a 49 anos, o que é apresentado de forma diferente no estudo de Santos e colaboradores (2009), no qual apenas 2% da população de estudo tinham de 41 a 50 anos, e sua maioria era composta por idosos com mais de 60 anos que correspondiam a 53% da população, e no presente estudo apenas 7,5% dos pacientes eram maiores de 60 anos. Esse fato pode ser explicado pela dificuldade da pessoa idosa em manter o convênio médico, uma vez que no consultório onde foi realizado o estudo, os atendimentos são de forma particular e não através do sistema único de saúde.

O que justifica os dados do trabalho do autor Santos (2009) é que o processo de envelhecimento populacional em curso no país tem aumentado a frequência de doenças psiquiátricas, entre as quais, a depressão, que é a desordem mais comum nesse segmento etário (LEITE, et al., 2006).

No presente estudo, verificou-se que 30% dos pacientes fazem

tratamento para transtorno misto ansioso e depressivo (CID F412), pois alguns dados estatísticos mostram que a depressão afeta de 15% a 20% das mulheres e de 5% a 10% dos homens (TUONO, et al., 2007). Os pacientes com depressão endógena tendem a se sentir melhor no período da tarde e sua doença costuma se relacionar com as mudanças de estação, havendo um aumento de sintomas na primavera e outono. Esses casos podem ser hereditários. Por outro lado, a depressão exógena seria devida a fatores do ambiente, como: estresses, circunstâncias adversas, problemas profissionais, familiares, momentos de perda, de ruptura, dentre outros, ou seja, trata-se de uma depressão causada fundamentalmente por fatores ambientais externos; no entanto, a ansiedade é geralmente causada por esses mesmos fatores (SANTOS, et al., 2009).

Constatou-se que a maioria das administrações (37%) era de fármacos antidepressivos, seguidos dos fármacos benzodiazepínicos (36%), o mesmo pode ser observado no estudo realizado por Santos e colaboradores (2009).

A identificação das classes farmacológicas utilizadas é muito importante, pois algumas classes de fármacos apresentam um maior índice de interações medicamentosas possíveis, principalmente os benzodiazepínicos, anticonvulsivantes e antidepressivos (SANTOS, et al., 2009).

Na avaliação do uso de medicamentos, observou-se que 10 pacientes eram tratados com monoterapia sendo a sertralina (7,5%) e a fluoxetina (7,5%), os mais prescritos. Em estudos realizados por diversos autores pode-se perceber que a monoterapia se torna eficaz no caso de depressão na infância e adolescência (SCIVOLETTO; TARELHO, 2002), Vale ressaltar que no início do tratamento, dependendo da doença, que é o caso da depressão leve e TOC, o paciente deve fazer uso de um medicamento de primeira escolha, na dose máxima recomendada ou tolerada, por tempo suficientemente longo de pelo menos 12 semanas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2009). Na epilepsia, estudos demonstraram que a otimização do tratamento poderia ser obtida com o uso de um único fármaco antiepiléptico, além das monoterapias apresentarem uma menor incidência de efeitos colaterais (GUERREIRO, 2006).

A utilização de dois medicamentos ocorreu em 55,5% das prescrições de psicofármacos com politerapia. E, essa estratégia terapêutica tem aumentando progressivamente. A politerapia tornou-se útil no tratamento de patologias coexistentes, no controle de reações medicamentosas indesejadas ou para potencializar o efeito farmacológico em condições refratárias e pouco responsivas (CAMPIGOTTO; et al., 2008).

A variedade de associação de psicofármacos em politerapia, neste estudo, foi elevada, predominando a associação de fluoxetina e alprazolam em 10% das prescrições. Essa associação causa uma interação que resulta em um aumento dos níveis plasmáticos de alprazolam e diminui a performance psicomotora e, também, ocorre o aumento da meia-vida do alprazolam, levando ao aumento do efeito do fármaco em torno de 50%. O mecanismo envolvido nessa interação é a inibição da P450 que metaboliza o alprazolam (FONSECA, 2008).

Neste estudo, o uso de classes farmacológicas como antiepilépticos, antiparkinsonianos, antipsicóticos em politerapia, foi pouco utilizado, e também foi observado no estudo realizado por Santos e colaboradores (2009).

A associação de haloperidol e amitriptilina permite que intensifique os efeitos aditivos em relação a sedação, hipotensão e efeitos anticolinérgicos (FONSECA, 2008; CAMPIGOTTO, et al., 2008). Estes efeitos ocorrem devido ao haloperidol reduzir o metabolismo e o clearance da amitriptilina e, por conseguinte aumentar a sua concentração, de tal forma que espera uma elevação dos efeitos da amitriptilina (BACHMANN, et al., 2006).

A carbamazepina atua como indutora enzimática e quando associada a risperidona diminui os níveis plasmáticos deste medicamento, além de promover a redução da concentração dos hormônios tireoidianos (FONSECA, 2008). Essa interação estudada em 11 pacientes, por Bachmann, e colaboradores (2006), teve as concentrações plasmáticas da risperidona e de seu metabólito ativo diminuídos em aproximadamente 50% durante a administração concomitante de carbamazepina. O mecanismo dessa interação não está claro, a risperidona é metabolizada principalmente pela CYP2D6, embora a carbamazepina pareça não afetá-la.

A sertralina associada a risperidona propicia a diminuição do metabolismo da risperidona e um aumento de seus efeitos adversos, alguns potencialmente sérios, incluindo sintomas extrapiramidais e parkinsonismo, o mecanismo provável dessa interação é a inibição do metabolismo da risperidona através da isoenzima CYP2D6, porém, a sertralina é um inibidor fraco dessa isoenzima (BACHMANN, et al., 2006).

Neste estudo, a interação de fluoxetina e diazepam, classificada como leve severidade de interação (FONSECA, 2008), foi encontrada em três pacientes, e ocorre o aumento da meia vida do diazepam com o uso da fluoxetina, levando o aumento do fármaco em torno de 50% (FONSECA, 2008). O mecanismo dessa interação pode estar relacionado à capacidade da fluoxetina em inibir as isoenzimas CYP2C19 e/ou CYP3A4 e, conseqüentemente,

reduzir o clearance do diazepam (BACHMANN, et al., 2006).

A interação entre clonazepam e alprazolam, ambos benzodiazepínicos, ocorreu em dois dos 40 pacientes estudados, e há aumento da meia vida de alprazolam, levando ao aumento do efeito do fármaco em torno de 50% (FONSECA, 2008). Os benzodiazepínicos atuam como depressores do SNC, e o uso concomitante de depressores do SNC, pode provocar efeito aditivo ou a potencialização da depressão do SNC (AHFS DRUG INFORMATION, 2007).

A associação de haloperidol e clonazepam foi encontrada em dois pacientes, e pode acarretar efeitos sinérgicos com neurolépticos, pode aumentar as reações extrapiramidais, aumento dos níveis de haloperidol em 26%; aumentar incidência de tonteados e sedação, além de relatos de delírio e parada respiratória (FONSECA, 2008). O haloperidol pode reduzir o metabolismo e clearance do clonazepam e, portanto, aumentar a concentração sérica esperando um aumento dos efeitos (BACHMANN, et al., 2006).

Na interação entre sertralina e amitriptilina ocorre a síndrome serotoninérgica, podendo causar sérios danos, sendo, primeiramente, confusão e inquietude (CAMPIGOTTO, et al., 2008). A sertralina pode diminuir o metabolismo da amitriptilina pela isoenzima CYP2D6, inibindo a isoenzima (BACHMANN, et al., 2006).

A amitriptilina inibe a recaptação de noradrenalina, dopamina e 5-HT já a sertralina bloqueia somente da serotonina, gerando assim, um aumento da concentração de serotonina na fenda sináptica, e assim causam a síndrome serotoninérgica. (SILVA, 2006; RANG, et al., 2007).

No presente estudo, podem-se observar algumas interações medicamentosas que podem ser benéficas ao tratamento do paciente, é o caso da tioridazina e clonazepam, em que ocorre a potencialização do efeito de clonazepam, cuja associação pode ser utilizada intencionalmente no tratamento (FONSECA, 2008). E o caso da risperidona associada à cloxazolam, em que a risperidona tem seu efeito intensificado (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2009).

A associação de sertralina e nitrazepam também é uma interação benéfica, mas nesse caso o fármaco a ter o seu efeito intensificado é a sertralina (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2009). Esse tipo de interação também pode ser observado na associação de fluoxetina e cloxazolam, na qual a fluoxetina tem seu efeito potencializado; o mesmo ocorre com a associação de bromazepam e fluoxetina, mas nesse caso, o fármaco a ser potencializado é o bromazepam (FONSECA, 2008).

## 5 CONCLUSÃO

No presente estudo, verificou-se a existência de um grande número de interações medicamentosas, sendo a maioria maléfica para os pacientes. Quanto às prescrições de psicofármacos, identificou-se que a maioria era composta de antidepressivos e benzodiazepínicos. Em relação ao perfil da população, a maior parte era composta por mulheres, pessoas entre 40 e 49 anos de idade e com curso superior.

Dos pacientes estudados, a maioria utilizava 02 medicamentos associados, o que às vezes pode melhorar o resultado do tratamento. Portanto, é necessária uma maior atenção nas prescrições associadas para que não acarrete mais danos a saúde do paciente. Desta forma se faz necessária a atuação do farmacêutico com principal papel no aconselhamento sobre as propriedades de todos os medicamentos, interações medicamentosas, reações adversas a medicamentos, e a orientação e a educação sobre o uso correto e racional de medicamentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA.** Transtorno Obsessivo Compulsivo: tratamento, 30 jul. 2009, Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/76.pdf>> Acesso em: 26 set. 2011.

BISSON, M.P. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica.** 2ª ed. Barueri/SP: Manole, 2007.

CAMPIGOTTO, K.F. et al. Detecção de risco de interações entre fármacos antidepressivos e associados prescritos a pacientes adultos. **Revista Psiquiatria Clínica,** Cascavel/PR, nº 35 (1); p. 1-5, 2008.

FONSECA, A.L., **Interações Medicamentosas.** 4ª ed. São Paulo: EPUB, 2008.

FUCHS, F.D., WANNMACHER, L., FERREIRA, M.B.C., **Farmacologia clínica: Fundamentos da terapêutica racional.** 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GUERREIRO, C.A.M. História do Surgimento e Desenvolvimento das Drogas Antiepilépticas. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology,** v. 12, p. 18-21, 2006.

HOEFLER, R.; WANNMACHER, L. Interações de Medicamentos. **Uso racional de medicamentos: HÓRUS Sistema de Gestão da Assistência farmacêutica.** nº 4. 2011.

KOROLKOVAS, A.; FRANÇA, F.F.A.C. **Dicionário Terapêutico Guanabara**. 16ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

LEITE, V.M.M., et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 6, nº 1, Recife jan./mar. 2006.

MOREIRA, F.A.; GUIMARÃES, F. S. Mecanismos de Ação dos Antipsicóticos: Hipóteses Dopaminérgicas. Revisão. **Revista de Medicina**. Ribeirão Preto, nº 40, p. 63-71, jan./mar. 2007.

**PSIQWEB**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>> Acesso em: 20 ago. 2011.

SANTOS, H.C., et al. Possíveis interações medicamentosas com psicotrópicos encontradas em pacientes da Zona Leste de São Paulo. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v. 30, nº 3, p. 285-289, 2009.

SCIVOLETTO, S.; TARELHO, L.G. Depressão na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Medicina**. v. 59, nº 8, p. 555-558, 2002.

SILVA, P. **Farmacologia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TUONO, V.L., et al. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 16, nº 2, p. 85-92, 2007.