

Acompanhamento farmacoterapêutico de uma paciente de 49 anos com transtorno afetivo bipolar apresentando síndrome metabólica: relato de caso

Pharmacotherapy follow-up of a 49-year-old woman with bipolar affective disorder suffering metabolic syndrome: case report

Bruna Dias Menezes¹, David Lucas Mendes², Helen Gonçalves Reis¹, Cláudio Daniel Cerdeira³, Gérsika Bitencourt Santos⁴

¹Discente do curso de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas/Alfenas, Alfenas, Minas Gerais (MG), Brasil.

²Discente do curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas/Alfenas, Alfenas, Minas Gerais (MG), Brasil.

³Doutor em Ciências Farmacêuticas, Departamento de Bioquímica (DBq), Instituto de Ciências Biomédicas (ICB), Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), Alfenas, MG, Brasil.

⁴Docente do curso de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas/Alfenas, Alfenas, Minas Gerais (MG), Brasil.

Autor correspondente: Cláudio Daniel Cerdeira, Departamento de Bioquímica (DBq), Instituto de Ciências Biomédicas (ICB), Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Prédio E, Sala 207 C, Alfenas, 37130-001, MG, Brasil. E-mail: daniel.cerdeira.84@gmail.com Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-7242-8028>

RESUMO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma condição psiquiátrica que apresenta alta incidência, afetando a saúde e qualidade de vida dos pacientes, sendo comum a presença de comorbidades. Frequente em pacientes que apresentam condições psiquiátricas transitórias ou permanentes, a Síndrome Metabólica (SM) tem atingido altas prevalências no Brasil e no mundo, sendo rotineiro a falha na intervenção clínico-farmacológica. Através de um acompanhamento farmacoterapêutico, é possível propiciar a terapia mais efetiva, segura e adequada, melhorando a qualidade de vida do paciente. O presente estudo relata o caso de uma paciente com TAB, recentemente diagnosticada com SM, apresentando comorbidades, acompanhada em uma Unidade Farmacoterapêutica em Alfenas, MG, Brasil (de acordo com a metodologia Dáder). Relato do Caso: C. O. F., sexo feminino, 49 anos, melanoderma, apresenta TAB e Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, dislipidemia, IMC = 34,6 Kg/m² e circunferência abdominal de 120 cm (obesidade). Diagnosticada com SM, procurou ajuda, queixando-se de hiperglicemia (níveis glicêmicos em jejum superiores a 300 mg/dL). Como plano de atenção, as metas incluíram uma redução do peso e controle dos níveis glicêmicos, além disso, como a paciente é polimedicada por conta do TAB e DM, ela teve sua farmacoterapia avaliada, possíveis problemas farmacoterapêuticos detectados e intervenções realizadas, incluindo: (1) Educação em Saúde; (2) Orientação sobre medidas não farmacológicas; (3) Orientação sobre a farmacoterapia utilizada; (4) Acompanhamento glicêmico, pressórico e do peso corporal; e (5) Intervenção Farmacêutica (IF). Durante três meses de acompanhamento, a pressão arterial permaneceu controlada e o IMC diminuiu o que permitiu avaliar a efetividade da terapia bem como as medidas de educação em saúde

adotadas. Na IF, a interação com o endocrinologista (Interdisciplinaridade) conduziu a inclusão da insulina regular no esquema terapêutico. Assim, os níveis de glicemia de jejum observados no início do acompanhamento (300 mg/dL), reduziram para até 179 mg/dL após as intervenções, diminuindo os danos declarados pela paciente no início do seguimento. Portanto, o acompanhamento farmacoterapêutico permitiu a promoção de saúde, resolução dos problemas relacionados à farmacoterapia e revisão dos objetivos terapêuticos da paciente, incluindo a melhoria da aderência ao tratamento, efetividade terapêutica e ausência de reações adversas e interações medicamentosas.

Palavras-chave: Síndrome Metabólica, Acompanhamento Farmacoterapêutico, Transtorno Afetivo Bipolar, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Bipolar Affective Disorder (BAD) is a psychiatric condition with a high incidence, affecting patients' health and quality of life, being common the presence of comorbidities. Frequent in patients with transient or permanent psychiatric conditions, the Metabolic Syndrome (MS) has achieved high prevalence in Brazil and in the world, being that failures are a common outcome in the clinical and pharmacological managements of patients with MS. A pharmacotherapeutic follow-up (included in the pharmaceutical care) affords a most effective, safe, and suitable therapy, improving patients' quality of life. This report covers a case of MS affecting a patient with co-morbidities enrolled at a pharmacotherapeutic unity in Alfenas, MG, Brazil (according to the Dáder methodology). Case report: C. O. F., 49-year-old woman, melanoderm, who had been suffering from BAD and type 2 Diabetes Mellitus (DM), Dyslipidemia, Body Mass Index (BMI) = 34.6 Kg/m², and abdominal circumference of 120 cm (Obesity). The patient presented with MS and she complains hyperglycemia (fasting blood glucose levels [FBGL] higher than 300 mg/dL). Thus, a pharmacotherapy follow-up was solicited. As an attention plan, the goals included a reduction in body weight and a control of glycemia, moreover, owing to the patient takes multiple medications (for BAD and type 2 DM), she had the pharmacotherapy evaluated, possible problems detected and interventions performed, including: (1) Health education; (2) The non-pharmacotherapy approach (Counseling); (3) The pharmacotherapy performed (Counseling); (4) Follow-up of glycemia, blood pressure (BP) and body weight; and (5) Pharmaceutical care intervention (PCI). During three months under pharmacotherapy follow-up, the BP was kept under control and BMI decreased, which allowed to monitor the effectiveness of the therapy and the outcome of the health education performed. In the PCI, measures took interdisciplinary together with an endocrinologist led to the inclusion of regular insulin in the therapeutic arsenal. Consequently, at the end of the follow-up, these actions resulted in the reduction of FBGL from 300 up to 179 mg/dL, reducing the complaints caused by the therapeutic failure. Therefore, the pharmacotherapeutic follow-up allowed the health promotion, resolution of problems related to the pharmacotherapy and revision of patient's therapeutic goals, including improvements toward adherence to the treatment, effectiveness of therapeutic, and absence of adverse drug events and drug interactions.

Keywords: Metabolic syndrome, Pharmacotherapeutic follow-up, Bipolar affective disorder, Type 2 diabetes mellitus.

INTRODUÇÃO

Entre os transtornos bipolares, com prevalência mundial que pode alcançar aproximadamente 2,4% da população mundial, o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma condição psiquiátrica com prevalência de até 1,6% na população de alguns países como relevado em bases epidemiológicas mais acuradas sobre esta doença (COSTA, 2008; ROWLAND & MARWAHA, 2018). A fisiopatologia do TAB ainda é alvo de estudo, sendo reconhecida a hipótese de um déficit no transporte de neurotransmissores no neurônio pré-sináptico e/ou nas vesículas pré-sinápticas, e ainda existem lacunas a respeito das diversas apresentações clínicas da doença, em que diferentes estudos demonstram que múltiplos sistemas influenciam a regulação do humor (KAPCZINSKI et al., 2004; TEIXEIRA & ROCHA, 2007; MIASSO et al., 2012). De acordo com Teixeira & Rocha (2007), Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HA) e sobrepeso/obesidade apresentam elevadas prevalências em pacientes com transtornos psiquiátricos, incluindo Esquizofrenia e TAB, uma vez que, além da própria condição psiquiátrica que afeta os hábitos de vida, efeitos dos antipsicóticos e estabilizadores do humor interferem com funções orgânicas normais do paciente, por exemplo, intensificando a ingestão alimentar e causando outras alterações que são fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome Metabólica (SM) (MEYER & STAHL, 2009; STAHL et al., 2009).

O termo clínico “Síndrome Metabólica” compreende um conjunto de distúrbios clínicos que se manifestam em um indivíduo e tem como fatores de risco para o seu desenvolvimento a HA, dislipidemia e a resistência à insulina (DM tipo 2). Esta síndrome normalmente tem como base uma resistência à ação da insulina e alguns fatores contribuem para o seu aparecimento, tais como os genéticos e a obesidade associada a ausência de hábitos de vida saudáveis (BRANDÃO, 2005; PENALVA, 2008; SUGANAMI & OGAWA, 2009). Os hábitos alimentares têm grande influência na obesidade e conseqüentemente nas doenças associadas à SM, e o aumento de prevalência da obesidade abdominal, tornou-se um problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um dos critérios para o diagnóstico da SM pode ser a presença de obesidade associada à outras alterações/doenças, sendo a relação cintura/quadril maior que 90 cm em homens e maior que 85 cm em mulheres e/ou o Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m², considerados padrões alterados. Ainda, estudos mostram que indivíduos portadores de obesidade apresentam um risco três vezes maior de infarto agudo do miocárdio, geralmente, por causa

do quadro dislipidêmico associado (BRANDÃO, 2005; PENALVA, 2008; SUGANAMI & OGAWA, 2009; PINTO et al, 2011).

A hipertensão também é um forte fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e, é um agravante ainda maior, quando aliada aos outros distúrbios da SM. Os valores estabelecidos pela OMS que caracterizam HA são: pressão arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg ou em tratamento. O *National Cholesterol Education Program* (NCEP) utiliza os seguintes parâmetros: PA sistólica ≥ 130 mmHg ou diastólica ≥ 85 mmHg. A relação entre o sobrepeso e a elevação da PA está interligada através da presença de intolerância a glicose, ocorrendo à ativação do sistema nervoso simpático e o sistema renina-angiotensina (BRANDÃO, 2005; PENALVA, 2008; PINTO et al, 2011).

Portanto, fatores psiquiátricos associados à depressão podem influenciar a ingestão compulsiva alimentar, predispondo e/ou intensificando a SM através do agravamento da obesidade, DM, HÁ, além das suas consequências deletérias para o sistema cardiovascular (DEL PORTO, 1999; TEIXEIRA & ROCHA, 2007). O tratamento de transtornos mentais, incluindo o TAB, pode ser realizado de forma farmacológica e não farmacológica. No primeiro caso, utilizam-se estabilizadores de humor, tais como: antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos. Entretanto, a adesão ao tratamento é primordial para que se tenha eficácia e sejam diminuídas as taxas de recaídas e internações hospitalares (DEL PORTO, 1999; MIASSO et al., 2007; LAZO & PARKER, 2010; MIASSO et al., 2012). Através do acompanhamento farmacoterapêutico, o tratamento mais apropriado, efetivo, seguro e conveniente aos pacientes com TAB e/ou SM são alcançados, até mesmo nas situações mais complexas. Levando em conta o contexto aqui exposto e, a importância da integralidade de atenção à saúde de pacientes com TAB e SM, e suas comorbidades, o presente estudo avaliou o acompanhamento farmacoterapêutico realizado junto a uma paciente com TAB e SM, em uma Unidade Farmacoterapêutica de uma Universidade do sul de Minas Gerais, Brasil.

RELATO DE CASO

Este estudo foi realizado de acordo com os padrões éticos constantes na declaração de Helsinki e, suas atualizações, e foi previamente aprovado pelo comitê local de ética em pesquisa envolvendo humanos (CAAE 57019416.1.0000.5143; parecer nº 1.605.629). A paciente foi convidada a participar do estudo e esclarecida a respeito dos propósitos, e um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi previamente assinado.

Paciente C. O. F., sexo feminino, 49 anos, solteira, melanoderma, secretária, natural de Alfenas-MG, Brasil, iniciou acompanhamento em uma Unidade Farmacoterapêutica em Alfenas, MG, Brasil, para avaliação geral da sua saúde. Apresenta TAB (há ~8 anos), DM tipo 2 (há ~10 anos), dislipidemia (há ~ 5 meses), IMC = 34,6 Kg/m² (valores de referência: 18,5-24,9 Kg/m²), obesidade e circunferência abdominal de 120 cm, normotensa (120x80 mmHg). O escore de risco de Framingham, atualizado segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), 2019, quanto à possibilidade de um evento cardiovascular maior (fatal e não-fatal) para a paciente, em dez anos, foi calculado conforme **Tabela 1** abaixo, sendo estimado em 8,6% (LOTUFO, 2008; COONEY et al., 2009; SBC, 2019).

Tabela 1 - Escore de risco da paciente para doença cardiovascular (DCV) em 10 anos, baseado nos dados do “*Framingham Heart Study*” e atualizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), 2019

Fatores de risco da paciente	Resultados	Pontuação alcançada
Idade (anos)	49	5
Colesterol total (mg/dL)	269	4
HDL (mg/dL)	51	-1
Pressão arterial sistólica	120	0
Diabetes	Sim	4
Tabagismo	Não	0
Total (%)		12 (~8,6%)
Risco de DCV (10 anos)		Moderado

Legenda: Para mulheres, risco de doença cardiovascular (DCV) em 10 anos, valores iguais ou acima de 10%: alto risco; entre 5% e 10%: risco moderado; e menor que 5%: baixo risco. SBC, 2019

A paciente foi recentemente diagnosticada com SM. O motivo do acompanhamento foi à queixa declarada pela paciente de hiperglicemia recorrente (níveis glicêmicos superiores a 300 mg/dL). A paciente faz uso contínuo e diário dos medicamentos constantes na **Tabela 2**. Na história clínica atual, a paciente refere ser diabética há cerca de 10 anos e dislipidêmica há cerca de 5 meses. Queixa-se de altos níveis glicêmicos, mesmo com o uso adequado da medicação. A paciente tem histórico familiar de DM tipo 2 e obesidade. Nega tabagismo e etilismo, não pratica exercícios físicos, possui uma alimentação rica em carboidratos, proteínas, verduras e legumes, nega a ingestão de doces e alega uma ingesta baixa de refrigerantes. Em exames realizados no dia 09/09/2015 (Início do acompanhamento farmacoterapêutico), foram verificados os resultados apresentados na **Tabela 3**.

Tabela 2 – Medicamentos usados pela paciente com SM para tratar o DM e TAB, no início do acompanhamento farmacoterapêutico

Medicamento	Classe terapêutica	Posologia
Para o DM		
Glicazida (30 mg)	Antidiabéticos-hipoglicemiantes oral	2 comprimidos 2 vezes ao dia (12/12h)
Insulina NPH	Antidiabéticos-insulina de ação intermediária	25 U pela manhã e 10 U à noite
Cloridrato de metformina (500 mg)	Antidiabéticos-hipoglicemiantes oral	1 comprimido de manhã e 1 após o almoço
Genfibrozila (600 mg)	Antidiabéticos-hipoglicemiantes oral	1 comprimido à noite
Para o TAB		
Ácido valpróico (250 mg)	Antiepiléticos	1 comprimido à noite
Clonazepam (0,5 mg)	Ansiolíticos, hipnóticos, antidepressivo	1 comprimido à noite
Risperidona (1 mg)	Antipsicóticos	1 comprimido à noite
Cloridrato de clorpromazina (25 mg)	Antipsicóticos	1 comprimido à noite

Tabela 3 – Resultados dos exames laboratoriais, PA e avaliação do peso da paciente com SM, avaliados no início do acompanhamento farmacoterapêutico (09/09/2015)

Exame	Resultado	Valores de referência	Considerações/Comentários
Glicemia			
Glicemia de jejum	300 mg/dL	60 a 100 mg/dL	Valor muito acima, confirmando a queixa principal da paciente
Perfil lipídico			
Colesterol total	269 mg/dL	Menor que 200 mg/dL	Quadro de dislipidemia constatado
LDL	156 mg/dL	Menor que 100 mg/dL	Quadro de dislipidemia constatado
VLDL	62 mg/dL	Até 40 mg/dL	Quadro de dislipidemia constatado
Triglicerídeos	310 mg/dL	Menor que 150 mg/dL	Quadro de dislipidemia constatado
Geral			
Pressão arterial	120x80 mmHg	Menor 130x80 mmHg (para diabéticos)	PA Normal desde o início
Peso	83,2 kg		Acima do peso ideal, de acordo com seu IMC

Como um plano de atenção a saúde da paciente, um plano de metas foi estipulado, sendo que, principalmente, a paciente deveria ter uma redução no peso e apresentar um melhor controle dos níveis glicêmicos. Desse modo, as intervenções realizadas foram: (1) Educação em Saúde (o que é síndrome metabólica?) – sendo esta uma intervenção relacionada à condição clínica da paciente; (2) Orientação sobre medidas não farmacológicas (3) Orientação sobre os medicamentos utilizados – intervenção relacionada à terapia farmacológica; (4) Acompanhamento glicêmico (**Figura 1 A** e **Tabela 4**), pressórico (**Figura 1 B**) e do peso corporal durante (**Figura 1 C**); (5) Intervenção Farmacêutica – Intervenção

Interdisciplinar: contando com uma equipe formada por estudantes do curso de Farmácia, Medicina e Nutrição e por uma farmacêutica e um médico. Os estudantes realizavam o acompanhamento da paciente junto à farmacêutica e posteriormente o caso era discutido entre os alunos e os profissionais (MACHUCA et al., 2004).

Tabela 4 – Valores de glicemia da paciente durante três dias consecutivos*, avaliados no final do acompanhamento farmacoterapêutico

Data	04/11/2015	05/11/2015	06/11/2015
Glicemia			
Em jejum	199	209	179
Após o café da manhã (1 hora após)	268	270	220
Antes do almoço	312	255	280
Após o almoço (1 hora após)	370	292	313
Antes do jantar	320	242	225
Após o jantar (1 hora após)	372	244	277

*A glicemia após as refeições foi verificada uma hora depois da ingestão de alimentos

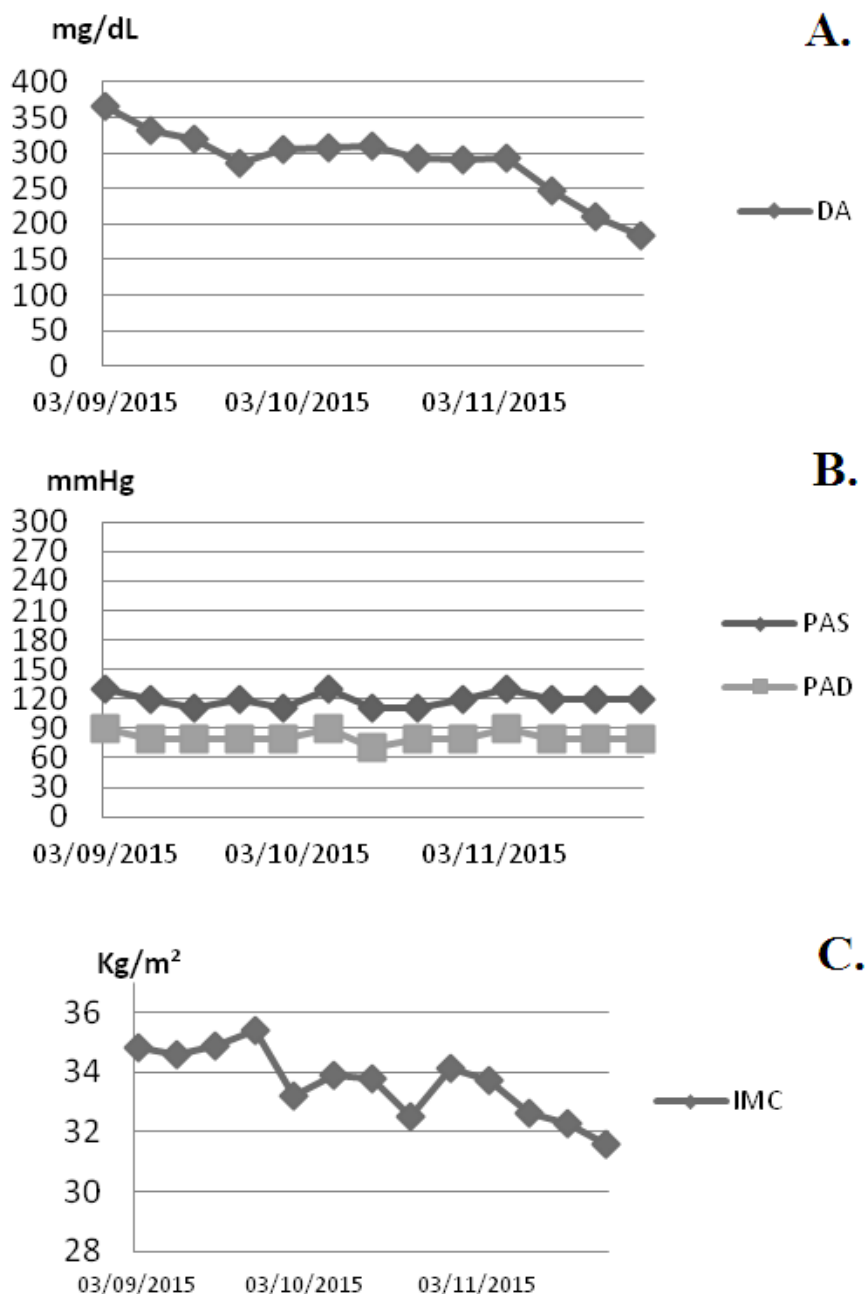


Figura 1 – Valores de glicemia, pressão arterial (PA) e índice de massa corporal (IMC) da paciente, durante três meses de acompanhamento farmacoterapêutico

A. Monitoramento da glicemia capilar (mg/dL) depois do almoço (DA) durante os três meses de acompanhamento farmacoterapêutico (entre o período de 03/09/15 a 26/11/15); **B.** Monitoramento da pressão arterial (mm/Hg) sistêmica (PAS) e diastólica (PAD) durante os três meses de acompanhamento farmacoterapêutico; **C.** Acompanhamento do índice de massa corporal (IMC) da paciente durante os três meses de acompanhamento farmacoterapêutico

DISCUSSÃO

Neste estudo foi abordado o caso de uma paciente de 49 anos com TAB, recentemente diagnosticada com SM e apresentando comorbidades (dislipidemia e DM tipo 2), que se apresentou a Unidade Farmacoterapêutica de uma Universidade do Sul de Minas para acompanhamento farmacoterapêutico, durante três meses. O estabelecimento de uma relação terapêutica (um elo entre paciente e farmacêutico), uma das características da Atenção Farmacêutica, visa criar um ambiente de confiança e reciprocidade e garantir informações que estimulem o cumprimento do tratamento através da plena aderência do paciente ao tratamento (AIRES & MARCHIORATO, 2010).

Confirmando a queixa principal da paciente, o primeiro exame realizado em 09/09/2015 demonstrou altos níveis glicêmicos em jejum (300 mg/dL). Ainda, foi observado uma marcante hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia com elevados níveis de LDL e VLDL, confirmando o quadro de dislipidemia. Com relação ao plano de atenção proposto, as intervenções realizadas abordaram principalmente as informações sobre educação em saúde, incluindo as sobre DM e dislipidemia, que foram repassadas de forma simplificada, para que a paciente pudesse compreender, e orientações sobre os benefícios de uma alimentação saudável e prática de exercícios físicos regulares, que são fatores aliados na prevenção e terapêutica de doenças, incluindo DM e dislipidemia (SILVA et al., 2016).

Ainda, a partir da análise das condições de saúde e histórico medicamentoso da paciente, foram realizados acompanhamentos glicêmico, pressórico, do peso corporal e das interações medicamentosas. Durante o acompanhamento glicêmico, os valores de glicemia elevados, observados no início do acompanhamento farmacoterapêutico, demonstram que a terapia farmacológica da paciente não estava sendo eficaz (Mostrada na **Tabela 2**), como alegado pela paciente (motivo da busca), sendo necessária uma intervenção médica. Assim, na intervenção farmacêutica, uma carta solicitando alteração na terapia farmacológica foi referenciada ao médico endocrinologista, responsável pela paciente. Como uma consequência, foi adicionada a insulina regular duas vezes ao dia antes das refeições principais, no arsenal terapêutico da paciente, visando reforçar o tratamento do DM. A partir desta inclusão, os níveis glicêmicos caíram gradativamente ao longo dos três meses de acompanhamento, quando avaliada após o almoço, os valores no primeiro mês de ~350 mg/dL, caíram para <200 mg/dL ao final do acompanhamento (**Figura 1 A**), como também avaliado em três dias consecutivos no final do acompanhamento farmacoterapêutico, caindo de 300 mg/dL para até 179 mg/dL (**Tabela 4**).

Com relação ao tratamento farmacológico, visto o grande número de medicamentos que a paciente utiliza diariamente para tratar doenças crônicas (**Tabela 2**), durante o aconselhamento, a paciente recebeu informações objetivas como dose, duração do tratamento, a forma de administração do fármaco (orais e injetáveis como a insulina), possíveis reações adversas, entre outras. Informações mais específicas, como, o motivo da utilização, os benefícios de seu uso e os riscos da não utilização, também foram repassadas. A adesão do paciente à terapia medicamentosa é determinada por sua percepção e susceptibilidade à doença, a gravidade do problema, os benefícios e barreiras ao tratamento, sendo que, para alguns pacientes, o número de medicamentos e a frequência de administração refletem a gravidade do problema de saúde (AIRES & MARCHIORATO, 2010; MIASSO et al., 2012; SOUZA, 2005).

Dentre as interações medicamentosas observadas, destaca-se aquelas relacionadas à influência dos medicamentos sobre a glicemia da paciente, tais como interações entre Risperidona com os medicamentos: Gliclazida, Insulina e Metformina, uma vez que a Risperidona tem sido associada com intolerância à glicose e, portanto, pode afetar o controle do DM, exigindo maior monitorização das concentrações de glicose do sangue em casos de uso simultâneo com antidiabéticos. Além destas interações, detectou-se o risco de hiperglicemia ao utilizar concomitantemente Clorpromazina associada à Metformina, Insulina e Gliclazida pois a Clorpromazina pode aumentar as concentrações de glicose no sangue, especialmente quando usada em doses diárias de 100 mg ou mais. Sendo assim, aumentos nos requisitos de dose antidiabética devem ser antecipados durante uso simultâneo entre esses fármacos (QUEST, 2010; PORTO et al., 2010; SILVA et al., 2010; MIASSO et al., 2012).

Por fim, os monitoramentos da PA e IMC durante o acompanhamento da paciente permitiram monitorar as intervenções farmacêuticas bem como a efetividade da educação em saúde quanto a nutrição e exercícios. É reconhecido que, além de hábitos de vida deletérios, por conta das comorbidades (como a presença de TAB, DM tipo 2 e dislipidemia), os riscos de SM são consideravelmente elevados para a paciente, bem como um risco moderado de desenvolver uma DCV em 10 anos (TEIXEIRA & ROCHA, 2007; SBC, 2019). Desde que a polifarmácia foi um desafio a ser enfrentado durante o acompanhamento farmacoterapêutico da paciente, tais medidas não farmacológicas incluíram o controle da SM com medidas de educação em saúde, para promover um estilo de vida mais saudável na rotina da paciente. De nota, a paciente não apresentou reação adversa aos medicamentos utilizados durante o acompanhamento farmacoterapêutico e, a redução do IMC observada nos três meses de

acompanhamento e a manutenção da PA em valores normais, confirmaram a efetividade de tais medidas.

CONCLUSÃO

Ao final do período em acompanhamento, os valores pressóricos se mostraram normais (120x80 mmHg) e constantes, e a paciente manteve-se estável quanto ao tratamento do TAB. Os níveis de glicemia pós-prandial reduziram de ~370 mg/dL para ~200 mg/dL, e glicemia de jejum de ~300 mg/dL para até 179 mg/dL, após intervenção. A partir desse relato, foi constatada que o acompanhamento farmacoterapêutico da paciente permitiu a promoção de educação em saúde, uma melhora quanto aos problemas de saúde relacionados à farmacoterapia, além do reconhecimento profissional da equipe de saúde. As tomadas de decisão foram sempre embasadas em fundamentações racionais e tiveram uma boa aceitabilidade por parte da paciente e dos profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

AIRES CCNF, MARCHIORATO L. Acompanhamento farmacoterapêutico a hipertensos e diabéticos na unidade de saúde Tereza Barbosa: Análise de Caso. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde São Paulo**, vol. 1, n. 1, p. 1-24, 2010.

BRANDÃO API. Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento de Síndrome Metabólica. 84 (Suppl. I), Abril 2005.

COSTA AMN. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Rev Psiquiatr Clín**, vol. 35, n. 3, p. 104-110, 2008.

COONEY MT, DUDINA AL, GRAHAM IM. Value and limitations of existing scores for the assessment of cardiovascular risk: a review for clinicians. **Journal of the American College of Cardiology**, vol. 54, n. 14, p. 1209-1227, 2009.

DEL PORTO JA. Conceito e diagnóstico. **Rev Bras Psiquiatr**, vol. 21(Suppl.1), p. 6-11, 1999.

KAPCZINSKI F, FREY BN, ZONNATTO V. Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: O que mudou nos últimos 10 anos? **Rev Bras Psiquiatr**, vol. 26(Suppl. III), p. 17-21, 2004.

LAZO JS, PARKER KL. (Ed.); Brunton LL. As bases farmacológicas da terapêutica. 11. ed. Rio de Janeiro: AMGH, 2010.

LOTUFO PA. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Med (São Paulo)**, vol. 87, n. 4, p. 232-7, 2008.

Revista Farmácia Generalista / Generalist Pharmacy Journal, v. 2, n. 2, p. 42-54, 2020.
ISSN 2675-1364

- MACHUCA M, LLIMÓS FF, FAUS MJ. Método Dáder: Manual de acompanhamento farmacoterapêutico, 2004.
- MEYER JM, STAHL SM. The metabolic syndrome and schizophrenia. **Acta Psychiatr Scand**, vol. 119, p. 4–14, 2009.
- MIASSO A, CARMO BP, TIRAPELLI CR. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 46, n. 3, p. 689-95, 2012.
- MIASSO A, CASSIANI SHB, PEDRÃO LJ. Estratégias adotadas por pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar e a necessidade de terapêutica medicamentosa. **Esc Anna Nery**, vol. 11(2), p. 240-247, 2007.
- PENALVA DQF. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. **Rev Med (São Paulo)**, vol. 87, n. 4, p. 245-50, 2008.
- PINTO DE, *et al.* Síndrome metabólica. Relato de caso. **Rev Bras Clin Med**, vol. 9, n. 6, p. 463-6, 2011.
- PORTO CS, JACOMINI LCL, SILVA TM. (Ed.) Guanabara. Interações Medicamentosas. 11. ed. Rio de Janeiro, 2010.
- ROWLAND TA, MARWAHA S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. **Ther Adv Psychopharmacol**, vol. 8, n. 9, p. 251–269, 2018.
- QUEST DW. Stockley's drug interactions 2009 pocket companion. **Canadian Family Physician**, vol. 56, n. 2, p. e86, 2010.
- SILVA AR, CERDEIRA CD, BRITO AR, *et al.* Green banana pasta diet prevents oxidative damage in liver and kidney and improves biochemical parameters in type 1 diabetic rats. **Arch Endocrinol Metab**, vol. 60, n. 4, p. 355-366, 2016.
- SILVA P. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). PRÉCOMA DB, OLIVEIRA GMM, SIMÃO AF, *et al.* Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. **Arq Bras Cardiol**, vol. 113, n. 4, p. 787-891, 2019.
- SOUZA FGM. Tratamento do transtorno bipolar – Eutimia. **Rev Psiquiatr Clínic**, vol. 32(supl1), p. 63-70, 2005.
- STAHL SM, MIGNON L, MEYER JM. Which comes first: atypical antipsychotic treatment or cardiometabolic risk? **Acta Psychiatr Scand**, vol. 119, p. 171–179, 2009.
- SUGANAMI T, OGAWA Y. Adipose tissue macrophages: their role in adipose tissue remodeling. **J Cell Biol**, vol. 184, n. 2, p. 205-13, 2009.

TEIXEIRA PJR, ROCHA FL. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais.
Rev Psiq Clín, vol. 34, n. 1, p. 28-38, 2007.