

Intervenções farmacêuticas e adesão ao tratamento farmacológico em usuários do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas

Pharmaceutical intervention and medication adherence in a psychosocial care center for alcohol and other drugs

Jussara Secundo dos Santos¹; Maraiza Alves de Oliveira²; Giselle de Carvalho Brito²; Chiara Ermínia da Rocha²; Giuliano Di Pietro¹

¹Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão.

²Universidade Federal de Sergipe, Lagarto

Resumo

Introdução: A não adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico oferecidos nos centros de atenção psicossocial para álcool e outras drogas pode afetar diretamente a reabilitação dos usuários. Portanto, sugere-se que Intervenções farmacêuticas (IF) educativas podem promover o aumento da adesão ao tratamento, assim como a relação colaborativa do usuário na redução de danos. **Objetivo:** Avaliar o efeito das intervenções farmacêuticas educativas na adesão ao tratamento dos usuários do CAPSad. **Metodologia:** Utilizou-se a Escala de Adesão Terapêutica de quatro itens de Morisky (MMAS-4), modificada para este estudo antes e após as Intervenções Farmacêuticas (IF) para avaliar a adesão. **Resultados:** Observou-se o aumento da adesão após as IF de 10% para 23,3% dos usuários que apresentavam alta adesão, de 13,3% para 26,7% os de média adesão, com redução de 76,7% para 50% daqueles que apresentavam baixa adesão. **Conclusão:** Com apenas uma Intervenção Farmacêutica, o número de usuários do CAPSad que passaram a apresentar uma maior adesão ao tratamento medicamentoso teve um aumento significativo. Há uma grande carência de profissionais Farmacêuticos que atuam na área psicossocial, a inclusão deste profissional no Programa de Saúde da Família é necessária.

Palavras chave: psicotrópicos; álcool; drogas ilícitas; educação; saúde mental.

Abstract

Introduction: Non-adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment offered in psychosocial care centers for alcohol and other drugs (CAPSad) can directly affect the rehabilitation of users. Therefore, it is suggested that educational Pharmaceutical Interventions (PI) can promote increased adherence to treatment, as well as the user's collaborative relationship in harm reduction. **Objective:** To evaluate the effect of educational PI on adherence to treatment by CAPSad users. **Methodology:** We used the Morisky Therapeutic Adherence Scale of four items (MMAS-4), modified for this study before and after PI to assess adherence. **Results:** There was an increase in adherence after PI from 10% to 23.3% of users who had high adherence, from 13.3% to 26.7% those with medium adherence, with a reduction of 76.7% for 50% of those with low adherence. **Conclusion:** With only PI for 3 months, the number of CAPSad users who started to show greater adherence to drug treatment had a significant increase. There is a great lack of Pharmaceutical professionals who work in the psychosocial area, requiring the inclusion of this professional in the Family Health Program.

Keywords: psychotropic drugs; alcohol; illicit drugs; education; mental health.

Recebido em: 08-10-2020

Publicado em: 29-10-2020

Autor correspondente

Giuliano Di Pietro
Av. Marechal Rondon s/n. Bairro Roza Elze,
São Cristóvão, Sergipe.
Email: dipietrobr@yahoo.com.br

Introdução

O consumo de substâncias psicoativas tem aumento nas últimas décadas e tem sido um desafio para a saúde pública em todo o mundo¹. As doenças causadas pela dependência comprometem o dependente químico, sua saúde, a família e a dinâmica social. A prevenção é fundamental, mas ações que possam minimizar os impactos do uso de drogas em indivíduos, famílias e comunidades devem ser valorizadas².

Segundo a OMS, o consumo de álcool resulta em 3,3 milhões de mortes em todo o mundo¹. Acredita-se que o consumo intenso de álcool seja um fator de risco

para câncer³, além do risco de outras doenças não transmissíveis⁴, como transtornos mentais e comportamentais, e é também responsável por lesões, acidentes de trânsito e mortes⁵.

Com relação à cocaína, estima-se que 18,8 milhões de usuários consomem anualmente esta droga⁶. O distúrbio causado na vida do usuário crônico é caracterizado por comportamentos de busca, falta de controle, mau funcionamento social e uso arriscado da droga⁷. Quando a cocaína é fumada, consumida como crack cocaína, a retirada, os efeitos, e o prognóstico são muito piores do que quando a cocaína é inalada, por exemplo⁸.

Nos EUA, o abuso de drogas tem sido uma grande preocupação pública há mais de meio século. Em 2016, aproximadamente 7,4 milhões de americanos com idade ≥ 12 anos usaram drogas ilícitas⁹, além da recente epidemia de opioides que foi declarada como uma emergência nacional de saúde pública¹⁰.

O 3º Levantamento sobre o uso de drogas pela população brasileira realizado pela Fiocruz, revela que 3,2% da população usou substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, correspondendo a 4,9 milhões de brasileiros (homens: 5% e mulheres 1,5%), com maior incidência entre os jovens de 18 e 24 anos (7,4%). A substância ilícita mais consumida no Brasil é a maconha, e 7,7% da população entre 12 a 65 anos já a usaram ao menos uma vez na vida. Em segundo lugar (3,1%), a cocaína em pó, e 0,9% relataram ter feito uso de crack (homens 1,4% e mulheres 0,4%; 1,4 milhão de pessoas)¹¹. O percentual encontrado no 3º Levantamento é inferior ao que aparece na Pesquisa Nacional do Uso do Crack¹², justamente por ser domiciliar, enquanto os usuários de crack compõem uma população majoritariamente marginalizada, e que, muitas vezes, vive em situação de rua.

O Centro de Atenção Psicossocial ao Álcool e Outras Drogas (CAPSad) é um serviço de saúde para tratamento de transtornos causados pelo uso de álcool e problemas relacionados a drogas no Brasil e é oferecido pelo Sistema Público de Saúde (SUS), com atendimento diário (24h) aos usuários. O CAPSad oferece salas de repouso, condições de desintoxicação e é apoiado por uma unidade psiquiátrica, em um hospital geral, para pacientes que precisam ser internados¹³.

Medicamentos psicotrópicos são usados para reduzir os sintomas da droga e de

abstinência, proporcionando desintoxicação e diminuição ou secessão do vício¹⁴. Os antidepressivos, por exemplo, são largamente prescritos a pacientes recebendo tratamento para dependência química¹⁵. Alguns estudos mostram que pacientes com transtorno grave do uso de álcool ou outras substâncias (SUD), apresentam também transtornos de humor ou transtornos de ansiedade¹⁶.

Entretanto pouco se tem estabelecido como tratamento medicamentoso padrão a pacientes com SUD. Estes tendem a ser distúrbios recidivantes crônicos em diferentes estágios, por exemplo, abstinência, recaída, craving, prevenção, e podem precisar de tratamento diferenciado, com abordagens medicamentosas personalizadas. Além disso, ocorre plasticidade neuronal, após a exposição crônica a substâncias psicoativas¹⁷, e mudanças duradouras também aparecem, como alterações na função neurocognitiva, no humor, e ansiedade¹⁸.

A falta da correta adesão ao tratamento medicamentoso do paciente, geralmente, resulta na exacerbação de sintomas indesejados e efeitos adversos com intensidade significativa, levando ao abandono do tratamento pelo paciente, comprometendo a eficácia do tratamento e a recuperação do usuário de drogas¹⁹. A pesquisa realizada por Schmidt e col., mostrou que menos de 10% dos indivíduos com transtornos relacionados ao uso de álcool que desejam parar de beber no Brasil procuram tratamento²⁰. As baixas taxas de utilização dos serviços especializados e adesão aos tratamentos para SUD^{21,22} são preocupantes. Os usuários de crack, em relação à cocaína inalada, por exemplo, apresentam maus resultados no tratamento²³, com altas taxas de

abandono²⁴, e baixa abstinência pós-tratamento²⁵.

Muitos são os obstáculos para a completa adesão ao tratamento SUD, aqueles relacionados ao próprio paciente como crenças pessoais, estigmas, preconceito, aspectos psicossociais ou do próprio equipamento de saúde, seus profissionais e procedimentos adotados^{26,27}. O uso crônico de álcool e outras drogas geralmente está associado a outras comorbidades, necessitando de diferentes estratégias de tratamento como redução de danos, atendimento ambulatorio e hospitalar, desintoxicação, acolhimento diurno e noturno, entretanto esses equipamentos, muitas vezes, não se conectam, dificultando a continuidade do tratamento e a maior adesão pelo paciente SUD²⁸.

Com base nesses aspectos, o objetivo deste estudo foi avaliar a adesão de pacientes SUD de um CAPSad, antes e após intervenções farmacêuticas (IF), a fim de desenvolver estratégias para uma maior adesão dos pacientes SUD ao serviço e aos tratamentos medicamentosos e complementares, com o alvo na redução de danos.

2. Metodologia

Desenho e configuração do estudo

Foi realizado um estudo não controlado antes e depois da adesão aos medicamentos com pacientes do CAPSad, aplicando o instrumento MMAS-4²⁹, traduzido e padronizado para o português por Remondi e colaboradores³⁰. O instrumento foi aplicado por acadêmicos da Faculdade de Farmácia, previamente treinados e acompanhados pelos preceptores da instituição. A Intervenção Farmacêutica

(IF) foi realizada durante 3 meses e o instrumento foi aplicado antes e depois disso. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, com o número CAAE: 92400618.4.0000.5546. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento informando que foram coletados e armazenados, de acordo com os regulamentos de privacidade vigentes.

População estudada

Todos os pacientes registrados no CAPSad foram convidados a participar, porém apenas 30 completaram todas as etapas do estudo. O uso de medicação psicotrópica foi o principal critério de inclusão dos pacientes neste estudo. A verificação dessas informações foi realizada pela leitura dos prontuários dos pacientes, que foram examinados no momento após a aplicação dos instrumentos. Outros critérios de inclusão foram a idade de dezoito anos ou mais e a participação atual nas atividades do CAPSad. Foram excluídos os pacientes que não conseguiam se comunicar com clareza ou por estarem sob influência de álcool e drogas ilícitas no momento do estudo.

Coleta de dados e medidas de resultados

Primeiro, um instrumento foi utilizado para coletar informações sociodemográficas com variáveis independentes, como sexo, idade, escolaridade, ocupação atual, comportamentos relacionados à saúde e fatores de estilo de vida do paciente, como atividade física, consumo de álcool, tabaco, maconha, cocaína ou crack, e outros usam drogas. Também foram avaliadas reações adversas a medicamentos e outras comorbidades

que os pacientes apresentaram durante o estudo.

O MMAS-4 foi aplicado em dois momentos, imediatamente antes do IF e após três meses para reavaliar a adesão à medicação dos pacientes e se o IF influenciou a adesão. A coleta de informações ocorreu individualmente em uma sala reservada. Após aplicação do questionário sociodemográfico e da escala MMAS-4, ocorreu IF. O instrumento é constituído com quatro perguntas dicotômicas (1) Nunca se esqueceu de tomar remédios; (2) Sempre descuidado em tomar remédios; (3) Para de tomar medicamentos quando se sente melhor; (4) Para de tomar medicamentos quando se sente pior. Os resultados são apresentados em uma pontuação que varia de 0 a 4, e os autores sugeriram três níveis de adesão à medicação com base nessa pontuação: alta, média e baixa aderência com 0, 1-2 e 3-4 pontos, respectivamente. Uma definição dicotômica de aderência com base no MMAS-4 também é comumente usada com 0 pontos, indicando adesão perfeita e 1+ pontos indicando algum nível de não adesão²⁹.

As IF foram realizadas com vídeos educativos e rodas de conversas de fácil compreensão para trocar experiências entre os próprios pacientes e a equipe de saúde. Os tópicos abordados foram: papel do farmacêutico no CAPSad, administração correta de medicamentos, uso racional de medicamentos, riscos relacionados ao paciente com o tratamento e a não adesão correta, plantas medicinais e drogas ilícitas, uso concomitante de medicamentos psicotrópicos, riscos de automedicação e armazenamento adequado dos medicamentos.

Figuras, tabelas e pictogramas também foram utilizados para ilustrar a

administração de medicamentos, a fim de facilitar o entendimento da dosagem e do regime terapêutico pelos pacientes. A tabela é composta por imagens e símbolos que indicam manhã, almoço, tarde e noite (pictogramas), com a dose do medicamento a ser tomado em cada período e como deve ser administrado. Além de promover atividades educacionais que contribuem para aumentar a adesão aos medicamentos, outras ações foram realizadas para melhorar a saúde dos pacientes, como: informar, orientar e educá-los, bem como seus familiares ou cuidadores sobre comportamentos saudáveis e uso racional de medicamentos.

Análise estatística

A análise dos dados foi realizada no Statistical Package for the Social Sciences SPSS 20.0. Para avaliar a significância estatística ($p \leq 0,05$) da associação entre as variáveis dicotômicas, foi utilizado o teste de McNemar e, para as ordinais, o teste de Wilcoxon Signed Rank. Um intervalo de confiança de 95% foi considerado para todos os testes estatísticos e as diferenças foram consideradas estatisticamente significativas se o valor de p foi menor que 0,05.

3. Resultados

Todos os pacientes do CAPSad que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No entanto, apenas 30 pacientes ativos completaram todas as etapas do estudo, e esse número foi utilizado para a análise estatística dos dados. A exclusão de pacientes do estudo está relacionada à ausência ou estar sob a influência de álcool ou outras drogas nas semanas de estudo, ou mesmo ter

desistido de participar sem justificativa. Alguns pacientes acreditam que falharam em melhorar a adesão aos medicamentos e, portanto, desistiram de participar da segunda etapa do estudo, a reaplicação da escala MMAS-4. Além disso, deve-se notar que o CAPSad é um serviço de portas abertas, sem hospitalização ou participação obrigatória. Os pacientes têm autonomia para entrar e sair do tratamento a qualquer momento. Outro ponto a ser considerado é que o número médio de pacientes ativos, que frequentam regularmente todas as atividades semanais, é de cerca de 50. Considerando nosso n = 30 pacientes, é possível concluir que as perdas não impactam na avaliação global dos achados.

A idade dos pacientes variou de 24 a 63 anos, 80% dos pacientes tinham entre 30 e 60 anos e 93,3% da amostra era do sexo masculino, como ocorre em outros CAPSad, e de acordo com dados de outros estudos ^{31,32}. O número de analfabetos ou com o ensino médio incompleto foi de 90% e o desempregado ou número de aposentados foi de 53,3% (TABELA 1). Quanto ao comportamento em saúde, 66,7% dos pacientes nunca ou raramente praticavam atividades físicas (TABELA 2). Consumo de álcool (76,7%) e tabagismo (66,6%) foram as substâncias mais utilizadas pelos pacientes, seguidos de maconha (36,7%), cocaína (13,3%) e crack (3%) (TABELA 3).

TABELA 1 - Caracterização dos dependentes químicos CAPSad segundo o Perfil Sociodemográfico (n=30)

Características	Variáveis	N	%
Gênero	Feminino	2	6,7
	Masculino	28	93,3
Faixa Etária	18 – 29	4	13,3
	30 – 39	8	26,7
	40 – 49	8	26,7
	50 – 59	8	26,7
	60 ou mais	1	3,3
	Ausente	1	3,3
	Analfabeto	17	56,7
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	10	33,3
	Ensino Fundamental Completo	2	6,7

	Ensino Médio Completo	1	3,3
	Empregado	14	46,7
Situação Ocupacional	Desempregado	12	40,0
	Aposentado	4	13,3

Fonte: Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas, Lagarto-SE.

TABELA 2 - Hábitos relacionados à prática de atividades físicas dos usuários do CAPSad (n=30)

Características	Variáveis	N	%
	Sim, raramente	3	10,0
	Sim, 1 vez / semana	5	16,7
Prática física	atividade Sim, 3 a 4 vezes / semana	3	10,0
	Sim, >5 vezes / semana	2	6,7
	Não	17	56,7

Fonte: Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas, Lagarto-SE.

TABELA 3 - Consumo de drogas lícitas e ilícitas pelos usuários do CAPSad (n=30)

Características	Variáveis	N	%
	Sim, <5 cigarros / dia	4	13,3
	Sim, de 5 a 10 cigarros / dia	7	23,3
Consumo de Tabaco	Sim, de 11 a 20 cigarros / dia	7	23,3
	Sim, >20 cigarros / dia	2	6,7
	Não	10	33,3
	Total	30	100,0
	Sim, 1 vez / semana	7	23,3
	Sim, 3 vezes / semana	3	10,0
Consumo de Álcool	Sim, 1 vez / dia	2	6,7

		Sim, >1 vez / dia	11	36,7
		Não	7	23,3
		Total	30	100,0
Consumo de Cannabis		Sim, Raramente	1	3,3
		Sim, 1 cigarro / semana	2	6,7
		Sim, >1 cigarro / dia	8	26,7
Consumo de Cocaína		Não	19	63,3
		Sim, Raramente	1	3,3
		Sim, 1 vez / semana	2	6,7
Consumo de Crack		Sim, 3 vezes / semana	1	3,3
		Não	26	86,7
		Sim, Raramente	4	13,3
		Não	26	86,7

Fonte: Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas, Lagarto-SE.

Com a primeira aplicação do Instrumento MMAS-4, antes do IF, foi determinado que apenas 10% dos pacientes incluídos no estudo apresentavam alta adesão, 13,3% apresentavam adesão média e 76,6% apresentavam baixa adesão. Três meses, após o desenvolvimento das atividades do IF, o MMAS-4 foi reaplicado com os mesmos pacientes; e uma melhoria significativa foi encontrada na adesão à medicação. O número de pacientes que

apresentaram alta adesão à medicação mudou de 10% para 23,3% ($p < 0,01$) após o IF. A proporção de pacientes com adesão média melhorou de 13,3% para 26,6% ($p < 0,01$), e a proporção de pacientes com baixa adesão reduziu de 76,7% para 50% ($p < 0,05$). Analisando as questões do MMA-4 individualmente, houve diferenças significativas em todas as questões ($p = 0,008$; 0,039; 0,021; 0,039), respectivamente (TABELA 4).

TABELA 4 - Caracterização dos usuários do CAPSad segundo a adesão ao tratamento medicamentoso através da MMM-4 (n=30)

Perguntas	Antes IF		Depois IF		p*
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	
1) Você já se esqueceu de tomar seus medicamentos psicotrópicos?	19 (63,3)	11 (36,7)	11 (36,7)	19 (63,3)	0,008
2) Você já foi descuidado ao tomar seus medicamentos psicotrópicos?	17 (56,7)	13 (43,3)	10 (33,3)	20 (66,7)	0,039
3) Você para de tomar seus medicamentos quando se sente melhor?	20 (66,7)	10 (33,3)	12 (40,0)	18 (60,0)	0,027
4) Você para de tomar seus medicamentos quando se sente pior?	21 (70,0)	9 (30,0)	13 (43,3)	17 (56,7)	0,039

*McNemar Test. **Fonte:** Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas, Lagarto-SE.

Os medicamentos utilizados pelos pacientes incluídos neste estudo estão descritos na Tabela 5. A monoterapia psicotrópica foi prescrita para 36,7% dos pacientes, 36,7% deles usavam dois psicotrópicos e 23,3% usavam três ou mais

psicotrópicos durante o estudo. Os medicamentos psicotrópicos mais prescritos foram Diazepam (24,6%), seguidos por Carbamazepina e Haloperidol (17,5%), Prometazina e Levomepromazina (14%) (TABELA 5).

TABELA 5: Medicamentos Psicotrópicos Prescritos por Paciente (n=30)

	Variável	Nº	N%
Quantidade de psicotrópicos prescritos	1	11	36,7
	2	11	36,7
	3	4	13,3
	4 ou mais	3	10,0
	Não Respondeu	1	3,3
	Total	30	100,0
	Carbamazepina	10	17,5%
	Clonazepam	2	3,5%

	Cloridrato de Amitriptilina	1	1,8%
	Decanoato de Haloperidol	1	1,8%
Frequência no uso	Diazepam	14	24,6%
de psicotrópicos	Fenobarbital	2	3,5%
	Haloperidol	10	17,5%
	Levomepromazina	8	14,0%
	Prometazina	8	14,0%
	Cloridrato de Fluoxetina	1	1,8%
	Total	57	100,0%

Fonte: Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas, Lagarto-SE.

4. Discussão

Os resultados deste estudo mostram que, após a IF, o número de pacientes que melhoraram a adesão à medicação aumentou significativamente em relação ao apresentado pelos mesmos pacientes antes da IF. O paciente deve aderir ao medicamento prescrito e seguir as orientações da equipe de saúde para sua recuperação. A não adesão ou baixa adesão de pacientes no CAPSad que usavam medicação psicotrópica antes da IF atingiu quase 90%. A maioria dos pacientes com baixa adesão apresentou comportamento não intencional, ou seja, esquece de tomar os medicamentos, faz uso inadequado ou confunde o tempo ou a dose do uso dos medicamentos.

Segundo Jin e colaboradores (2008), aqueles pacientes que se comportam intencionalmente como tomar a decisão de abandonar o tratamento prescrito, geralmente o fazem devido à falta de conhecimento ou informações adequadas sobre o medicamento³³. Miasso e col. (2009) relatam que, em uma entrevista de pacientes com transtorno mental, os pacientes afirmaram que a não

adesão à medicação ocorre de forma não intencional, mesmo confirmando que entenderam as recomendações da equipe de saúde³⁴. A falta de adesão à medicação é um impedimento para as metas de realização terapêutica e pode ser uma fonte de frustração para pacientes e profissionais de saúde³⁵.

A baixa adesão prejudica a evolução clínica do paciente e sua qualidade de vida, causando resultados adversos, como aumento da morbimortalidade³⁶. Nos pacientes com transtorno afetivo bipolar, quando o tratamento não é realizado corretamente, leva ao aumento de episódios de mania e transtornos depressivos, hospitalizações e até suicídio, prejudicando a melhoria e a qualidade de vida de ambos, pacientes e seus familiares, além do aumento de custos para o sistema de saúde³⁷. Um estudo realizado na Arábia Saudita mostra que a adesão a medicamentos antidepressivos é uma etapa essencial no tratamento do paciente com distúrbios psicológicos, e vários fatores associados às crenças e satisfações do paciente podem contribuir para o não cumprimento do tratamento com medicamentos psicotrópicos³⁸.

As tabelas foram preparadas com a medicação correta; dosagem, tempo e como tomar o medicamento, foi enfatizada a importância da participação do paciente e da família nas oficinas terapêuticas. Ferreira e col. (2015) disseram que a família é de suma importância para a reabilitação do paciente e a adesão à medicação, participando ativamente de reuniões familiares ou incentivando o usuário a participar. No entanto, quando não existe esse apoio, são observadas dificuldades nos pacientes em manter o tratamento medicamentoso. O autor cita, ainda, que a família precisa entender que a dependência química é uma doença crônica, requer tratamento e não é falta de moralidade ou irresponsabilidade do dependente químico³⁹. Segundo o estudo de Boston, a adesão à medicação era difícil quando a pessoa afetada não tinha cônjuge ou companheiro, sofria de reações adversas ou era mais jovem⁴⁰.

Observou-se na população estudada que, quando houve participação familiar, a adesão aos medicamentos do paciente melhorou significativamente. Embora essa variável não tenha sido medida estatisticamente em nosso estudo, foi possível observar que os pacientes que apresentaram melhora significativa nos escores do MMAS-4 foram os que os parentes mais participaram das reuniões familiares do CAPSad, realizadas uma vez por mês. A participação da família na recuperação do paciente é um dos pilares de tratamento propostos nesta instituição, e a rede de apoio à família é uma prioridade nesse processo. A prescrição de psicofármacos a usuários de drogas em tratamento no CAPSad é sintomática e, segundo Bezerra e colaboradores, seu uso precisa estar limitado ao extremamente necessário, devendo sempre levar em consideração a

relação risco-benefício potencial do fármaco justifica seu emprego⁴¹.

A Escala de Adesão à Medicação Morisky com quatro itens (MMAS-4) é um dos métodos de adesão à medicação mais comumente usados, com 0,83 de confiabilidade, criado com o objetivo de determinar a adesão à medicação anti-hipertensiva²⁹. Optou-se por utilizar neste estudo apenas a Escala de Morisky, devido à dificuldade de aplicar instrumentos em pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool e problemas relacionados a substâncias. Nossos resultados mostraram que o instrumento MMAS-4 é um instrumento extremamente útil para avaliação e monitoramento do uso de medicamentos pelos pacientes do CAPSad investigados neste estudo e proporcionou um trabalho individualizado de acordo com as respostas do paciente.

Entre os pacientes avaliados, o medicamento psicotrópico mais utilizado foi o diazepam, seguido de carbamazepina e fenobarbital. Esses medicamentos foram prescritos principalmente para suprimir a ansiedade e, conseqüentemente, o vício ou fissura do paciente, bem como abolir convulsões. Por outro lado, esses medicamentos causam muitos efeitos adversos, incluindo tontura, ataxia e sonolência, que levam ao baixo grau de adesão ao medicamento. O diazepam é o medicamento mais prescrito, pois faz parte da lista de medicamentos essenciais do governo, disponível gratuitamente, tornando-o mais acessível.

Uma das limitações do estudo foi o número pequeno de participantes e por ter sido conduzido em apenas uma instituição. O tempo de intervenção Farmacêutica de 3 meses também pode

ser considerada insuficiente, fato superado pelos excelentes resultados obtidos. Há necessidade de uma assistência farmacêutica continuada para que se mantenha a adesão terapêutica em níveis aceitáveis e que outros cuidados possam ser implantados.

5. Conclusão

O desempenho da intervenção farmacêutica foi suficiente para aumentar significativamente a adesão à medicação do paciente. A realização de atividades educacionais, distribuição de material didático para apoiar a manutenção correta dos tratamentos prescritos, somada à participação da família, demonstrou ser instrumentos muito eficazes na mudança de comportamento do dependente químico em relação à adesão aos medicamentos e redução de danos. Também é necessário que os médicos simplifiquem os esquemas de dosagem, adaptando-os ao estilo de vida do paciente e, sempre que possível, os farmacêuticos devem procurar resolver os problemas reais relacionados à medicação e prevenir possíveis efeitos colaterais⁴².

O impacto positivo do atendimento colaborativo multidisciplinar em pacientes do CAPSad, demonstraram bons resultados, foram contínuos e persistentes ao longo do estudo. A abordagem de atendimento colaborativo multidisciplinar pareceu ser eficaz no gerenciamento de pacientes de alto risco com dependência química descontrolada, e não apenas nos cuidados usuais.

A escassez de atividades promovidas pelos farmacêuticos nos CAPS direcionadas aos usuários ou mesmo a

falta de registro de intervenções atestam a deficiência do trabalho assistencial, colocando em questionamento o impacto que a falta dessa atividade pode promover na promoção e recuperação da saúde⁴³.

6. Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não terem nenhum conflito de interesses na condução e publicação deste artigo.

7. Agradecimentos

O Secretaria Municipal de Saúde de Lagarto, especialmente à equipe do Centro de Assistência Psicossocial de álcool e outras drogas e, principalmente, a todos os usuários que participaram das atividades propostas.

8. Referências

1. WHO, Global status report on alcohol and health. World Health Organization, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/>
2. RONZANI, T. M., FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010.
3. IARC: International Agency for Research on Cancer. World Health Organization, 2020. Disponível em: <<https://www.iarc.fr/>>
4. UK, Chief Medical Officers. Alcohol Guidelines Review: Summary of the proposed new guidelines.

- World Health Organization, 2015.
Disponível em:
<[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/489795/summary .pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/489795/summary.pdf)
5. WOOD, A. M., & Emerging Risk Factors Collaboration/EPIC-CVD/UK Biobank Alcohol Study Group. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet*, v. 391, p.1513-23, 2018.
 6. UNODOC, United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2016. United Nations Publication, n. E.16.XI.7, 2016. Disponível em:
<<https://www.unodc.org/wdr 2016/>
 7. GOLDSTEIN, R. Z., VOLKOW, N. D. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, v. 159, n. 10, p. 1642-1652, 2002.
 8. HATSUKAMI, D. K., FISCHMAN, M. W. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *Journal of the American Medical Association*, v. 276, n. 19, p. 1580-1588, 1996.
 9. UNODOC, United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2017. United Nations Publication, n. E.17.XI.6, 2017. Disponível em:
<<http://www.unodc.org/wdr 2017/>
 10. Johnson J, Wagner J. Trump declares the opioid crisis a public health emergency. *The Washington Post*, out., 2017. Disponível em:<<https://www.washingtonpost.com/news/post-politics/wp/2017/10/26/trump-plans-to-declare-the-oid-crisis-a-public-health-emergency/>
 11. BASTOS, F. I. P. M., VASCONCELLOS, M. T. L., DE BONI, R. B., REIS, N. B., COUTINHO, C. F. S. ARCA: III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Fiocruz, 2017, 528p. Disponível em:
<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>.
 12. BASTOS, F. I., BERTONI, N. Pesquisa Nacional do Uso do Crack e outras Drogas. Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://app.uff.br/observatorio/uploads/Pesquisa_Nacional_sobre_uso_de_crack_e_outras_drogas.pdf
 13. BRASIL: Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012(*). Redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-130-26--JANEIRO-2012.pdf>
 14. MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p. 121-133, 2008.
 15. KNUDSEN, H. K., DUCHARME, L. J., ROMAN, P. M. The use of antidepressant medications in substance abuse treatment: The

- public-private distinction, organizational compatibility, and the environment. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 48, p. 195–210, 2007.
16. FOULDS, J.A., ROUCH, S., SPENCE, J., MULDER, R.T., SELLMAN, J.D. Prescribed Psychotropic Medication Use in Patients Receiving Residential Addiction Treatment. *Alcohol and Alcoholism*. v. 51, n. 5, p. 622-623, 2016.
 17. KOOB, G. F., VOLKOW, N. D. Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*, v. 35, p. 217–238, 2010.
 18. BUTELMAN, E., KREEK, M. J. Medications for substance use disorders (SUD): Emerging approaches. *Expert Opinion of Emerging Drugs*, v. 22, n. 4, p. 301–315, 2017.
 19. SOUZA, J., KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.43, n.2, p.373-383, 2009.
 20. SCHMIDT, M. I., DUNCAN, B. B., SILVA, G. A., MENEZES, A.M., MONTEIRO, C.A., BARRETO, S.M., CHOR, D., MENEZES, P.R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.
 21. DAVIS, D. R., KURTI, A. N., SKELLY, J. M., REDNER, R., WHITE, T. J., HIGGINS, S. T. A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009-2014. *Preventive Medicine*, v. 92, p. 36-46, 2016.
 22. ABOUJAOUDE, E., SALAME, W. O. Naltrexone: a pan-addiction treatment? *CNS Drugs*, v. 30, n. 8, p. 719-733, 2016.
 23. FALCK, R. S., WANG, J., CARLSON, R. G. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug Alcohol Dependence*, v. 98, n. 1–2, p. 24–29, 2008.
 24. DUNN, J., LARANJEIRA, R. Cocaine—profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil. *Substance Use and Misuse*, v. 34, n. 11, p. 1527–1548, 1999.
 25. GOSSOP, M., MARSDEN, J., STEWART, D., KIDD, T. Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Dependence*, v. 66, n. 1, p. 21–28, 2002.
 26. CUMMING, C., TROEUNG, L., YOUNG, J. T., KELTY, E., PREEN, D. B. Barriers to accessing methamphetamine treatment: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Dependence*, v. 168, p. 263-273, 2016.
 27. PADWA, H., URADA, D., GAUTHIER, P., RIECKMANN, T., HURLEY, B., MACPHAIL, D. C., RAWSON, R. A. Organizing publicly funded substance use disorder treatment in the United States: moving toward a service system approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 69, p. 9-18, 2016.

28. PINSKY, I., BERNAL, C., VUOLO, L., NEIGHBORS, C. Introducing care management to Brazil's alcohol and substance use disorder population. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.40, n.3, 2018.
29. MORISKY, D. E., GREEN, L. W., LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*. v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.
30. REMONDI, F. A., CABRERA, M. A. S., SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cadernos de Saúde Pública*, v.30, n. 1, p. 126-36, 2014.
31. DI PIETRO, G., SILVA, R. M. R., SANTOS, J. C., SANTANA, T. S., REZENDE, B. A. M., SANTANA, A. P. A., OLIVEIRA, M. A., SANTOS, C. B., SANTOS, J. S., SOUZA, A. A., SANTOS, J. C. S., SILVA, R. C. R., SANTOS, L. K. L., SOUZA, N. J. P., LIMA, F. R. S., SOUZA, I. C. F., CEZAR, C. F., ALCANTARA, J. C., BARROS, R. G., SILVA, D. S., FREIRE, J. M., SANTOS, S. C., LIMA, C. M. Features and factors associated with drinking problems or illegal drugs use: a cross sectional cohort study with patients of a psychosocial care service. *Applied Clinical Research, Clinical Trials and Regulatory Affairs*, v. 3, n. 3, p. 192-200, 2016.
32. MONTEIRO, C. F. S., FÉ, L. C. M., MOREIRA, M. A. C., ALBUQUERQUE, I. E. M., SILVA, M. G., PASSAMANI, M. C. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.
33. JIN, J., SKLAR, G. E., OH, V. M. S., LI, S. C. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, v. 4, n. 1, p. 269-286, 2008.
34. MIASSO, A. I., MONTESCHI, M., GIACCHERO, K. G.. Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 1-9, 2009.
35. JESUS, E. S., AUGUSTO, M. A. O., GUSM, J., MION JÚNIOR, D., ORTEGA, K., PIERIN, A. M. G. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008.
36. PITTMAN, D. G., TAO, Z., CHEN, W., STETTIN, G. D. Antihypertensive medication adherence and subsequent healthcare utilization and costs. *American Journal of Management Care*, v. 16, n. 8, p. 568-76, 2010.
37. GREENHOUSE, W. J., MEYER, B., JOHNSON, S.L.. Coping and medication adherence in bipolar disorder. *Journal of Affect Disorder*, v. 59, n. 3, p. 237-241, 2000.
38. ALJUMAH, K., HASSALI, A.A., ALQHATANI, S. Examining the relationship between adherence and satisfaction with antidepressant treatment.

- Neuropsychiatr Disease
Treatment, v. 10, p. 1433-1438, 2014.
39. FERREIRA, A. C. Z., BORBA, L. O., CAPISTRANO, F. C., CZARNOBAY, J., MAFTUM, M. A. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 150-156, 2015.
40. BERRY, D. L., BLONQUIST, T. M., HONG, F., HALPENNY, B., PARTRIDGE, A. H. Self-reported adherence to oral cancer therapy: relationships with symptom distress, depression, and personal characteristics. *Patient Preference and Adherence*, v. 9, p. 1587-1592, 2015.
41. BEZERRA, I. C., MORAIS, J. B., PAULA, M. L., SILVA, T. M. R., JORGE, M. S. B. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *Saúde em Debate*. v. 40, n. 110, p. 148-161, 2016.
42. BRAGA, D. S., BORGES, K. D. M., IODES, A. M. F., FREITAS R. M. Estudo do uso racional medicamentos por usuários do centro de atenção psicossocial – CAPS VI. *Infarma*, v. 17, n. 7-9, p. 74-77. 2005.
43. SILVA, S. N., LIMA, M. G. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 2025-2036, 2017.