



**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2023;4(19):78-89**

Artigos Temáticos

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v4i19.520](https://doi.org/10.51723/hrj.v4i19.520)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 14/02/2022

Aceito: 11/04/2023

Polifarmácia psicotrópica e a medicalização da vida em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas no Distrito Federal

Psychotropic polypharmacy and the medicalization of life in a Psychosocial Care Center alcohol and other drugs in the Federal District

Sara Ângela da Silva¹ , Karina Aparecida Figueiredo² ,
Daiana Botelho Spindola³ 

¹ Farmacêutica, Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/DF.

² Assistente Social, Tutora do Programa Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/DF.

³ Farmacêutica, Preceptora do Programa Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/DF.

Correspondência: saraangelas19@gmail.com

RESUMO

Os medicamentos psicotrópicos surgiram como uma revolução para o tratamento dos transtornos mentais e foram vistos como essenciais para desinstitucionalização. Mas com a prescrição de diversos medicamentos, há a possibilidade de ocorrência de polifarmácia psicotrópica, que é o uso concomitante de 2 ou mais psicotrópicos. Na rotina, é possível observar um elevado número de prescrições, o que possibilita uma relação com a crítica à medicalização da vida e a medicamentação dos sofrimentos. O objetivo deste trabalho foi analisar a medicalização em psiquiatria e a presença de polifarmácia psicotrópica para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD). Este foi um estudo transversal, descritivo e quantitativo. O método foi a análise de dados coletados de prontuários de usuários de um CAPS AD III do Distrito Federal durante o ano de 2021. Os dados foram armazenados em planilha do Microsoft Excel® e analisados quantitativamente. A ocorrência de polifarmácia psicotrópica foi identificada em 100% da amostra analisada, com uso de 2 a 6 medicamentos por usuário. Ao todo, os participantes do estudo estavam em uso de 24 psicotrópicos diferentes, sendo que a maior prevalência foi de naltrexona. Também foram identificadas potenciais interações medicamentosas (PIM) em 90,9% da amostra. Assim, foi possível observar a importância de um acompanhamento psicossocial eficaz, para otimizar os resultados e a necessidade de acompanhamento farmacêutico, avaliar a eficácia terapêutica, realizar monitoramento e revisão da farmacoterapia.

Palavras-chave: Medicalização; Polimedicação; Psicotrópicos; Saúde mental.

ABSTRACT

Psychotropic drugs emerged as a revolution for the treatment of mental disorders and treated as essential for Psychiatric Reform. But from the prescription

of different drugs, there is the possibility of occurrence of psychotropic polypharmacy, which is the concomitant use of 2 or more psychotropic drugs. On clinical practice, it is possible to observe a high number of prescriptions, which allows an association with the criticism of the medicalization of life and the medicationization of suffering. The objective of this study was to analyze the association between medicalization in psychiatry and the presence of psychotropic polypharmacy for user of a Psychosocial Care Center with alcohol and other drugs (CAPS AD). It is a cross-sectional study and descriptive analysis. The method was analysis of data collected from medical records of users of a CAPS AD III in the Federal District during the year 2021. The data were launched in a Microsoft Excel® and analyzed quantitatively. The occurrence of psychotropic polypharmacy was identified in 100% of the analyzed sample, with the use of 2 to 6 medications per user. In all, the study participants were using 24 different psychotropic drugs, with the highest prevalence being naltrexone. Potential drug interactions (PIM) were also identified in 90.9% of the sample. Thus, it was possible to observe the importance of an effective psychosocial attendance, to optimize the results and a need for pharmaceutical attendance, to evaluate the therapeutic efficacy and to carry out monitoring and review of the pharmacotherapy.

Keywords: Medicalization; Polypharmacy; Psychotropic drugs; Mental health.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde mental é regulamentada pela Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que nasceu após anos de discussão da necessidade de uma saúde mental antimanicomial, baseada na reforma psiquiátrica de Franco Basaglia e Franco Rotelli¹. Para Basaglia, o objeto da reforma seria o sujeito e suas experiências, sua existência-sofrimento e suas relações com o corpo social. A intenção seria superar a necessidade de hospitais psiquiátricos, criando Centros de Saúde Mental substitutivos e independentes². Além disso, havia o foco na desinstitucionalização, não como sinônimo de desospitalização, mas sobre “as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e condições de vida; reconstruir saberes e práticas e estabelecer novas relações”³.

A lei 10.216/2001 sofreu alterações importantes do Projeto de Lei (PL) do qual se originou, a PL Paulo Delgado. Este PL visava uma atenção integral à saúde mental em serviços substitutivos. Mas, ainda assim, a Lei 10.216 é uma conquista e é conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira¹.

No Brasil, o principal serviço substitutivo existente, são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Portaria 3088/2011, os define como local de atenção psicossocial especializada, composto por equipe multiprofissional e que trabalha de forma interdisciplinar. As atividades realizadas nos CAPS são prioritariamente coletivas e articuladas com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ainda, divide os CAPS por modalidades, sendo CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i⁴.

Os primeiros medicamentos psicotrópicos surgiram após a Segunda Guerra Mundial. Foram considerados, por alguns, a solução definitiva para os chamados problemas psíquicos, a solução para que os pacientes não se tornassem crônicos. Alguns estudiosos afirmam que não seria possível superar os manicômios sem os psicofármacos^{5,6}.

O desenvolvimento dos psicofármacos baseia-se na teoria do desequilíbrio químico de neurotransmissores nos transtornos mentais¹⁴. Este desequilíbrio pode ocorrer por erros na produção, na liberação, na ação ou na recaptação. Neste caso, ocorrem fatores não-fisiológicos no organismo, ou seja, inicia-se as psicopatologias ou transtornos mentais. E, assim, os psicofármacos são desenvolvidos pensando em promover um reequilíbrio dos neurotransmissores, podendo agir por diferentes mecanismos de ações nas diversas fases da neurotransmissão^{5,7}.

Polifarmácia é comumente definida como o uso de 5 ou mais medicamentos por uma mesma pessoa. Este uso combinado pode ocorrer visando potencializar o tratamento de uma determinada enfermidade ou tratar diversas enfermidades no mesmo indivíduo. Apesar desta estratégia ser utilizada geralmente visando o benefício do usuário, esta se torna um problema de segurança de uso de medicamentos, sendo um dos principais motivos de causas de reação adversa a medicamentos (RAM) e potenciais interações medicamentosas (PIM)^{8,9,10,11}.

Considerando que na psiquiatria rotineiramente utiliza-se uma combinação de medicamentos, alguns

autores definem polifarmácia psicotrópica como o uso concomitante de 2 ou mais psicofármacos, podendo ser de mesma classe ou multiclasse^{12,13}.

A medicalização é definida como: fazer com que a vida individual e social seja invadida e reduzida pela medicina. Transformar experiências da vida que perturbam e comportamentos que não são aceitos, em objetos da área da saúde, é um fenômeno social que está intimamente ligado ao fato de medicar e a medicamentação, termos que são ligados ao controle médico sobre os corpos, a prescrições e medicamentos^{5,14,15}.

A medicalização ganha força no momento em que a indústria farmacêutica se consagra. Embora a medicalização não seja restrita à psiquiatria, é onde encontra maior força. Os medicamentos acabaram se tornando um objeto de desejo da sociedade, uma forma de não sofrer, não sentir. É inegável que a medicamentação promove controle social, poder médico e lucro^{5,16}. O DSM com seus inúmeros diagnósticos psiquiátricos, reforça a medicalização da vida. As subjetividades e singularidades raramente são respeitadas e angústias, dores e dificuldades são vistos como adoecedores, como prejudiciais ao bem-estar e, portanto, comorbidades psíquicas^{5,15,17}.

O objetivo principal foi analisar a relação da medicalização e medicamentação em psiquiatria, presença e frequência de polifarmácia psicotrópica para usuários de CAPS AD, avaliar, subjetivamente, a farmacoterapia prescrita em um CAPSAD e relacionar teoricamente os resultados obtidos e a medicalização em psiquiatria.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo, qualitativo e quantitativo. Foram coletados dados de prontuários de usuários de um CAPS AD no Distrito Federal.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados pela autora do estudo para coletar dados referentes ao perfil sociodemográfico, clínico e farmacoterapêutico dos usuários a partir de análise de prontuários. Os dados foram coletados durante o ano de 2021.

Os usuários incluídos no estudo foram aqueles que compareceram ao CAPS AD III entre janeiro de 2019 e setembro de 2021, que tinham perfil para CAPS AD, que tinham participado de atendimentos individuais e/ou em grupos quando agendados e que

tinham sido atendidos pela equipe de referência nas datas agendadas, quando agendadas.

Foram excluídos do estudo aqueles usuários que não compareceram ao CAPS após o acolhimento, mesmo tendo agendamentos, que tinham menos de 18 anos e que não atenderam aos critérios de inclusão.

A amostra foi realizada por conveniência, objetivando no máximo 100 participantes.

Considerando a disponibilidade da pesquisadora em comparecer ao local do estudo, foram realizadas 67 tentativas de contato. Os meios foram por conveniência, abordando usuários presentes no serviço no momento e por seleção aleatória de prontuários e tentativa de contato telefônico com os respectivos usuários.

Destas, foi possível obter permissão, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de 36 usuários, mas foram coletados dados de 33, pois os demais não tiveram seus prontuários encontrados nas datas possíveis da pesquisadora realizar a coleta.

Considerando a disponibilidade da autora do estudo, as condições para coleta de dados foram uma limitação do estudo, considerando que a quantidade de pacientes ativos no CAPS na data de realização do estudo era de 2564.

Os dados foram analisados de forma quantitativa, após armazenamento em planilha do Microsoft Excel[®]. Os resultados foram apresentados em médias e frequências relativas e absolutas.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) do Governo do Distrito Federal (GDF), de acordo com os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁸, observando e respeitando os preceitos éticos em todas as etapas da pesquisa e foi aprovado conforme parecer substanciado número 4.927.160.

As variáveis consideradas neste estudo foram sociodemográficas (idade, gênero, escolaridade e estado civil), clínica (informações a respeito do acompanhamento do usuário no serviço) e farmacoterapêutica (quantidade de medicamentos em uso; quais são os medicamentos em uso; a disponibilidade na rede pública de saúde – Sistema Único de Saúde (SUS); se houve alterações na prescrição e se o usuário fazia uso abusivo de psicotrópico).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERFIS SÓCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Os perfis sociodemográfico e clínico dos participantes do estudo podem ser observados na Tabela 1.

Entre os usuários que faziam uso abusivo de psicotrópicos, 2 eram de medicamentos prescritos e os outros 2, de medicamentos não prescritos.

Entre os participantes que não foram em consultas, atendimento do grupo de referência ou em outros atendimentos, 4 destes não compareceram porque não tiveram agendamentos.

Em um contexto geral, mulheres são a maioria da população com algum diagnóstico de transtorno

mental. Entretanto, se tratando de pessoas em acompanhamento por transtornos decorrentes do uso de SPAs, a maioria é de homens, o que corrobora com a amostra desse estudo realizado em um CAPS AD, que teve 84,85% dos participantes do sexo masculino^{19,20,21}.

Ainda em relação ao gênero, o estudo diverge de outros realizados sobre polifarmácia psicotrópica. Em um estudo realizado em Lima, no Peru, em 2018, em uma instituição de saúde mental, a amostra foi de maioria masculina, embora com uma diferença menor em comparação ao presente estudo. Foram 53,5% homens e 46,5% mulheres²². Um estudo realizado na Atenção Primária em Saúde (APS) em um município do Ceará, teve 70,65% da amostra feminina e 29,35% masculina²³.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e aspectos clínicos dos participantes do estudo, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III no Distrito Federal, em dados coletados em 2021.

Características		Média (Máx; Mín)	Freq. Absolutas (Freq. Relativas)
Idade		41,3 (53; 20)	—
Sexo	Masculino	—	28 (84,85%)
	Feminino	—	5 (15,15%)
Escolaridade	Analfabeto	—	1 (3%)
	Alfabetizada	—	1 (3%)
	Ensino fundamental (completo e incompleto)	—	10 (30,3%)
	Ensino médio (completo e incompleto)	—	17 (51,6%)
	Ensino superior (completo e incompleto)	—	4 (12,1%)
Estado civil	Amasiado	—	4 (12,1%)
	Casado	—	8 (24,2%)
	Divorciado/Separado	—	5 (15,2%)
	Solteiro	—	16 (48,5%)
Quantidade de SPAs problema	1 SPA	—	18 (54,6%)
	2 SPAs	—	11 (33,3%)
	3 SPAs	—	1 (3%)
	4 SPAs	—	2 (6,1%)
	5 SPAs	—	1 (3%)
SPA	Álcool	—	30 (90,91%)
	Cocaína	—	7 (21,2%)
	Crack	—	8 (24,2%)
	Cannabis	—	6 (18,2%)
	Psicotrópicos	—	4 (12,1%)
	Voláteis	—	1 (3%)

Legenda: SPA – substância psicoativa; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; Máx – máximo; Mín – mínimo; Freq – frequência.

Continua na próxima página.

Características		Média (Máx; Mín)	Freq. Absolutas (Freq. Relativas)
Tempo que é acompanhado no CAPS (em anos)		2,06 (5,58; 0,25)	—
Comparece à consulta médica		—	31 (93,94%)
Comparece ao Grupo de referência		—	27 (81,82%)
Comparece a outros atendimentos		—	30 (90,91%)
Já ficou no acolhimento integral		—	14 (42,42%)
Especialidade	Clínica médica	—	2 (6,1%)
	Psiquiatra	—	31 (93,94%)
Médico	M1	—	12 (36,4%)
	M2	—	7 (21,2%)
	M3	—	12 (36,4%)
	M4	—	1 (3%)
	Fora do CAPS	—	1 (3%)

Legenda: SPA – substância psicoativa; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; Máx – máximo; Mín – mínimo; Freq – frequência.

Fonte: Autora do estudo.

Em outro estudo realizado em 2020, por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Projeto PESSOAS, a amostra foi 51,6% feminina²⁴.

Quanto à idade, a média da população deste estudo foi 41,3 anos. No estudo realizado em Lima, a idade média da amostra foi bem semelhante (42,1 anos)²². Os demais estudos utilizados para fins de comparação realizaram análise da idade verificando a faixa etária em que a maioria se encontrava. No estudo realizado na APS no Ceará, a maioria dos participantes (56,49%) tinha 48,9 anos ou menos²³. No estudo realizado por pesquisadores da UFMG, 54,6% dos participantes tinham 40 anos de idade ou mais²⁴, resultado bem semelhante ao do presente estudo, em que 57,57% dos participantes têm 40 anos de idade ou mais.

Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes deste estudo (51,6%) finalizou ou pelo menos iniciou o ensino médio, o que diverge dos estudos em comparação, em que a maior parte estudou somente o ensino fundamental^{23,24}.

Em relação ao estado civil, o estudo se assemelha ao realizado pela UFMG, em que 67,2% dos participantes eram solteiros(as), divorciados(as) ou viúvos(as)²⁴. O presente estudo teve a maioria dos participantes (48,5%) solteira.

Uma semelhança deste estudo com o estudo realizado no Ceará é a especialidade médica que atende a maioria dos participantes. Neste, 93,94% foram acom-

panhados por psiquiatra e no estudo do Ceará, foram 58,4%. Uma diferença a ser apontada é que no Ceará, além das especialidades Clínica Médica e Psiquiatria, também apareceu Neurologia²³.

PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO E POLIFARMÁCIA

A quantidade de medicamentos em uso pelos participantes da pesquisa foi de 2 a 6 medicamentos por usuário (Gráfico 1). É importante levar em consideração que, por ser uma pesquisa realizada em prontuários, só foram considerados medicamentos prescritos no CAPS, não levando em conta outros medicamentos que os usuários podiam estar usando.

Assim, 100% dos participantes do estudo estavam em uso de polifarmácia psicotrópica. Se considerarmos somente a definição de polifarmácia, somente 7 participantes (21,21%) se enquadravam neste grupo.

Com maior frequência na população idosa e/ou com diversas comorbidades, a polifarmácia tem se mostrado um problema de saúde pública importante. O aumento da quantidade de medicamentos prescritos para a mesma pessoa ocorre devido ao aumento da disponibilidade de oferta pela indústria farmacêutica, pelo aumento das comorbidades e, ainda, para minimizar efeitos colaterais de outros medicamentos. É importante levar em conta que as definições

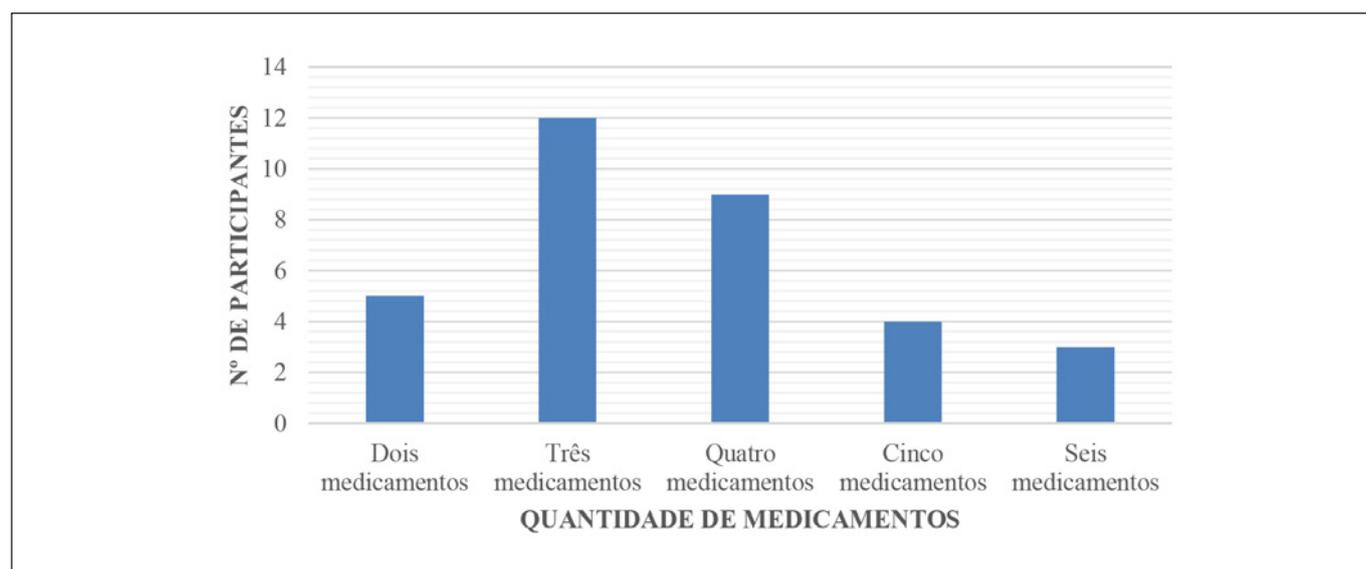


Gráfico 1 – Quantidade de medicamentos em uso pelos participantes do estudo, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III no Distrito Federal, em dados coletados em 2021.

Legenda: nº – número.

Fonte: Autora do estudo.

de polifarmácia existentes consideram apenas o fator quantitativo^{12,25,26,27}.

Na psiquiatria, é comum que ocorra a polifarmácia psicotrópica. Isso pode ser devido à associação de transtornos mentais, ao fato de o usuário ser refratário à monoterapia farmacológica ou, ainda, para minimizar efeitos colaterais. A última hipótese ocorre, por exemplo, com o uso associado de antipsicótico e anticolinérgico, que apareceu em 12,12% dos casos deste estudo^{12,24,26}.

Assim como no estudo realizado por Costa et al. publicado em 2017, neste estudo, a polifarmácia psicotrópica foi uma ocorrência comum²⁴. Aqui, 100% dos prontuários analisados apresentaram o evento de interesse. No estudo de Costa et al., a ocorrência foi em 85,3% da amostra²⁴. No estudo realizado em Lima, o evento de interesse apareceu em 84,4% dos participantes do estudo²². Já no estudo realizado na APS, no Ceará, houve presença de polifarmácia psicotrópica em 44,71% da amostra²³. É possível identificar que o único estudo em que mais da metade não apresentou polifarmácia psicotrópica foi o estudo não realizado em ambiente exclusivo para o atendimento em saúde mental²³.

A maior parte dos participantes deste estudo estava em uso de 3 medicamentos (36,36%), sendo que a maioria estava em uso de 2 ou 3 (51,51%), com média de 3,66 medicamentos por paciente. No estudo

de Correia (2019), 55,29% dos usuários estavam em uso de somente 1 medicamento²³. No estudo realizado em Lima por Portocarrero, a média de psicofármacos em uso pelos participantes foi de 3 medicamentos, mas não foram apresentadas as frequências absoluta e relativa de uso²².

Os medicamentos em uso pelos participantes e sua classe farmacológica estão descritos na Tabela 2. De todos medicamentos listados, 7 apareceram em 2 dosagens diferentes, sendo que, destes, 2 apareceram em formas farmacêuticas diversas (comprimido/cápsula e solução oral).

Entre os participantes do estudo, 22 deles (66,7%) só têm prescrição de medicamentos que são disponibilizados para a rede de APS e/ou são disponibilizados na farmácia do próprio CAPS. Quanto aos demais, 6 participantes (18,18%) têm prescritos medicamentos que são disponibilizados pelo componente especializado de assistência farmacêutica (CEAF) e 7 pessoas (21,21%) têm prescrição de medicamentos que não são disponibilizados em nenhum nível de atenção do SUS no DF.

Os medicamentos mais prescritos neste estudo foram naltrexona por 81,82% dos usuários, seguida por ácido valproico (36,36%). Em seguida, fluoxetina e fevomepromazina por 30,3% dos participantes cada e carbamazepina e lítio, por 21,21% cada. Quando a análise foi feita em relação à classe farmacológica, a classe

Tabela 2 – Classe farmacológica, frequência e nome dos medicamentos em uso pelos participantes do estudo, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III no Distrito Federal, em dados coletados em 2021.

Medicamento	Freq. Absoluta (Freq. Relativa)	Classe farmacológica
Ácido Valproico (500 e 250mg)	12 (36,36%)	Anticonvulsivante/ Estabilizador de humor
Biperideno (2mg)	4 (12,12%)	Anticolinérgico/ Antiparkinsoniano
Carbamazepina (200mg)	7 (21,21%)	Anticonvulsivante/ Estabilizador de humor
Clomipramina (25mg)	3 (9,1%)	Antidepressivo tricíclico
Clonazepam (2mg e 2,5mg/mL)	5 (15,15%)	Benzodiazepínico
Clorpromazina (100mg)	1 (3,03%)	Antipsicótico típico
Desvenlafaxina (50mg)	1 (3,03%)	Inibidor seletivo da recaptação de serotonina e noradrenalina
Diazepam (5mg)	4 (12,12%)	Benzodiazepínico
Duloxetina (50mg)	1 (3,03%)	Inibidor seletivo da recaptação de serotonina e noradrenalina
Escitalopram (10 e 15mg)	2 (6,06%)	Inibidor seletivo da recaptação de serotonina
Fluoxetina (20mg)	10 (30,3%)	Inibidor seletivo da recaptação de serotonina
Haloperidol (1 e 5mg)	6 (18,18%)	Antipsicótico típico
Haloperidoldecanoato (70,52mg/mL)	3 (9,1%)	Antipsicótico típico
Imipramina (25mg)	6 (18,18%)	Antidepressivo tricíclico
Lamotrigina (100mg)	1 (3,03%)	Anticonvulsivante/ Estabilizador de humor
Levomepromazina (100mg e 40mg/mL)	10 (30,3%)	Antipsicótico típico
Lítio (300mg)	7 (21,21%)	Estabilizador de humor
Metilfenidato (10mg)	1 (3,03%)	Estimulante do sistema nervoso central
Naltrexona (50mg)	27 (81,82%)	Antagonista opioide
Olanzapina (10mg)	2 (6,06%)	Antipsicótico atípico
Oxcarbazepina (300 e 600mg)	3 (9,1%)	Anticonvulsivante/ Estabilizador de humor
Paroxetina (20mg)	1 (3,03%)	Inibidor seletivo da recaptação de serotonina
Quetiapina (100 e 25mg)	2 (6,06%)	Antipsicótico atípico
Topiramato (50mg)	1 (3,03%)	Anticonvulsivante/ Estabilizador de humor

Legenda: Freq – Frequência.

Fonte: Autora do estudo.

mais utilizada foi a dos anticonvulsivantes utilizados como estabilizador de humor + lítio, sendo 93,94% ao todo. Em seguida fica o antagonista opioide naltrexona, com 81,82% e antipsicóticos (típicos e atípicos) e antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), tricíclicos (ADT) e inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN)) tiveram frequência de 72,72% dos casos cada.

No estudo realizado na APS no Ceará, os medicamentos que apareceram com mais frequência coin-

cidiram com este estudo a fluoxetina (11,95%), terceira que mais apareceu e a carbamazepina (6,80%), quinta que mais apareceu²³. No estudo realizado por pesquisadores da UFMG, somente a carbamazepina (7,3%) coincidiu entre os mais prevalentes, sendo o quinto²⁴. No estudo realizado em Lima, não houve prevalência coincidente²².

A principal divergência em relação a outros estudos foi a naltrexona, que não aparece nos demais. A naltrexona é um antagonista opioide, que age se li-

gando aos receptores opioides, causando inibição, o que leva a uma redução do prazer causado pelo álcool. Consequentemente, a vontade de realizar o consumo de álcool é reduzida. Na Relação de Medicamentos do DF (REME-DF), este medicamento é disponibilizado para CAPS AD III, pois é padronizado exclusivamente para usuários adictos. Entretanto, não é um medicamento presente na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), o que explica não estar disponível no restante do país^{28,29,30}.

Considerando a disponibilidade do medicamento, de acordo com a REME-DF, este acaba se tornando um fator que pode influenciar no aumento da polifarmácia ou na não adesão ao tratamento medicamentoso nos participantes deste estudo. O fato de um medicamento não estar disponível na rede pública de saúde para a APS, pode levar a prescrição de mais um medicamento para suprir as expectativas clínicas e facilitar o acesso. Isso ocorreria, por exemplo, no caso da prescrição de antipsicóticos atípicos, que só estão disponíveis no SUS através do CEAF, mas, muitas vezes, o usuário não possui os requisitos para acessar o serviço. Já a influência na adesão, 33,33% dos participantes possuem prescrição de medicamentos que não estão disponibilizados no componente básico, o que dificulta o acesso. Neste estudo, 18,18% dos participantes têm prescritos medicamentos constantes no CEAF, mas não foi possível verificar se o usuário está acessando²⁹.

Utilizando a base de dados *Drugs.com*[®], foram identificadas PIM em 30 dos participantes, o que equivale a 90,9%, variando de 1 a 8 PIMs na mesma pessoa, como pode ser visualizado no Gráfico 2. Em 4 usuários (12,12%), foram identificadas PIM desejadas entre um antipsicótico e um anticolinérgico. Em 9 participantes (27,27%), foram identificadas PIM importantes/graves e nos 30, foram identificadas PIM moderadas³¹.

A polifarmácia se mostra necessária em algumas situações, como no caso de multicomorbidades. Na psiquiatria, uma associação comum de medicamentos é de antipsicótico típico com um anticolinérgico. Devido aos possíveis efeitos colaterais extrapiramidais (ECE) causados pelo antipsicótico, o anticolinérgico foi inserido na terapia medicamentosa como uma tentativa de minimizá-los. Esse uso combinado já foi classificado como polifarmácia psicotrópica, o que foi considerado uma PIM, embora desejada^{12,28}.

Em relação a PIM, neste estudo foram identificadas graves e moderadas em 90,9% dos casos. Em um estudo realizado por Pereira Junior, na APS em Diamantina em 2018, 72,79% dos participantes da pesquisa faziam uso de até 4 medicamentos e 59,57% destes tiveram pelo menos uma PIM identificada. Quando a quantidade de medicamentos em uso era de 5 ou mais, a ocorrência de PIM passou a ser de 85,37%. Assim, esse dado corrobora com a informação

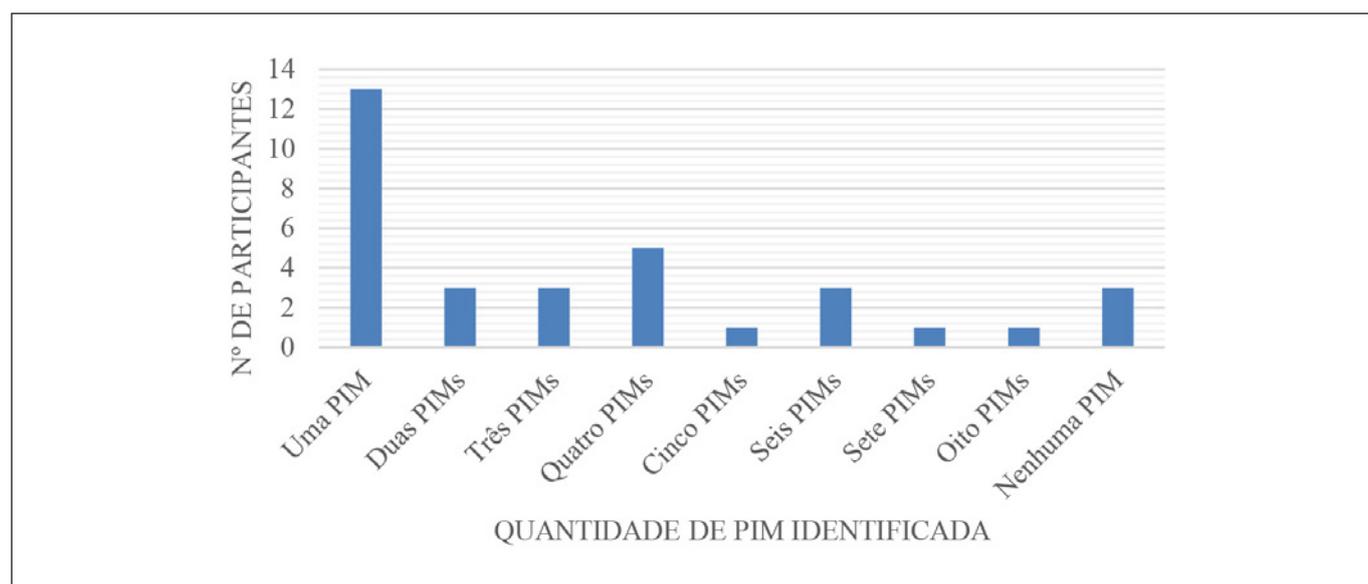


Gráfico 2 – Quantidade de PIM identificadas entre os participantes do estudo, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas III no Distrito Federal, em dados coletados em 2021.

Legenda: N° – número; PIM – possível interação medicamentosa.

Fonte: Autora do Estudo.

da literatura de que polifarmácia é fator para ocorrência de PIM e quanto maior a quantidade de medicamentos em uso, maior a chance de ocorrer³².

MEDICALIZAÇÃO E OTIMIZAÇÃO DA FARMACOTERAPIA

Considerando que este estudo foi realizado em um serviço de saúde mental substitutivo ao modelo hospitalocêntrico e institucionalizante, durante a experiência prática foi possível perceber que há uma demanda muito grande por atendimento médico pelos usuários do serviço. Outro ponto que pode ser observado, é que todos os usuários que passam por atendimento médico, recebem uma prescrição farmacológica. Com isso, é possível fazer um paralelo com a implementação do guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Brasil. No Canadá, O GAM previa uma redução do uso de medicação ou até mesmo interromper o uso. Já no Brasil, essa não era e não é uma demanda dos usuários dos serviços de saúde mental, que veem o uso de medicamentos e o acesso como um direito fundamental³³.

Ainda pensando na GAM, percebe-se que no Brasil o uso de psicofármacos é um desejo do usuário e acaba se tornando, em algumas vezes, a única forma de abordagem oferecida ao usuário³³. Essa medicalização é um reflexo da medicalização da vida, que é realizada, principalmente, no âmbito da psiquiatria. Ao longo dos anos, diversos problemas que envolvem características pessoais das vivências individuais, que eram tratadas como questões complexas e singulares, passaram a ser vistas como objeto de interesse da psiquiatria. Sofrimentos com justificativas e/ou com diversos fatores envolvidos passaram a ter algum diagnóstico. Um reflexo dessa medicalização da existência é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que está em sua 5ª edição e apresenta um aumento significativo da quantidade de diagnósticos desde sua 1ª edição, em 1952^{5,6}.

Em experiência prática no período de março a setembro de 2020, foi possível perceber que o local de estudo possui um fluxo muito grande de demanda para a farmácia dispensadora do local. No período do estudo, contava com 2 farmacêuticos efetivos, com 60 horas semanais no total. O trabalho incluiu questões burocráticas, legais, administrativas e assistenciais.

A medicalização que ocorre na saúde mental causa incômodo ao pensar na desinstitu-

cionalização. A contenção química que pode ser causada por psicotrópicos acaba indo de encontro à liberdade almejada na reforma psiquiátrica. Entretanto, por diversas vezes, a intervenção psicossocial se apresenta insuficiente. Esse fato ocorre principalmente pela precariedade da RAPS no DF, o que ocasiona uma demanda excessiva aos CAPS existentes. Isto pode levar a sobrecarga e adoecimentos dos servidores, que reflete em afastamento do serviço e maior dificuldade em manter o acompanhamento psicossocial^{5,6}.

Mas com a existência do uso exacerbado de medicamentos, é importante pensar em uma otimização da farmacoterapia, que pode ser realizada por meio dos serviços farmacêuticos. O Conselho Federal de Farmácia (CFF) possui um arcabouço teórico em que define os serviços farmacêuticos a serem prestados no âmbito da farmácia clínica, visando o bem-estar do usuário do serviço. Entre as atividades que podem ser realizadas no âmbito da saúde mental e delimitada ao ambiente de um CAPS AD III, vemos a dispensação, a educação em saúde, a monitorização terapêutica de medicamentos, a conciliação de medicamentos, a revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e o acompanhamento farmacoterapêutico. Este último é um serviço longitudinal e pode abranger todos os demais³⁴.

A dispensação envolve uma análise técnica da prescrição, orientação adequada do uso correto do medicamento bem como os hábitos que podem interferir na sua eficácia e o armazenamento correto. No momento da dispensação, podem ser identificadas condições que levem a outros serviços e intervenções. A informação do uso de outros medicamentos, por exemplo, pode levar à conciliação medicamentosa, que é algo importante de ser realizado quando o usuário realiza tratamento de saúde para mais de uma comorbidade. Nesses casos, o farmacêutico acaba se tornando um elo de ligação entre as prescrições do usuário, sendo o responsável por identificar uma possível duplicidade nas prescrições e, ainda, realizar intervenções nesse sentido, inclusive uma revisão da farmacoterapia³⁴.

A monitorização terapêutica dos medicamentos e a revisão da farmacoterapia, inclusive, são essenciais para a otimização da farmacoterapia, já que avalia eficácia dos medicamentos em uso, monitora níveis séricos de medicamentos que podem ser tó-

xicos ou de padrões bioquímicos, auxilia na minimização de problemas relacionados ao medicamento (PRM) e auxilia na adesão. No caso de psicotrópicos, quando o medicamento já está em uso, a adesão é essencial para evitar sintomas de abstinência ou efeitos colaterais graves causados pela interrupção abrupta. Essas informações fornecidas ao usuário podem ser incluídas na educação em saúde, essencial em todas as áreas^{29,34}.

A educação em saúde em conjunto com a gestão da condição de saúde pode ser uma combinação ideal na implantação de um grupo GAM, que seria essencial para que os usuários realizem uma análise crítica das suas prescrições, os possíveis efeitos colaterais e RAM e avaliem, auxiliados por profissionais capacitados, como eles veem o uso dos medicamentos no seu estilo de vida e na sua condição de saúde. A autonomia preconizada pela clínica ampliada é parte essencial da GAM, que prevê que o sujeito seja o protagonista de seu cuidado. Assim, a clínica ampliada, a GAM e a reforma psiquiátrica se alinham ao pensar em um sujeito ativo em seu tratamento e acompanhamento, priorizando a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade^{33,34,35}.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, *Lei 10.2016 de 6 de abril de 2001*. [Internet]. Brasília, DF; 2001 [acesso em 2021 fev 01]. Disponível em: <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>
2. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 124 p.
3. Rotelli F. *Desinstitucionalização*. São Paulo. Hucitec, 1990.
4. Ministério da Saúde (BR), *Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Brasília, DF; Diário Oficial da União; 2011.
5. Freitas F, Amarante P. *Medicalização em Psiquiatria*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.148 p.
6. Whitaker R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. 421 p.
7. Rang HP, Dale MM. *Farmacologia*. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda; 2020.808 p.
8. Marcolin MA, Cantarelli MG, Garcia M Junior. Interações farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas. *Rev Psiq Clin*. 2004;31:70-81.

CONCLUSÃO

Este estudo esteve de acordo com a hipótese apresentada, pois foi possível identificar polifarmácia psicotrópica em 100% da amostra do estudo. Sendo o principal fator de risco para ocorrência de PIM, este evento teve uma alta frequência, aparecendo em 90,9%. A identificação de polifarmácia psicotrópica em quantidade absoluta da amostra e a identificação de uma grande quantidade de PIM mostram a necessidade de um acompanhamento farmacoterapêutico adequado para os usuários. Mas, principalmente, faz refletir se o acompanhamento psicossocial é efetivo ou se apoia nos medicamentos e na medicalização da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos colegas da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto turma 2020. Agradeço ao CAPS AD III Ceilândia por possibilitar a realização deste trabalho na instituição. Agradeço à Secretária de Saúde do Distrito Federal por conceder bolsas aos programas de Residência em Saúde.

9. Viola R, Csukonyi K, Doró P, Janka Z, Soós G. Reasons for polypharmacy among psychiatric patients. *Pharm World Sci* 2004; 26:143-7.
10. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. Appropriate polypharmacy and medicine safety: when many is not too many. *Drug Saf.* 2016;39(2):109-16.
11. Herr M, Grondin H, Sanchez S, Armaingaud D, Blochet C, Vial A, et al. Polypharmacy and potentially inappropriate medications: a cross-sectional analysis among 451 nursing homes in France. *Eur J Clin Pharmacol.* 2017;73(5):601-8. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00228-016-2193-z>
12. KukrejaSanjay MBBS et al. Polypharmacy In Psychiatry: A Rewiew. *Mens Sana Monographs*, v. 11, n. 1, 2013 [cited in 2019 Aug 09]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653237/>
13. National Association of State Mental Health Program Directors (US). *Technical report on psychiatric polypharmacy*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors; 2001 [cited in 2022 Jan 30]. Available from: <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Polypharmacy.pdf>
14. Guarido R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.
15. Bezerra IC. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.
16. Azevedo LJC. Considerações sobre a medicalização: uma perspectiva cultural contemporânea, *CES Psicologia*, v. 11, n. 2, p. 1-12, 2018.
17. Carvalho SR, et al. Medicalização: uma crítica (im) pertinente?, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, 2015.
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). *Resolução nº466*, de 12 de dezembro de 2021. Diário Oficial da União; 2013.
19. Viana MC, Andrade LH. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34:249-60.
20. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382:1575-86.
21. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, Waltoft BL, Agerbo E, Mcgrath JJ, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:573-81.
22. Portocarrero SS. *Polifarmacia Psiquiátrica em los Usuarios Adultos con Esquizofrenia que Reciben Atención Ambulatoria em el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”*. Dissertação (mestrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Peru, 2018.
23. Correia GAR. *A Polifarmácia de Medicamentos Psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde do município de Maracanaú/165f.* : Il. color. Dissertação (mestrado) Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2019.

24. Costa JO, Ceccato MGB, Melo APS, Acurcio FA, Guimarães MDC. Gender differences and psychotropic polypharmacy in psychiatric patients in Brazil: a cross-sectional analysis of the PESSOAS Project, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 4, p. 1-13, 2017 [cited in: 2021 Nov 18]. Available from: http://www.scielo.br/article_plus.php?pid=S0102-311X2017000405001&tIng=en&lng=en
25. Molokhia M, Majeed A. Current and future perspectives on the management of polypharmacy. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):1-10. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0642-0>
26. World Health Organization. *Medication Safety in Polypharmacy: Technical Report* [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited in 2020 Oct 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/medication-safety-in-polypharmacy-technical-report>
27. Khezrian M, Mcneil CJ, Murray AD, Myint PK. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Ther Adv Drug Saf*. 2020;11:1-10. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2042098620933741>
28. Katzung BG, Trevor AJ. *Farmacologia básica e clínica*. [Tradução de Ademar Valadares Fonseca... et al.; revisão técnica: Almir Lourenço da Fonseca]. 13. ed. Porto Alegre Editora Lange. 2017. p. 626-627, 680-681, 689-690, 955, 1071-1076, 1080, 1118-1131.
29. Secretária de Saúde do Distrito Federal (BR). *Relação de Medicamentos do Distrito Federal (REME-DF)*, [Internet], 1. ed. Brasília, 2021 [acesso em 2021 jul 05]. Disponível em: www.saude.df.gov.br/reme-df/.
30. Ministério da Saúde (BR). *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022* [Internet] / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 181 p.
31. Drugs.com [Internet]. *Interactions Checker*; c1996-2022 [update: 2021 Dec 29; cited: 2021 Dec 29]. Available from: https://www.drugs.com/drug_interactions.html
32. Pereira Junior AC. *Interações medicamentosas, transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde: reflexo na qualidade de vida*. 2019. 148p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.
33. Campos RTO, Passos E, Palombini A, et al. *Gestão Autônoma Da Medicação. Guia de Apoio a Moderadores*. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. [acesso em 2022 jan 30]. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>
34. Conselho Federal de Farmácia (BR). *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual* / Conselho Federal de Farmácia. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016.
35. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

