

SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.
11(4):224-33
out.-dez. 2015
DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v11i4p224-233

Artigo Original

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COM TRANSTORNOS DE HUMOR E ESQUIZOFRENIA¹

Ana Carolina Zago²
Elaine Tomasi³
Carolina Carbonell Demori⁴

Objetivou-se identificar a prevalência e fatores associados à não adesão a medicamentos psicofármacos entre usuários dos Centros de Atenção Psicossocial. Trata-se de estudo transversal, aninhado a uma coorte prospectiva com 563 usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Pelotas. Foram realizadas entrevistas domiciliares e aplicados dois questionários. A prevalência da falta de adesão foi de 32%, sem diferença significativa de acordo com gênero, renda, tempo de doença, diagnóstico e tipo de medicamento. Indivíduos jovens, com maior escolaridade, com companheiro, com menor frequência aos Centros de Atenção Psicossocial e com efeitos adversos, foram menos aderentes ao tratamento. A falta de adesão dos participantes está principalmente relacionada aos efeitos adversos. As políticas de saúde precisam dedicar-se ao enfrentamento desse problema, propondo novas estratégias de adesão aos tratamentos.

Descritores: Adesão à Medicação; Esquizofrenia; Transtornos do Humor.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários dos CAPS em Pelotas, RS, com transtornos de humor e esquizofrenia", apresentada à Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

² MSc, Professor Adjunto, Universidade da Região da Campanha, Bagé, RS, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

⁴ Doutoranda, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. Professor Adjunto, Universidade da Região da Campanha, Bagé, RS, Brasil.

Correspondência

Carolina Carbonell Demori
Universidade da Região da Campanha
Av. Tupy Silveira, 2099 Centro
CEP: 96400-110, Bagé, RS, Brasil
E-mail: carolinaufsm@hotmail.com

ADHERENCE TO DRUG TREATMENT REGARDING THE USERS OF PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTERS WITH MOOD DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA

The objective was to identify the prevalence and factors associated with non-adherence to psychiatric medication among users of Psychosocial Attention Centers. Dealing with a cross-sectional study, sheltering a prospective cohort of 563 users of Psychosocial Attention Centers in Pelotas. Household interviews were conducted and two questionnaires were applied. The prevalence of lack of accession was 32%, without significant differences according to gender, income, time of illness, diagnosis and type of medicine. Young individuals with higher education, with a partner, less frequent at the Psychosocial Attention Centers and with adverse effects, were least adherent to treatment. The lack of adhesion of the participants is mainly related to the adverse effects. Health policies need to focus on addressing this issue, proposing new strategies of adherence to treatments.

Descriptors: Cumplimiento de la Medicación; Esquizofrenia; Trastornos del Humor.

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO DE LOS USUARIOS DE CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL CON TRASTORNOS DE HUMOR Y ESQUIZOFRENIA

La finalidad fue identificar la prevalencia y factores asociados a la no adhesión a medicamentos psicofármacos entre usuarios de los Centros de Atención Psicosocial. Se trata de estudio trasversal, anidado a una cohorte prospectiva con 563 usuarios de los Centros de Atención Psicosocial de Pelotas. Fueron desarrolladas entrevistas domiciliarias y aplicados dos cuestionarios. La prevalencia de la falta de adhesión fue del 32%, sin diferencia significativa según el género, renta, tiempo de enfermedad, diagnóstico y tipo de medicamento. Individuos jóvenes, con mayor escolaridad, con compañero, con menor frecuencia a los Centros de Atención Psicosocial y con efectos adversos fueron menos adherentes al tratamiento. La falta de adhesión de los participantes está principalmente relacionada a los efectos adversos. Las políticas de salud necesitan dedicarse al enfrentamiento de ese problema, proponiendo nuevas estrategias de adhesión a los tratamientos.

Descritores: Medication Adherence; Schizophrenia; Mood Disorders.

Introdução

A atenção psiquiátrica vem passando por profundas mudanças em muitos países, inclusive no Brasil. Essas mudanças culminaram, em 2001, com a promulgação da Lei nº10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica e a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos no país. A lei estabelece que pessoas portadoras

de transtornos mentais devam ser tratadas preferencialmente em serviços comunitários⁽¹⁾, ou seja, diferentes serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico articulados entre si, de modo a constituir um conjunto de referências com capacidade para absorver e acolher os indivíduos em sofrimento psíquico.

Os cuidados prestados nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS incluem, além

dos atendimentos individuais e de grupo e das oficinas terapêuticas, a dispensação de medicamentos de forma gratuita aos seus usuários⁽²⁾. Por isso, faz-se necessário que haja adesão do paciente ao regime medicamentoso prescrito, de forma a assegurar maior eficácia da terapêutica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), adesão ao tratamento refere-se à extensão com que os pacientes aceitam e seguem as recomendações de médicos ou de outros profissionais de saúde em relação ao uso de uma determinada terapêutica⁽³⁾. Em média, a não adesão em transtornos psiquiátricos situa-se em torno de 50%⁽⁴⁾. Entre as patologias psiquiátricas atendidas nos CAPS estão os transtornos do humor e a esquizofrenia. Os transtornos de humor englobam episódios maníacos, episódios depressivos, transtorno afetivo bipolar, diversos tipos de depressão e outros transtornos afetivos⁽⁵⁾. São doenças altamente prevalentes, tratadas preferencialmente com antidepressivos e estabilizadores do humor. A esquizofrenia é um transtorno de evolução crônica que requer tratamento prolongado com o uso de antipsicóticos. A adesão é fundamental para o sucesso do tratamento, visto que há uma associação entre a não adesão e recidivas, rehospitalização e persistência de sintomas psicóticos⁽⁶⁾.

Em relação aos fármacos utilizados no tratamento dessas doenças, percebe-se que esses provocam inúmeros efeitos colaterais, que vão desde sintomas autonômicos – boca seca, retenção urinária e hipotensão postural - até sintomas no sistema nervoso central - sedação ou insônia, aumento ou diminuição de apetite, tonturas, agitação, irritabilidade, diminuição do raciocínio, diminuição dos reflexos, tremores, entre outros⁽²⁾. Estudos prévios, realizados em diversos países, apontam como fatores associados à falta de adesão em transtornos do humor e esquizofrenia: efeitos adversos dos medicamentos⁽⁷⁻⁸⁾, idade jovem^(4,7), baixa renda⁽⁹⁾, esquecimento^(4,7), achar que a medicação é desnecessária⁽⁷⁾ e não querer tomar a medicação prescrita⁽⁷⁾.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo identificar a prevalência e fatores associados à não adesão a medicamentos psicofármacos entre usuários dos Centros de Atenção Psicossocial,

em Pelotas, RS, com transtornos de humor e com esquizofrenia.

Materiais e métodos

Este estudo teve delineamento transversal aninhado a uma coorte prospectiva. Os indivíduos foram identificados e incluídos na coorte a partir dos prontuários dos sete CAPS do município, dos quais se obteve o endereço da residência. O segundo acompanhamento, de onde os dados do presente artigo se originaram, ocorreu de maio a agosto de 2007. Foram realizadas entrevistas domiciliares por uma equipe de acadêmicos de Psicologia e de Serviço Social (UCPEL) e de Enfermagem (UFPEL), selecionados e capacitados, após estudo piloto. Foram incluídos neste estudo todos os usuários dos sete CAPS de Pelotas encontrados no segundo acompanhamento com diagnóstico de esquizofrenia (CID-10 de F20.0 a F29.9) e de transtornos de humor (CID-10 de F30.0 a F39.9). Neste estudo, todos os dados foram coletados diretamente com os portadores dessas patologias. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os usuários responderam dois questionários. O primeiro continha informações gerais sobre os usuários e respectivos tratamentos e o segundo continha informações específicas sobre cada medicamento psicofármaco utilizado. Para cada um desses instrumentos foi elaborado um manual de instruções com o objetivo de padronizar a coleta de dados.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (Protocolo 20.051, de 14 de dezembro de 2005).

O teste de Morisky⁽¹⁰⁾ foi utilizado para aferir a falta de adesão, dividida em intencional e não intencional. Para a primeira, perguntou-se: 1) *Quando você se sente bem, algumas vezes você deixa de tomar seu remédio?* 2) *Quando você se sente mal com o remédio, às vezes deixa de tomá-lo?* Para a falta de adesão não intencional, perguntou-se: 1) *Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio?* 2) *Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?* A variável dependente final foi “falta de adesão ao tratamento”, desconsiderando-

se a intenção. As variáveis independentes estudadas foram sexo, idade, escolaridade, renda *per capita*, viver com companheiro, tempo de diagnóstico, tipo de transtorno, tempo de CAPS, tipo de medicamento utilizado, acesso a medicamentos, relato de efeitos adversos e número de efeitos adversos. Além disso, foram obtidas informações sobre a necessidade de uso diário do medicamento, e se deixou de usar nos 15 dias anteriores à entrevista e os motivos para isso.

O diagnóstico (CID-10), o tempo de frequência ao CAPS e a modalidade de atendimento – intensivo, semi-intensivo e não intensivo - foram obtidos dos prontuários e as informações sobre internações hospitalares foram coletadas com os familiares. As demais informações utilizadas nessas análises foram fornecidas diretamente pelos usuários dos CAPS. Após codificação, tabulação e revisão, duas digitações independentes dos instrumentos foram realizadas no programa Epi Info 6.04, cuja estrutura foi preparada para verificação de amplitude e consistência. Após a edição final do banco de dados, esse foi convertido para o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), 13.0, no qual foram feitas as análises. O teste do qui-quadrado foi utilizado para a verificação das diferenças entre as proporções, considerando-se o nível de significância estatística de 5% e também foram calculadas as razões de prevalência e intervalos de confiança de 95%.

Resultados

Na visita de acompanhamento, foram incluídos 563 usuários dos CAPS, dos quais

201 tinham diagnóstico de esquizofrenia (36%) e 362 tinham transtorno do humor (64%). Essa amostra correspondeu a 74% dos usuários com esquizofrenia e 80% dos usuários com transtornos de humor, identificados no estudo de linha de base.

A média de idade dos entrevistados foi de 47 anos \pm 12 anos de desvio-padrão (dp). Quanto ao sexo, 66% eram do sexo feminino e aproximadamente 73% das pessoas eram de cor branca. Com relação à situação conjugal, 47% dos entrevistados relataram ter companheiro(a). A média de escolaridade foi de 5,1 anos (dp=3,4). A média da renda *per capita* em salários-mínimos (SM) foi de 1,2 (dp=1,2). O tempo de doença foi, em média, 15,8 anos (dp=14,8). A média de tempo de tratamento nos CAPS, de acordo com o prontuário dos entrevistados, foi de 3,6 anos (dp=1,9). Quase todos os usuários (95%) utilizavam algum tipo de medicamento. No total, o uso de 1.418 medicamentos foi referido para os 15 dias que antecederam a entrevista, com média de 2,7 medicamentos por usuário (dp=1,5). Cerca de 20% dos indivíduos relataram não ter acesso gratuito a todos os medicamentos e os principais motivos apontados foram a indisponibilidade do medicamento no CAPS e as dificuldades financeiras para adquiri-los. Do total de medicamentos utilizados, 30% eram antidepressivos, 26% antipsicóticos, 24% ansiolíticos e 20% outros medicamentos. Dos medicamentos utilizados por usuários com transtorno do humor, 40% eram antidepressivos, 26% ansiolíticos, 18% antipsicóticos e 16% outros. Já em relação aos usuários com esquizofrenia, 41% eram antipsicóticos, 20% ansiolíticos, 12% antidepressivos e 27% outros (Figura 1).

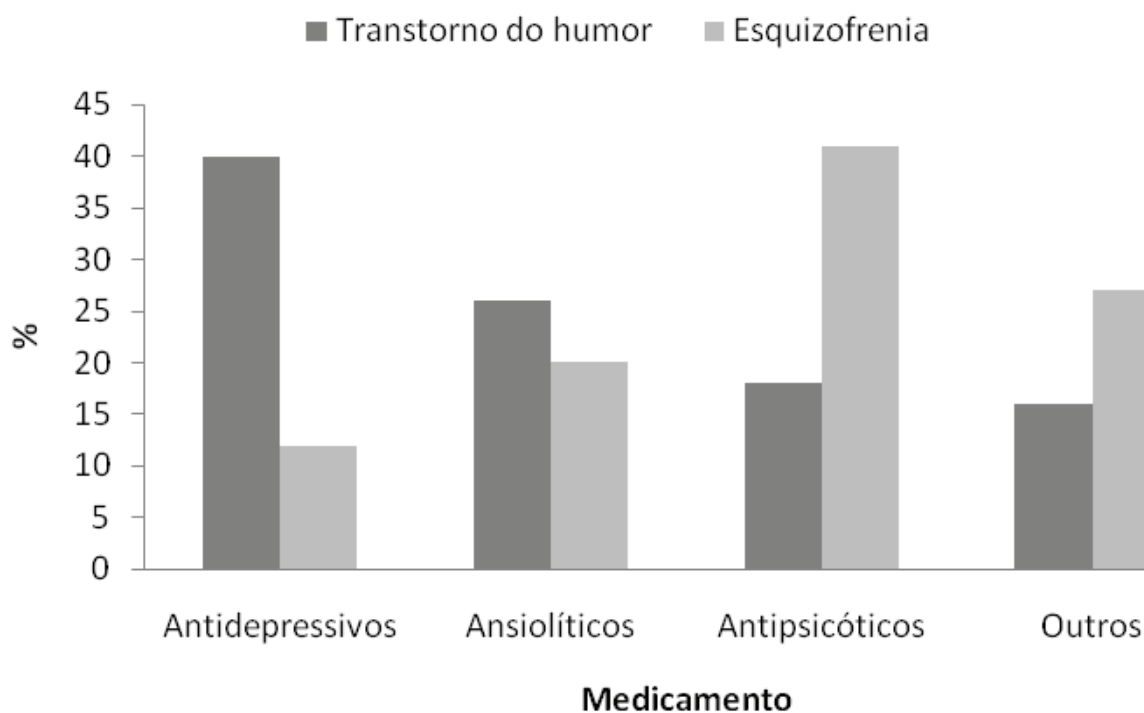


Figura 1 - Distribuição dos medicamentos utilizados, de acordo com o diagnóstico. Pelotas, RS, 2007

Cerca de um terço (33%) dos medicamentos analisados apresentaram algum efeito adverso: 22% dos medicamentos apresentaram apenas um, 9% apresentaram dois e 2% apresentaram três ou mais efeitos adversos. Os ansiolíticos foram responsáveis por 38% de tais efeitos e os mais frequentemente relatados foram: muito sono (19%), muito apetite (9%), insônia (6%) e falta de apetite (5%). Além desses, também foram relatados boca seca, problemas estomacais, outros problemas digestivos, apatia, agitação e tremores.

Considerando todos os medicamentos estudados, a falta de adesão total foi de 32%, sendo 9% de forma intencional e 28% de forma não intencional (Figura 2). Foi observado que, para 71 medicamentos, os usuários relataram ambos os tipos de não adesão, o que explica os 5% a mais de falta de adesão na amostra (Figura 2).

Figura 2 - Prevalência de não adesão aos psicofármacos: total e segundo a intenção. Pelotas, RS, 2007

Não houve diferença significativa na prevalência de falta de adesão total de acordo com o gênero, a renda *per capita*, o tempo de doença, o grupo de diagnóstico e o tipo de medicamento. Destaca-se tendência à maior falta de adesão entre os pacientes com transtorno bipolar. Indivíduos entre 17 e 29 anos apresentaram prevalência 71% maior de falta de adesão ao tratamento, quando comparados com os de 60 anos ou mais. A maior escolaridade também esteve significativamente associada, pois indivíduos com ensino fundamental completo apresentaram 28% mais falta de adesão do que aqueles com menos tempo de estudo (Tabela 1). Usuários com menos de três anos de frequência ao CAPS tiveram 27% a mais de falta de adesão do que os com maior tempo de frequência ao serviço. Os medicamentos para os quais houve relato de efeitos adversos tiveram menor adesão e observou-se que quanto maior o número de efeitos adversos pior foi a adesão, chegando a 82% mais falta de adesão entre quem referiu três ou mais efeitos (Tabela 2).

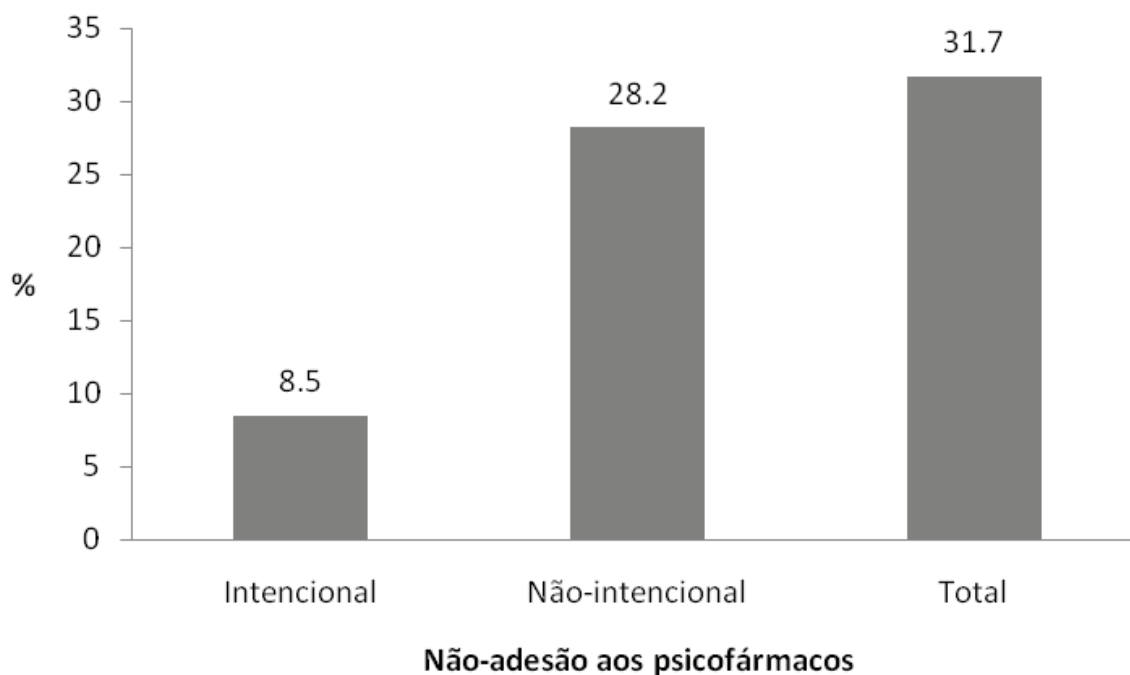


Tabela 1 - Distribuição dos medicamentos utilizados, de acordo com características sociodemográficas entre usuários dos CAPS de Pelotas, RS, 2007

| Variáveis | n (%) | % de não adesão | RP (IC 95%) | p |
|------------------------------|-------------|-----------------|--------------------|-------|
| Sexo | | | | |
| Masculino | 519 (36,6) | 31,7 | 1,00 (0,85 a 1,17) | 0,984 |
| Feminino | 899 (63,4) | 31,7 | 1,00 | |
| Idade (anos) | | | | |
| 17 a 29 anos | 114 (8,0) | 44,7 | 1,71 (1,24 a 2,34) | 0,001 |
| 30 a 44 anos | 437 (30,8) | 29,8 | 1,14 (0,86 a 1,51) | 0,368 |
| 45 a 59 anos | 684 (48,2) | 32,2 | 1,23 (0,94 a 1,60) | 0,123 |
| 60 ou mais | 183 (12,9) | 26,2 | 1,00 | |
| Escolaridade (anos) | | | | |
| Até 3 | 425 (30,2) | 29,2 | 1,00 | |
| 4 a 7 | 667 (47,4) | 30,5 | 1,04 (0,87 a 1,26) | 0,650 |
| 8 ou mais | 315 (22,4) | 37,5 | 1,28 (1,05 a 1,58) | 0,017 |
| Renda per capita (SM) | | | | |
| Menos de 0,5 | 320 (28,3) | 35,1 | 1,06 (0,83 a 1,36) | 0,621 |
| 0,5 a 0,9 | 304 (26,9) | 33,9 | 1,03 (0,80 a 1,32) | 0,837 |
| 1 a 1,99 | 300 (26,5) | 32,0 | 0,97 (0,75 a 1,25) | 0,813 |
| 2 ou mais | 204 (18,2%) | 33,0% | 1,00 | |
| Tem companheiro(a) | | | | |
| Sim | 728 (51,3) | 35,3 | 1,27 (1,08 a 1,48) | 0,002 |
| Não | 690 (48,7) | 27,9 | 1,00 | |
| Total de medicamentos | 1418 (100) | 31,7 | -- | -- |

Tabela 2 - Distribuição dos medicamentos utilizados, de acordo com características do transtorno e dos medicamentos entre usuários dos CAPS de Pelotas, RS, 2007

| Variável | n (%) | % de não adesão | RP (IC 95%) | p |
|------------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Tempo do diagnóstico (anos) | | | | |
| Até 5 | 429 (32,7) | 36,6 | 1,08 (0,89 a 1,32) | 0,414 |
| 6 a 11 | 240 (18,3) | 26,3 | 0,78 (0,60 a 1,01) | 0,055 |
| 12 a 27 | 309 (23,6) | 28,9 | 0,86 (0,68 a 1,08) | 0,188 |
| 28 a 67 | 332 (25,3) | 33,7 | 1,00 | |
| Transtorno | | | | |
| Esquizofrenia | 520 (36,7) | 31,2 | 1,00 | |
| Humor | 788 (55,6) | 31,3 | 1,00 (0,85 a 1,18) | 0,991 |
| Bipolar | 110 (7,8) | 36,4 | 1,17 (0,88 a 1,55) | 0,346 |
| Tempo de CAPS (anos) | | | | |
| Menos de 3 | 474 (36,2) | 35,7 | 1,27 (1,08 a 1,49) | 0,006 |
| 3 ou mais | 835 (63,8) | 28,1 | 1,00 | |
| Tipo de medicamento | | | | |
| Antidepressivo | 421 (29,7) | 31,7 | 0,98 (0,79 a 1,22) | 0,836 |
| Ansiolítico | 333 (23,5) | 31,9 | 0,99 (0,78 a 1,24) | 0,899 |
| Antipsicótico | 374 (26,4) | 30,8 | 0,95 (0,76 a 1,19) | 0,666 |
| Outros | 288 (20,3) | 32,4 | 1,00 | |
| Acesso a medicamentos | | | | |
| Sim | 1106 (80,1) | 32,6 | 1,19 (0,96 a 1,47) | 0,097 |
| Não | 274 (19,9) | 27,4 | 1,00 | |
| Efeitos adversos | | | | |
| Sim | 466 (32,9) | 37,8 | 1,32 (1,13 a 1,54) | <0,000 |
| Não | 952 (67,1) | 28,7 | 1,00 | |
| Nº de efeitos adversos | | | | |
| Nenhum | 952 (67,1) | 28,7 | 1,00 | |
| Um | 314 (22,1) | 35,5 | 1,24 (1,03 a 1,48) | 0,023 |
| Dois | 129 (9,1) | 41,1 | 1,43 (1,14 a 1,80) | 0,003 |
| Três ou mais | 23 (1,6) | 52,2 | 1,82 (1,22 a 2,73) | 0,014 |
| Total | 1418 (100) | 31,7 | -- | -- |

A partir desses resultados, investigou-se a associação dessas variáveis entre si, na busca de potenciais fatores de confusão. A escolaridade e o tempo de frequência ao CAPS não estiveram associados à ocorrência de efeitos adversos, porém, a idade está associada com maior relato entre os mais jovens. A análise estratificada para a idade revelou que a ocorrência de efeitos adversos só pode ser associada à falta de adesão para os grupos de idade intermediários, ou seja, entre 30 e 59 anos. Para os mais jovens e para os mais velhos, os efeitos adversos não se

mantiveram associados à falta de adesão.

Discussão

No Brasil, são escassos os estudos sobre adesão ao tratamento, realizados com usuários dos CAPS. Alguns dos encontrados referem-se, principalmente, ao abandono de tratamento e faltas a consultas médicas em serviços primários e secundários da rede pública, em determinadas regiões do país⁽¹¹⁻¹²⁾. Existem trabalhos que avaliaram adesão ao tratamento

em patologias psiquiátricas específicas como, por exemplo, depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia^(4,7,13-16). A prevalência de falta de adesão foi de 32% nos usuários dos CAPS de Pelotas com esquizofrenia e transtornos do humor, semelhante à encontrada em um estudo do Reino Unido com 634 pacientes com doenças psiquiátricas que foi de 34,2%⁽¹⁷⁾. Uma amostra de 223 pacientes com transtorno bipolar apresentou 30% de baixa adesão ao tratamento⁽¹⁸⁾. Em outro estudo, realizado com portadores de transtorno bipolar, encontraram-se 46% de não adesão ao tratamento⁽¹⁹⁾. Sajatovic e colaboradores⁽²⁰⁾ pesquisaram falta de adesão em 323 portadores de transtorno bipolar, e encontraram que entre os 22% dos não aderentes estão aqueles que pararam de tomar ou tomaram menos que 50% da medicação prescrita. Lanouete e colaboradores⁽⁹⁾ pesquisaram 17 estudos de não adesão com psicotrópicos, e perceberam que 41% dos latinos, 31% dos euro-americanos e 43% dos afro-americanos não aderem ao tratamento de forma correta.

Em estudo com 6.201 usuários de psicotrópicos no Canadá, a prevalência da falta de adesão de indivíduos que usaram antipsicóticos, sedativos, ansiolíticos, estabilizadores do humor e antidepressivos variou de 34,6 a 45,9%⁽⁴⁾.

Apesar de o teste de Morisky já estar disponível há mais de duas décadas, ele tem sido amplamente utilizado para aferir adesão em outras patologias e o único estudo encontrado foi o de Copeland e colaboradores⁽¹⁹⁾ que estudaram pacientes com transtorno bipolar.

Clatworthy e colaboradores⁽¹⁸⁾ encontraram que as relações entre gênero e falta de adesão e entre idade e falta de adesão não foram significativas. Bulloch e Patten⁽⁴⁾ também não observaram associação entre falta de adesão e gênero para nenhuma das classes de medicamentos estudadas. Sawada e colaboradores⁽¹⁷⁾ relataram melhor cumprimento da terapia com antidepressivos por homens. Os usuários dos CAPS com maior escolaridade (oito anos ou mais) aderiram 28% menos comparados aos de menor escolaridade. Cooper e colaboradores⁽⁷⁾ relataram que as variáveis sociodemográficas não foram associadas, de forma significativa, com falta de adesão ao tratamento. Em um estudo com latinos, residentes nos Estados Unidos, o baixo

nível socioeconômico esteve relacionado à falta de adesão ao tratamento⁽⁹⁾.

A exemplo de Bulloch e Patten⁽⁴⁾ e Cooper e colaboradores⁽⁷⁾, em Pelotas também a falta de adesão foi maior entre os mais jovens. Uma possível explicação é que os mais jovens poderiam estar mais envolvidos em atividades produtivas e ter uma vida sexual mais ativa do que os mais velhos, o que, em ambos os casos, os efeitos adversos dos medicamentos seriam mais indesejáveis.

Os usuários com companheiro(a) aderiram 27% menos ao tratamento em relação aos que não possuíam companheiro(a). Uma das hipóteses seria que esses indivíduos possuíam maior suporte afetivo e, por isso, não sentem necessidade de tomar a medicação prescrita, e outra possível explicação seria que alguns psicotrópicos podem provocar disfunções sexuais, afetando negativamente o relacionamento conjugal⁽²¹⁾.

Cerca de um terço (33%) dos medicamentos analisados apresentaram algum efeito adverso. Em estudos com esquizofrênicos, os pacientes apontaram os efeitos adversos como o motivo para não aderirem ao tratamento⁽¹⁴⁾. Kikert e colaboradores⁽⁸⁾ realizaram um estudo em quatro países da Europa com pacientes esquizofrênicos e relataram que 21% deles justificaram sua falta de adesão como consequência dos efeitos adversos. Cooper e colaboradores⁽⁷⁾ apontaram os efeitos adversos como um dos motivos que os pacientes que utilizam psicotrópicos deixam de tomá-los, sendo que 14,2% referiram tal razão.

Considerações Finais

Além do viés de recordatório, limitação que pode estar presente em qualquer estudo transversal, a prevalência de falta de adesão aqui encontrada pode ter sido afetada por um déficit de memória adicional em função das características da amostra e das informações diretamente referidas pelo usuário. Particularmente para os portadores de esquizofrenia, pode ter havido sub-relato de não adesão, uma vez que uma das características da doença é a distorção da realidade.

Uma outra limitação do estudo está relacionada ao fato de se restringir a um grupo específico de sujeitos pesquisados, tanto em

termos geográficos quanto por incluir apenas os indivíduos encontrados na segunda visita. Estudos posteriores podem lançar luz à adesão ao tratamento de usuários de Centros de Atenção Psicossocial de outras cidades, bem como de indivíduos não vinculados aos CAPS.

Uma vez que a terapia medicamentosa é parte integrante da atenção ao portador de sofrimento psíquico, no âmbito do SUS, é importante avaliar se os usuários dos CAPS estão realmente cumprindo as recomendações médicas e utilizando o medicamento prescrito, visto que essa é uma forma de otimizar os custos, evitar recaídas e diminuir o número de internações hospitalares, todas elas custeadas com recursos públicos.

Alguns aspectos para melhorar a adesão ao tratamento estão ligados ao relacionamento do profissional de saúde com o paciente, como no caso das informações sobre as medicações utilizadas, seus benefícios e seus efeitos colaterais, bem como a possível substituição em casos de não aceitação pelo paciente.

Referências

1. Antunes SM, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad Saude Publica* 2007; 23(1):207-15.
2. Brasil. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE; 2007.
3. World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2003.
4. Bulloch AG, Patten SB. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;45(1):47-56.
5. Amaral RA, Malbergier A, Andrade AG. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr.* out 2010; 32(supl.2):104-11.
6. Vedana KGG, Miasso AI. A interação entre pessoas com esquizofrenia e familiares interfere na adesão medicamentosa? *Acta paul. enferm.* 2012; 25(6):830-6.
7. Cooper C, Bebbington P, King M, Brugha T, Meltzer H, Bhugra D, et al. Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116(1):47-53.
8. Kikkert MJ, Schene AH, Koeter MW, Robson D, Born A, Helm H, et al. Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophr Bull* 2006; 32(4):786-94.
9. Lanouette NM, Folsom DP, Sciolla A, Jeste DV. Psychotropic medication nonadherence among United States Latinos: a comprehensive literature review. *Psychiatr Serv* 2009; 60(2):157-74.
10. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24(1):67-74.
11. Melo AP, Guimaraes MD. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(2):113-8.
12. Ribeiro MS, Poço JLC. Motivos referidos para abandono de tratamento em um sistema público de atenção à saúde mental. *Rev APS* 2006; 9(2):136-45.
13. Miasso AI, Monteschi M, Giacchero KG. Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2009;17(4):548-56.
14. Nicolino Paula Silva, Vedana Kelly Graziani Giacchero, Miasso Adriana Inocenti, Cardoso Lucilene, Galera Sueli Aparecida Frari. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Rev. esc. enferm. USP* 2011; 45(3):708-15.
15. Ribeiro MS, Alves MJM, Vieira EMM, Silva PM, Lamas CVD. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(1):16-22.
16. Santin A, Cereser K, Rosa A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev Psiquiatr Clin* 2005; 32(Suppl. 1):105-9.

17. Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. *BMC Psychiatry* 2009; 16:9-38.
18. Clatworthy J, Bowskill R, Parham R, Rank T, Scott J, Horne R. Understanding medication non-adherence in bipolar disorders using a Necessity-Concerns Framework. *J Affect Disord* 2009; 116(1-2):51-5.
19. Copeland LA, Zeber JE, Salloum IM, Pincus HA, Fine MJ, Kilbourne AM. Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196(1):16-21.
20. Sajatovic M, Bauer MS, Kilbourne AM, Vertrees JE, Williford W. Self-reported medication treatment adherence among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2006; 57(1):56-62.
21. Costa AM, Lima MS, Mari Jde J. A systematic review on clinical management of antipsychotic-induced sexual dysfunction in schizophrenia. *Sao Paulo Med J* 2006; 124(5):291-7.