

Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico*

MENTAL PATIENTS AND THEIR COMPLIANCE PROFILE TO PSYCHOPHARMACOLOGICAL TREATMENT

LOS ENFERMOS MENTALES Y SU PERFIL DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

Lucilene Cardoso¹, Sueli Aparecida Frari Galera²

RESUMO

A não adesão ao tratamento medicamentoso é um fenômeno complexo e universal que se desenvolve gradualmente no curso dos tratamentos psiquiátricos e está relacionado ao agravamento das doenças. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil de utilização de um psicofármaco na clientela de um serviço de saúde mental comunitário e suas características. Realizamos um estudo retrospectivo, nos prontuários de pacientes que fizeram uso de Decanoato de Haloperidol, num período de 1 ano e 8 meses. Analisamos 167 prontuários. O uso irregular da medicação esteve presente em 60% dos pacientes e reflete um grande risco para ocorrência de recaídas e reinternações. Este perfil configura uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, o que remete a reflexão sobre quais fatores estão influenciando este comportamento e quais medidas podem ser implementadas na manutenção do tratamento extra-hospitalar destas pessoas.

DESCRIPTORES

Pessoas mentalmente doentes.
Cooperação do paciente.
Recusa do paciente ao tratamento.
Psiquiatria comunitária.
Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

Non-compliance with drug-based treatment is a complex and universal phenomenon that develops gradually during psychiatric treatments, and is related to disease aggravation. The purpose of this study was to describe the profile of using a given medication in the clientele of a community mental healthcare service and its characteristics. We performed a retrospective study in the medical records of patients who used Haloperidol Decanoate in a period of 1 year and 8 months. 167 medical records were analyzed. 60% of the patients presented irregular use of medication, which reflects in high risks of relapse and re-hospitalizations. This profile configures low compliance with the prescribed drug treatment, leading to reflections about which factors influence this behavior and which measures could be implemented in the maintenance of extra-hospital treatment for these patients.

KEY WORDS

Mentally ill persons.
Patient compliance.
Treatment refusal.
Community psychiatry.
Psychiatric nursing

RESUMEN

La no adhesión al tratamiento medicamentoso es un fenómeno complejo y universal que se desarrolla gradualmente en el curso de los tratamientos psiquiátricos y está relacionado al agravamiento de las enfermedades. El objetivo de este estudio fue describir el perfil de utilización de un psicofármaco en la clientela de un servicio de salud mental comunitaria y sus características. Realizamos un estudio retrospectivo en los registros de pacientes que usaron el Decanoato de Haloperidol, en un período de 1 año y 8 meses. Analizamos 167 registros. El uso irregular de la medicación estuvo presente en 60% de los pacientes y refleja un gran riesgo para el apareamiento de recaídas y nuevas internaciones. Este perfil configura una baja adhesión al tratamiento medicamentoso prescrito lo que nos lleva a reflexionar sobre cuales serían los factores que están influenciando este comportamiento y cuales serían las medidas que pueden ser implementadas en la mantención del tratamiento de estos sujetos fuera del hospital.

DESCRIPTORES

Enfermos mentales.
Cooperación del paciente.
Negativa del paciente al tratamiento.
Psiquiatria comunitaria.
Enfermería psiquiátrica.

* Extraído da dissertação "Perfil demográfico e clínico de pessoas que fazem uso de Decanoato de Haloperidol", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006. ¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. lucileneca@yahoo.com.br ² Orientadora e Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. sugalera@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos, devido a transtornos mentais graves e persistentes, e mais 9% precisam de atendimento eventual relacionados a transtornos menos graves, totalizando 12% da população geral do país, ou seja, 20 milhões de pessoas⁽¹⁾.

Os transtornos mentais que possuem evolução crônica, caracterizada por um contínuo tratamento poli-medicamentoso, são marcados pela instabilidade na manifestação e tratamento da patologia. No curso da doença mental pacientes e seus familiares vivenciam momentos de controle e diminuição dos sintomas, alternados a momentos de crise, recaída psiquiátrica e conseqüente reinternação hospitalar dos doentes⁽²⁾.

De maneira geral os momentos de controle e diminuição dos sintomas são possíveis frente a um eficaz tratamento medicamentoso associado a tratamentos não medicamentosos (psicoterapias, grupo operativo, programas de psicoeducação, terapia familiar, visitas domiciliares, terapia ocupacional, desenvolvimento de habilidades, medicação assistida, programas de reabilitação, grupos de auto-ajuda, acompanhamento terapêutico, entre outros⁽³⁾). Porém, nesse contexto a adesão do doente mental ao tratamento, principalmente medicamentoso, é baixa em muitos casos. No tratamento dos transtornos mentais, a não adesão à medicação é observada em cerca de 50% das pessoas e é responsável por inúmeros prejuízos além de ser a principal causa de morbidade psiquiátrica e reinternações⁽⁴⁾.

O comportamento de não adesão ao tratamento medicamentoso é um fenômeno complexo e universal. No curso dos tratamentos psiquiátricos a não adesão se desenvolve gradualmente e está relacionada ao agravamento das doenças⁽⁵⁾. Em determinados casos, em conseqüência às recaídas, o tempo para recuperação torna-se mais longo e a resposta clínica inferior ao tratamento⁽⁶⁾.

Os conceitos de adesão variam muito na literatura, mas pode-se definir o termo como: *a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento*⁽⁷⁾. Trata-se de um comportamento determinado pela dinâmica de múltiplos fatores, o que torna difícil definir também instrumentos de medidas e intervenções efetivos para seu combate⁽⁸⁾.

Os estudos recentes sobre a adesão relacionam o uso de medicamentos específicos em pacientes com diferentes diagnósticos psiquiátricos. Estes estudos indicam que o comportamento de não adesão ao tratamento medicamentoso é determinado por diferentes fatores⁽⁹⁾. Doentes men-

tais e seus familiares, durante a manutenção do tratamento medicamentoso, são influenciados por situações complexas e particulares que tornam pouco possível a generalização dos achados para outras condições diferentes das estudadas. Apesar disso trata-se de um tema relevante visto que em alguns casos mais de 85% dos pacientes podem ser não aderentes em algum momento do curso de sua doença e sofrer junto a seus familiares as conseqüências deste comportamento⁽¹⁰⁾. Sabe-se que os riscos da hospitalização e de recaída são mais baixos em pacientes considerados aderidos ao tratamento psicofarmacológico, quando comparados a pacientes que não aderem ao tratamento⁽⁵⁻⁶⁾.

Pesquisas recentes sugerem que o risco de recaída gira em torno de 3.5 a 10% ao mês, aproximadamente^(5,11) e indicam a não adesão ao tratamento psicofarmacológico como a principal razão para ocorrência de recaída em pacientes não hospitalizados⁽¹²⁾. A permanência dos sintomas frente a pobre adesão dificulta abordagens terapêuticas, psicossociais, interação entre equipe de saúde e paciente, além de prejudicar a reintegração social do paciente. Os fatores que podem influenciar a adesão estão relacionados às condições sócio-demográficas, ao esquema terapêutico, à natureza da doença, ao relacionamento paciente-profissionais de saúde, entre outros^(9,13).

Entre estes fatores podemos destacar: a não aceitação da doença e descrença quanto aos benefícios do tratamento, a ocorrência de efeitos colaterais pelo uso da medicação, a falta de *insight*, a severidade da doença, o alcoolismo e abuso de drogas, aceitação da doença e medo de reinternações (recaídas), o tratamento com medicações de depósito, a baixa complexidade do esquema terapêutico, o estabelecimento de aliança terapêutica entre o profissional de saúde e paciente⁽¹⁴⁾.

Para caracterizar a adesão do paciente ao tratamento prescrito, diferentes métodos: diretos e indiretos, já foram utilizados. Os métodos diretos caracterizam-se por permitir detectar os medicamentos ou os produtos da sua metabolização nos fluidos biológicos do paciente. Os métodos indiretos incluem processos de medida feitos por meio de entrevistas com o paciente, informações obtidas de profissionais de saúde e familiares dos pacientes, os resultados dos tratamentos ou atividades de prevenção, preenchimento de prescrições e contagem de comprimidos⁽¹³⁾. Porém, não há ainda métodos que assegurem a abordagem simultânea de todos os possíveis fatores cotidianos que podem influenciar o comportamento de adesão ao tratamento.

Conhecer e compreender melhor a ocorrência da não adesão e o universo dos doentes mentais pode fornecer aos profissionais de saúde recursos mais adequados à manutenção do tratamento psiquiátrico e melhores ferramentas para a prevenção de recaídas relacionadas a este fenômeno. A enfermagem, por ser uma profissão diretamente ligada ao tratamento e ao cotidiano do paciente, pode pro-

No curso dos tratamentos psiquiátricos a não adesão se desenvolve gradualmente e está relacionada ao agravamento das doenças.

mover o estabelecimento de aliança terapêutica, suporte e manutenção do tratamento, além de poder identificar ocorrências cotidianas que possam interferir na adesão do paciente. Trata-se de um campo de significativa atenção para todos os profissionais da área da saúde uma vez que influencia todo o universo pessoal, profissional e social que engloba o tratamento dos doentes mentais.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil de utilização (adesão) de um psicofármaco na clientela de um serviço de saúde mental comunitário e suas características.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, utilizando todos os prontuários de pacientes que fizeram uso do medicamento de depósito: Decanoato de Haloperidol (D.H.), no período entre 29/outubro/2003 e 30/junho/2005 (1ano e 8 meses), no Núcleo de Saúde Mental (NSM), da cidade de Ribeirão Preto.

Local

Núcleo de Saúde Mental (NSM), unidade de atendimento ambulatorial vinculada ao Centro de Saúde Escola *Joel Domingos Machado* da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - USP - Brasil (CSE-FMRP-USP). Trata-se de um serviço de atendimento ambulatorial em Psiquiatria e Psicologia Clínica para pessoas a partir de 18 anos, residentes no Distrito Oeste da cidade, mediante guia de referência das Unidades de Saúde. As ações desenvolvidas pelo referido serviço são: atendimento médico-psiquiátrico; atendimento de enfermagem (consultas); acompanhamento psicológico; atendimento de fonoaudiologia; grupos terapêuticos. Na rotina preconizada no NSM, o paciente atendido no serviço pode retirar a medicação prescrita de forma gratuita na farmácia do CSE-FMRP-USP ou então comprá-la. Comumente, estes pacientes retiram os medicamentos a eles prescritos no CSE-FMRP-USP valendo-se de seus direitos. Assim, o paciente com prescrição de Decanoato de Haloperidol que opta por retirar a medicação na Farmácia do CSE-FMRP-USP é acompanhado, no ato de retirada, por um funcionário do serviço ou por um acompanhante de sua confiança até a sala de enfermagem onde o medicamento é administrado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, de acordo com a prescrição médica. Toda vez que o paciente assistido no NSM

solicita sua medicação é realizado um registro de retirada no banco de dados informatizado da farmácia. Por esta razão, para a realização deste trabalho optamos por utilizar o registro das retiradas dos medicamentos da Farmácia do serviço para identificarmos os clientes assistidos no NSM que fizeram ao menos uma retirada de Decanoato de Haloperidol dentro do período estudado.

Amostra

Foram incluídos os prontuários de clientes de ambos os sexos; devidamente matriculados no serviço de saúde (NSM); com ao menos um registro de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço, no período entre 29/outubro/2003 e 30/junho/2005. O registro das retiradas do medicamento da farmácia do serviço foi o recurso utilizado para identificação dos prontuários de clientes que utilizaram Decanoato de Haloperidol.

Procedimentos

Após a identificação dos pacientes que retiraram o medicamento no serviço realizou-se a coleta de dados nos respectivos prontuários, através de um questionário que contemplou as seguintes variáveis: *idade; sexo; estado civil; número de filhos; escolaridade; primeira prescrição de Decanoato de Haloperidol; registro da ocorrência de efeitos adversos; tipo de efeito adverso ocorrido; registro de alteração da prescrição; tipo de alteração; primeiro diagnóstico registrado; registro de intercorrências; tipo de intercorrências; registro de internação; número de internações registradas; data e quantidade de todas as retiradas de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço; distância aproximada entre casa do paciente e serviço; intervalos médios de retirada da medicação.*

Para classificar os sujeitos desta pesquisa de acordo com os intervalos médios de retirada da medicação seguiu-se o seguinte raciocínio: *a posologia de Decanoato de Haloperidol indicada equivale de dez a vinte vezes a dose oral de Haloperidol ou outro neuroléptico equivalente, administrada em intervalos de quatro semanas, via intramuscular⁽¹⁵⁾. Pacientes que interrompem abruptamente o tratamento com Haloperidol apresentam uma taxa 25% maior de ocorrência de recaída em seis semanas⁽¹⁶⁾. Ou seja, quando o paciente deixa de tomar a dose prescrita, os 42 dias (seis semanas) que se seguem representam um período de risco aumentado para recaídas.*

Assim, os sujeitos da amostra foram classificados quanto ao perfil de utilização da medicação, conforme o Quadro 1 que segue:

Quadro 1 - Perfil de utilização de Decanoato de Haloperidol de acordo com os intervalos entre as administrações e risco para recaídas - Ribeirão Preto, SP - 2007

Tipo de uso da medicação	Intervalo entre administrações prescrito	Risco para recaídas
Uso regular	Até 27 dias	Baixo
Uso regular conforme prescrição	28 a 31 dias	Baixo
Uso irregular	32 a 73 dias	Aumentado
Abandono ou suspensão do tratamento	Mais de 73 dias	Muito aumentado

Utilizamos o programa SPSS (versão 10.0) para análise dos dados. Para determinar a distância aproximada entre casa do paciente e serviço utilizamos o Programa AutoCad versão 2000. A análise dos dados foi realizada através de medidas de tendência central e testes estatísticos de correlação. Comparamos todas as variáveis estudadas com os intervalos médios de retirada, aplicando os testes estatísticos Kruskal Wallis (H) e Qui-quadrado (χ^2).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola *Joel Domingos Machado* da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo – USP – (Protocolo 0158/CEP/CSE-FAMRP-USP).

RESULTADOS

No período entre 29/outubro/2003 e 30/junho/2005, 180 doentes mentais, clientes do serviço de saúde comunitário realizaram ao menos uma retirada do medicamento Decanoato de Haloperidol. Na busca dos prontuários desses pacientes, treze não foram encontrados no serviço. Portanto, foram analisados 167 prontuários, sendo que 22,8% (38 prontuários) não continham informação sobre o estado civil do paciente, 31,1 % (52 prontuários) não informaram o número de filhos que os pacientes possuíam e 49,7% (83 prontuários) não informavam dados sobre escolaridade.

Características demográficas

Verificou-se que 55,8% (N=129) dos pacientes eram solteiros, 48,7% (N=115) não tinham filhos e 57,1% (N=84) possuíam o primeiro grau incompleto. Não houve registro de pacientes que chegaram ao nível superior de escolaridade.

Tabela 1 - Associação entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e o tempo de tratamento - Ribeirão Preto, SP - 2007

Tempo de tratamento com D.H. (anos completos)	Classificação dos intervalos médios de retirada em dias				Total(%)
	≤ 27 dias	28 a 31 dias	32 a 73 dias	> 73 dias	
0 – 2	21	19	29	8	77 (46)
3 – 5	8	12	43	5	68 (41)
6 – 8	2	3	13	1	19 (11)
Mais de 8	2	-	1	-	03 (02)
Total (%)	33 (19,8)	34 (20,3)	86 (51,5)	14 (8,4)	167 (100)

H: 17,386/ $p \leq ,001$

Características do tratamento

Em média, os pacientes estudados estavam há três anos em tratamento psicofarmacológico com Decanoato de Haloperidol. Sendo que 46% tinham menos de dois anos de tratamento, 41% tinham de 3 a 5 cinco anos e apenas 3 pacientes estavam em tratamento há mais de 8 anos, conforme a Tabela 1.

Nas análises encontramos uma associação estatisticamente significativa ($p \leq ,001$) entre o tempo de trata-

mento e os intervalos médios de retirada da medicação, conforme demonstrado na Tabela 1.

mento e os intervalos médios de retirada da medicação, conforme demonstrado na Tabela 1.

Perfil de utilização da medicação

A maioria dos pacientes teve prescrição de até 3 ampolas de Decanoato de Haloperidol (78,4%) para serem administradas a cada 30 dias (95,8% dos casos). Apenas 5 pacientes tiveram prescrição de Decanoato de Haloperidol para administração imediata, provavelmente relacionada a ajuste da dose prescrita ou situação de retirada seguida por abandono do tratamento pelos pacientes. Um paciente teve prescrição desse medicamento a cada 20 dias e um a cada 21 dias. Nenhum paciente teve prescrição de intervalos superiores a 30 dias. Os intervalos médios de retirada da medicação variaram entre 7 e 444 dias.

Na Tabela 1, podemos verificar que a maioria dos pacientes (51,5 %) teve intervalos médios de retirada entre 32 e 73 dias, indicando uso irregular da medicação e risco aumentado para recaídas. Adicionado aos pacientes que retiraram a medicação em período superior a 73 dias, tivemos 60% da amostra classificada em uso irregular da medicação e com risco aumentado para ocorrência de recaídas.

Nas Tabelas 2 e 3 podemos observar que o aumento da dose de Decanoato de Haloperidol prescrita e o diagnóstico de esquizofrenia, respectivamente, apresentaram uma tendência à associação, o que deverá ser aprofundado em um estudo seqüencial. Durante o tratamento, 69 pacientes tiveram aumento da dose de Decanoato de Haloperidol.

Tabela 2 - Associação entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e o aumento da dose de D.H. prescrita - Ribeirão Preto, SP - 2007

Classificação dos intervalos em dias completos	Aumento da dose prescrita		Total
	Sim	Não	
≤ 27 dias	8	25	33
28 a 31 dias	9	25	34
32 a 73 dias	45	41	86
>73 dias	7	7	14
Total	69	98	167

χ^2 : 11,79/ p ≤ ,008

Entre os 167 sujeitos estudados, 114 (68,2%) tinham a esquizofrenia como diagnóstico único ou como diagnósti-

co principal acrescido de outros, conforme o demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Associação entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e o diagnóstico de Esquizofrenia - Ribeirão Preto, SP - 2007

Classificação dos intervalos em dias completos	Diagnóstico de Esquizofrenia		Total
	Não	Sim	
≤ 27 dias	16	17	33
28 a 31 dias	9	25	34
32 a 73 dias	20	66	86
> 73 dias	8	6	14
Total	53	114	167

χ^2 : 11,734/ p ≤ ,008

Em relação aos diagnósticos psiquiátricos identificamos que 112 (67,1%) pacientes tinham apenas um diagnóstico, 42 (25,1%) tinham dois diagnósticos, 11 (6,6 %) tinham três diagnósticos e 2 (1,2%) tinham quatro diagnósticos. Ou seja,

112 (67,1%) dos pacientes tinham apenas um diagnóstico e 55 (32,9%) apresentaram comorbidade. A Tabela 4 apresenta uma visão geral dos diagnósticos da amostra estudada e descreve resumidamente a ocorrência de comorbidade.

Tabela 4 - Distribuição de freqüência relativa aos diagnósticos principais e comorbidade dentre os pacientes que retiraram Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço - Ribeirão Preto, SP - 2007

Diagnósticos	N (%)	N por diagnóstico principal e porcentagem (%)	
Esquizofrenia	83 (49,7)	114	(68,2)
Esquizofrenia + 1 diagnóstico	25 (15,0)		
Esquizofrenia + 2 diagnósticos	4 (2,4)		
Esquizofrenia + 3 diagnósticos	2 (1,2)		
Transtorno de humor	15 (9,0)	21	(12,6)
Transtorno de humor +1 diagnóstico	4 (2,4)		
Transtorno de humor +2 diagnósticos	2 (1,2)		
Transtornos neuróticos	6 (3,6)	11	(6,6)
Transtornos neuróticos + 1 diagnóstico	5 (3,0)		
Transtornos de personalidade	2 (1,2)	11	(6,6)
Transtornos de personalidade + 1 diagnóstico	5 (3,0)		
Transtornos de personalidade + 2 diagnósticos	4 (2,4)		
Retardo mental	2 (1,2)	5	(3,0)
Retardo mental + 1 diagnóstico	3 (1,2)		
Retardo mental + 2 diagnósticos	1 (0,6)		
Transtornos orgânicos	4 (2,4)	5	(3,0)
Transtornos orgânicos + 1 diagnóstico	1 (0,6)		
Total (%)	167 (100,0)	167	(100,0)

A ocorrência de efeitos adversos foi identificada em 67 (40,1%) pacientes, porém esta variável não apresentou associação significativa com os intervalos médios de retirada da medicação. Analisando cada tipo de efeito adverso ocorrido, em separado, a impregnação neuroléptica ocorreu em 15 pacientes durante o tratamento, 9 apresentaram tremores e 9 queixaram-se de cefaléia. A ocorrência de insônia foi a queixa de 18 pacientes.

Dos 167 pacientes estudados, 83,2% apresentaram *intercorrências*, sendo que essas foram variadas e muitas vezes concomitantes: 63,5% foram atendidos em consultas eventuais, 53,3 % faltaram em consultas agendadas, 34,7% necessitaram de consulta de emergência em outro serviço de saúde mental, 34,1 % abandonaram o tratamento e seguimento no serviço em algum momento. Do total, treze pacientes tiveram pelo menos uma tentativa de suicídio, onze tiveram alta médica e três foram a óbito (não especificado). Não encontramos associação estatisticamente significativa entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol e a ocorrência dessas *intercorrências*.

A maioria dos pacientes (57,5 %) teve ao menos uma internação registrada no prontuário desde sua admissão no serviço. O paciente com o maior número de internações registradas teve ao todo 44 internações. A variável ocorrência de internação também não apresentou relação estatisticamente significativa com os intervalos médios de retirada da medicação nesse estudo.

DISCUSSÃO

Observou-se que o uso irregular da medicação esteve presente em 60% dos pacientes em tratamento no serviço de saúde. Como a maioria dos pacientes teve prescrição de Decanoato de Haloperidol a cada 30 dias, era esperado que a maioria deles tivesse retirado sua medicação com regularidade dentro do período de 28 a 31 dias, indicando um comportamento de adesão ao tratamento e baixo risco para ocorrência de recaídas, o que não ocorreu. Este é um resultado que se assemelha a outros encontrados em trabalhos sobre adesão ao tratamento farmacológico, nos quais 50% dos pacientes não aderem ao tratamento com psicofármacos^(3-4,6).

Um possível fator de influência ao uso irregular do medicamento parece ser o tempo de tratamento, já que esta variável apresentou uma tendência de associação a esse comportamento. Possivelmente, com o passar dos anos o paciente desenvolve um comportamento desmotivado para o uso contínuo e regular da medicação.

Entre pacientes tratados com neurolépticos convencionais, 40% param de tomar sua medicação no primeiro ano de tratamento e 75 % param de tomar esta medicação dentro de dois anos. Muitas vezes, os custos relacionados ao tratamento (efeitos adversos/complexidade do esquema terapêutico, adesão por longos períodos) são considerados mais negativos pelos pacientes do que ter que conviver com os custos da doença (distorções do pensamento, percepção e afeto; dificuldade de aceitação social), o que em alguns momentos pode levar à baixa taxa de adesão ao tratamento psicofarmacológico⁽¹⁷⁾.

Trata-se de um achado preocupante que revela a necessidade de organização dos serviços para estimular e auxiliar a manutenção deste tratamento. A prescrição de uma medicação de depósito, indicada para pacientes com dificuldade de adesão, por si só, parece não garantir o uso regular do medicamento, como se observou nos resultados. O uso irregular da medicação por estes pacientes indica um comportamento de risco aumentado para a ocorrência de recaídas e suas conseqüências. Para estes casos, sabe-se que a continuidade do tratamento psicofarmacológico com auxílio de tratamentos não farmacológicos possibilita a promoção da reabilitação psicossocial, minimização de riscos e alívio do estresse familiar. Quando efetiva, a manutenção do tratamento pode controlar os sintomas psicóticos prevenindo as consecutivas recaídas e internações⁽³⁾.

Essa manutenção visa promover uma assistência à saúde mais próxima ao cotidiano do paciente e assim auxiliar a reordenação de suas capacidades psicossociais e suas potencialidades no curso da doença. Por este motivo a reabilitação psicossocial possui também extrema importância no tratamento dessa clientela que necessita de um maior envolvimento em seu auto-cuidado. Mas para tanto, o tratamento psicossocial, que tem por objetivo ajudar pacientes e familiares a lidar com as dificuldades cotidianas e organizar a vida do paciente⁽³⁾, precisa estar em sintonia com a continuidade do tratamento psicofarmacológico.

Uma característica marcante na amostra deste trabalho foi a predominância do diagnóstico esquizofrenia entre os pacientes que fazem uso de medicação de depósito. Pesquisas recentes com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia sugerem que o risco de recaída gira em torno de 3.5 a 10% ao mês, aproximadamente^(5,11) e indicam a não adesão ao tratamento psicofarmacológico como a principal razão para ocorrência de recaída entre os pacientes não hospitalizados^(12,18). Por ser um transtorno mental complexo e em geral com evolução crônica, os profissionais de saúde precisam desenvolver um seguimento mais qualificado para o tratamento desses pacientes.

Apesar de inúmeras modalidades terapêuticas disponíveis na atualidade, quer seja psicofarmacológica (com novos e potentes antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores do humor e antipsicóticos) ou psicossociais (com técnicas psicoterapêuticas bastante eficazes), muitos pacientes não apresentam resposta satisfatória ao tratamento, mostrando-se resistentes e até mesmo refratários aos tratamentos⁽⁴⁾.

A permanência dos sintomas frente a pobre adesão dificulta abordagens terapêuticas, psicossociais, interação entre equipe de saúde e paciente, além de prejudicar a reintegração social do doente. Os fatores que podem influenciar a adesão estão certamente relacionados às condições sócio-demográficas, ao esquema terapêutico, à natureza da doença, ao relacionamento paciente-profissionais de saúde, entre outros^(7,13). Porém a complexa dinâmica entre tantos fatores limita a obtenção de medidas realmente representativas dessa população com baixa adesão ao tratamento psicofarmacológico.

Apesar de, nesta pesquisa, a fonte de dados secundários (prontuários) também ter limitado a obtenção de maiores informações que podem ter influência no comportamento de utilização da medicação pelos doentes mentais, tal via se faz pertinente, pois documenta continuamente o curso do tratamento das doenças nesta população. Trata-se de registros sobre o paciente e seu tratamento importantes à realização de pesquisas e a reflexão acerca das necessidades dos clientes e da assistência à saúde que é oferecida a eles. Destacando, que os profissionais de saúde precisam estar sempre atentos ao preenchimento destas informações, cadastro de seus clientes e manutenção desses dados a fim de colaborar para uma melhor compreensão das necessidades dessa clientela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu concluir que o perfil de uso irregular da medicação prescrita caracterizou a amostra em estudo e reflete um grande risco para ocorrência de recaídas e reinternações entre os doentes mentais. Este perfil confi-

gura uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso prescrito o que remete a reflexão sobre quais fatores estão influenciando este comportamento e que medidas podem ser implementadas na manutenção do tratamento extra-hospitalar destas pessoas.

Tal resultado demonstra para nós profissionais de saúde que a assistência oferecida ainda está longe da ideal e precisa ser enriquecida. Uma estratégia pode ser a ampliação do relacionamento interpessoal na manutenção do tratamento psiquiátrico para promover uma melhor relação do paciente com seu corpo, seu círculo social, sua família e suas capacidades atuais. Para a enfermagem, profissão caracteristicamente interativa e sistemática durante o cuidado, este é um percurso necessário à resolução de problemas e manutenção do tratamento, respeitada a integridade, autonomia e liberdade de seus clientes.

A saúde não deve ser vista apenas como resultado de processos de intervenção na doença, mas também de intervenções que oferecem ao indivíduo e seu meio social estratégias para promoção, recuperação e manutenção de seu estado de saúde inserido no contexto e cotidiano particular de cada um.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [texto na Internet]. Brasília; 2004. [citado 2007 nov. 23]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf
2. Whitehorn D, Richard JC, Kopala LC. Hospitalization in the first year of treatment for schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2004; 49(9):635-8.
3. Shirakawa I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22 Supl 1:56-8.
4. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(3):277-84.
5. Davis JM, Chen N. Choice of maintenance medication for schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2003;64 Suppl 16:24-33.
6. Bechelli LPC. Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia. Parte I - Fundamentos do seu desenvolvimento, benefícios e nível de aceitação em diferentes países e culturas. *Rev Lat Am Enferm*. 2003;11(4): 507-15.
7. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cad Saúde Coletiva*. 2003;8(3):775-82.
8. Rigueira Garcia AL. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España?. *Aten Primaria*. 2001;27(8):559-68.
9. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38 (3):254-61.
10. O'Connor PJ. Improving medication adherence: challenges for physicians, payers, and policy makers [editorial]. *Arch Intern Med*. 2006;166(17):1802-4.
11. Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. *CNS Drugs*. 2002;16(7):473-84.
12. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(7):992-7.
13. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26(5):331-42.
14. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action [text on the Internet]. Geneva; 2003 [cited 2007 nov. 23]. Available from: http://www.who.int/entity/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/index.html
15. Nyberg S, Farde L, Halldin C. Delayed normalization of central D2 dopamine receptor availability after discontinuation of haloperidol decanoate: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(10):953-8.
16. Glazer WM, Kane JM. Depot neuroleptic therapy: an underrutilized treatment option. *J Clin Psychiatry*. 1992;53(12): 426-33.
17. Perkins DO. Adherence to antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 21:25-30.
18. Yamada K, Watanabe K, Nemoto N, Fujita H, Chikaraishi C, Yamauchi K, et al. Prediction of medication noncompliance in outpatients with schizophrenia: 2-year follow-up study. *Psychiatry Res*. 2006;141(1):61-9.