

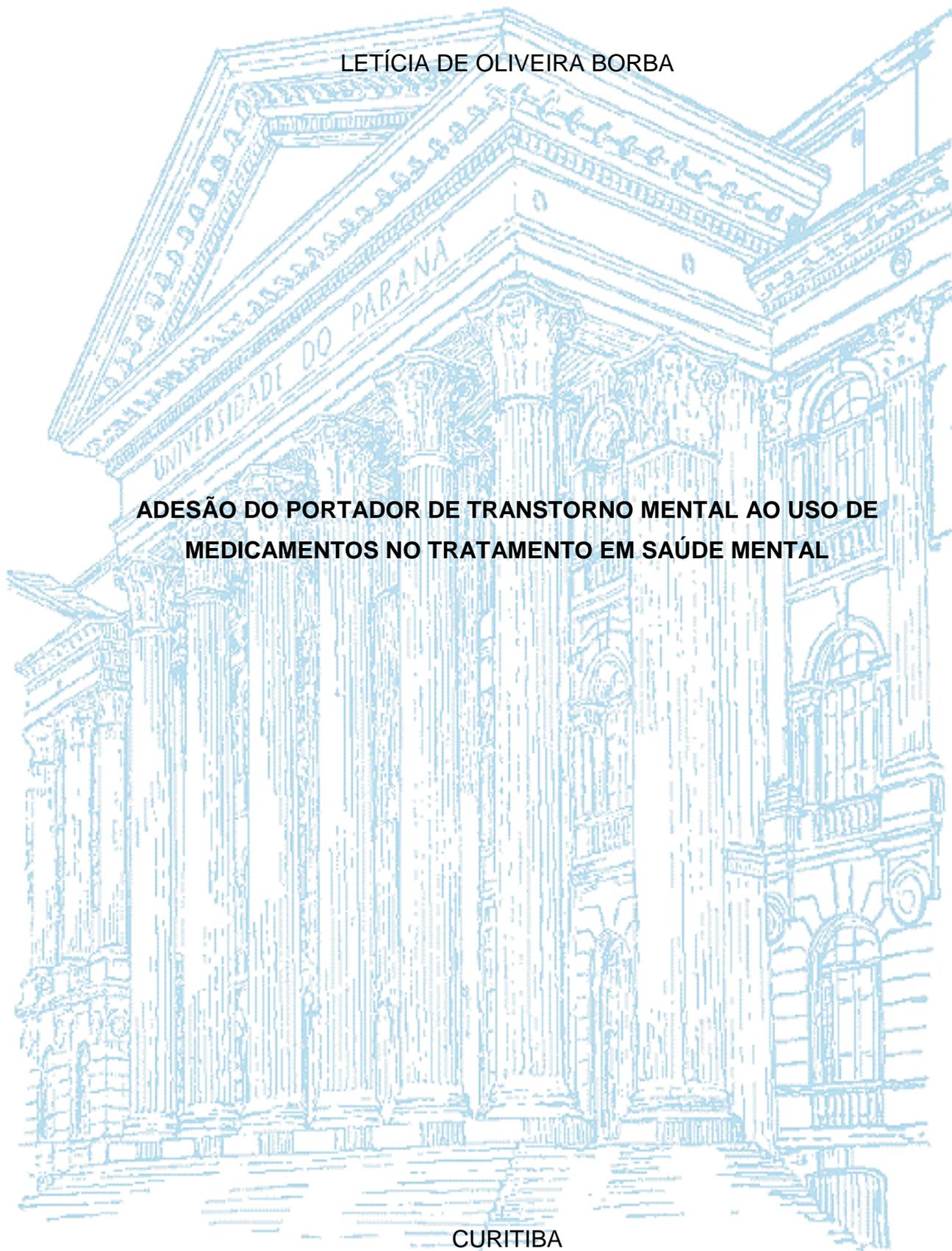
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LETÍCIA DE OLIVEIRA BORBA

**ADESÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL AO USO DE
MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL**

CURITIBA

2016



LETÍCIA DE OLIVEIRA BORBA

**ADESÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL AO USO DE
MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora Prof.^a Dr.^a Mariluci Alves Maftum

CURITIBA

2016

Borba, Letícia de Oliveira

Adesão do portador de transtorno mental ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental /
Letícia de Oliveira Borba – Curitiba, 2016.
158 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Mariluci Alves Maftum
Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Adesão à medicação. 2. Saúde mental. 3. Transtornos mentais. I. Maftum, Mariluci Alves.
II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.890231



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES. 40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **LETICIA DE OLIVEIRA BORBA**, intitulada: '**ADESÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL AO USO DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL**', após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação.

Curitiba, 26 de Fevereiro de 2016.

Prof MARILUCI ALVES MAFTUM (UFPR)
(Presidente da Banca Examinadora)

Prof ADRIANA INOCENTI MIASSO (USP/RP)

Prof JORGE VINICIUS CESTARI FELIX (UFPR)

Prof MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI (UFPR)

Prof VANDA MARIA DA ROSA JARDIM (UFPEL)

Dedico este trabalho aos meus amores, Sérgio, Ivone e Adriano.

AGRADECIMENTOS

A Deus por cuidar de minha saúde e da minha família, por sustentar-me diante das adversidades e por permitir que minha caminhada neste plano possa ser em meio a tantas alegrias.

Àqueles que amo incondicionalmente, meus pais, Sérgio e Ivone, meus exemplos de honestidade, dignidade e perseverança, por todo amor e renúncia. Por todos os esforços para minha educação. Sem vocês eu nada seria. Amo vocês!

Ao meu companheiro Adriano, por todo o amor, compreensão, auxílio e incentivo. Obrigada por tornar meus dias mais alegre e por me fazer feliz! Te amo!

A minha orientadora Dr^a Mariluci Alves Maftum, por compartilhar ao longo dos nossos oito anos de convivência seu conhecimento, por acreditar na minha capacidade, a minha gratidão e admiração.

Aos professores que compõe a banca de defesa, Dr^a Adriana Inocenti Miasso, Dr. Jorge Vinícius Cestari Felix, Dr^a Maria de Fátima Mantovani e Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim, pela disponibilidade e contribuições na revisão final deste trabalho.

A professora Dr^a Stela Vayego, pela paciência e disponibilidade para auxiliar na análise dos dados.

Às amigas Aline Zerwes, Fernanda Capistrano, Juliana Czarnobay, Tatiana Brusamarello, pessoas especiais que compartilharam essa caminhada comigo e a tornaram mais alegre. Foi um prazer aprender com vocês.

Ao amigo Rafael Haeffner por todo o incentivo, pela disposição em compartilhar o seu conhecimento.

Aos entrevistadores do trabalho de campo, por terem abraçado essa ideia, por toda ajuda e empenho, muito obrigada!

Aos colegas do Serviço de Transplante de Medula Óssea e da Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica do Hospital de Clínicas, por sempre me socorrerem com as trocas infindáveis de plantão e pelas palavras de incentivo nos momentos de extremo cansaço.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem, pelo acolhimento, oportunidade e aprendizado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo financiamento deste estudo.

A todos que mesmo não citados nominalmente contribuíram para a realização deste estudo.

"É exatamente disso que a vida é feita, de momentos. Momentos que temos que passar, sendo bons ou ruins, para o nosso próprio aprendizado. Nunca esquecendo do mais importante: nada nessa vida é por acaso. Absolutamente nada."

Chico Xavier

RESUMO

Estudo transversal, realizado de abril a junho de 2014 em dois Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba com 300 portadores de transtorno mental. O objetivo foi investigar a adesão do portador de transtorno mental ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental. Os dados coletados por meio de entrevista estruturada e consulta ao prontuário foram submetidos à análise descritiva e teste do Qui-quadrado e G de Williams com o auxílio do programa BioEstat®. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, com faixa etária de 40 aos 49 anos, solteiro, desempregado, dependente da renda familiar, com mais de oito anos de escolaridade. Tem-se que 32% usaram tabaco, 11% usaram álcool, 10% usaram drogas ilícitas no último ano e 61% tinham comorbidades clínicas. Houve predomínio dos participantes que perceberam seu estado de saúde como regular e tinham histórico familiar de transtorno mental. Do total de diagnósticos de transtornos mentais constantes no prontuário dos entrevistados, os prevalentes foram transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e depressão. A maioria dos participantes tinha tempo de doença entre um e dez anos, estava em tratamento no serviço a menos de um ano, recebeu informações sobre o transtorno e os medicamentos por profissional de saúde, tinha histórico de tentativas de suicídio, necessitou de internação devido o transtorno mental e relatou não usar corretamente os medicamentos antes da internação. Houve predomínio dos que tinham prescrição de mais de três medicamentos para o tratamento do transtorno mental, ingeriam mais de cinco comprimidos por dia, sentiam-se motivados para o uso dos medicamentos e relataram participação da família na terapêutica medicamentosa. Foram considerados aderentes à terapêutica medicamentosa 51% dos participantes, os do sexo masculino aderiram 1,47 vezes mais comparados aos do sexo feminino ($p=0,0006$), quem no último mês obteve renda individual inferior a um salário mínimo aderiu 0,51 vezes menos em relação aos que receberam mais de 2,5 salários mínimos ($p=0,0227$), aqueles sem histórico familiar de transtorno mental aderiram 1,34 vezes mais comparados aqueles com histórico familiar ($p=0,0100$), os com percepção de saúde regular e ruim aderiram respectivamente 0,67 e 0,69 vezes menos comparados aos que tinham percepção de saúde muito boa ($p=0,0143$). Os entrevistados com depressão associada a outro transtorno mental aderiram 0,42 vezes menos ($p=0,0415$), os com esquizofrenia aderiram 1,52 vezes mais ($p=0,0049$) comparados aos que tinham outro diagnóstico, aqueles com menos de um ano de tempo de doença aderiram 1,74 vezes mais comparados aos que tinham mais de 10 anos de curso do transtorno ($p=0,0292$) e quem fazia tratamento no serviço há mais de dois anos aderiu 0,40 vezes menos em relação aos que faziam tratamento há menos de um ano ($p=0,0103$). Os entrevistados com histórico de tentativa de suicídio aderiram 0,68 vezes menos comparados aos que não tinham tentativas prévias ($p=0,0008$), aqueles que deixaram de tomar o medicamento alguma vez no último mês aderiram 1,74 vezes mais comparados aos que deixaram de tomar ($p<0,0001$) e os que a família participava do uso dos medicamentos aderiram 1,54 vezes mais em relação aos que a família não participava ($p=0,0029$). A adesão à terapêutica medicamentosa foi baixa entre os participantes, trata-se de processo dinâmico que requer acompanhamento minucioso e estratégias que promovam a adesão e a segurança do paciente.

Palavras-chave: Adesão à medicação. Saúde mental. Transtornos mentais.

ABSTRACT

Crosscut study, held with 300 sufferers of mental disorders at two Psychosocial Centers in Curitiba/Paraná State, Brazil, between April and June of 2014. It objectified to investigate mental sufferers' adherence to the use of medication in mental health treatment. Data collection was carried out by means of semi-structured interview and consultation to medical records, being submitted to descriptive analysis, Chi-square and G-tests, Williams correction, with BioEstat® program. Most interviewees were female, between 40 and 49 years old, single, unemployed, dependent on their family income, and over eight years of schooling. 32% used tobacco, 11% used alcoholic beverages, 10% used illegal drugs along the past year, and 61% had clinical comorbidities. There was prevalence of participants who perceived their health status as regular and had family history of mental disorder. From the total of mental disorders in the interviewees' records, bipolar affective disorder, schizophrenia and depression prevailed. Most participants were mentally ill between one and ten years, were undergoing treatment in the Center for less than a year, were informed about the disorder and medication by a health professional, had a history of suicide attempts, needed hospitalization due to the mental disorder, and reported not to take the medication correctly before hospitalization. There was prevalence of those who had over three drugs prescribed to treat their mental disorder, took over 5 pills a day, felt motivated to use the medication, and reported family participation in the drug therapy. 51% of the participants complied with the drug therapy, males complied 1.47 times more than females ($p=0.0006$), the ones with individual income of less than a minimum wage had .51 times less adherence compared to those who earned over 2.5 minimum wages ($p=0.0227$) during the past month, those without family history of mental disorders complied 1.34 times more compared to those with family history ($p=0.0100$), those who perceived their health as regular or poor had respectively .67 and .69 times less adherence compared to those who had health perception as very good ($p=0.0143$). The interviewees suffering from depression associated with another mental disorder had .42 times less adherence ($p=0.0415$), the ones with schizophrenia complied 1.52 times more ($p=0.0049$) compared to those who had another diagnosis, the ones suffering less than a year complied 1.74 times more compared with those who suffered from the disorder for over 10 years ($p=0.0292$), and the ones undergoing treatment in the center for over two years complied .40 times less in relation to those who underwent treatment for less than a year ($p=0.0103$). The interviewees with a history of suicide attempt had .68 times less adherence compared to those who did not have any previous attempts ($p=0.0008$), those who did not take the medication some time during the past month complied 1.74 times more compared to the ones who discontinued it ($p < 0.0001$), and the ones with a participating family in the drug therapy had 1.54 times more adherence in relation to those whose family did not participate ($p=0.0029$). Adherence to drug therapy was low among the participants. It is a dynamic process requiring close monitoring and strategies policies which promote patients' adherence and safety.

Keywords: Medication adherence. Mental health. Mental disorders.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo variáveis demográficas, (N=300), Curitiba, 2014.....	37
Tabela 2	- Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo variáveis socioeconômicas, (N=300), Curitiba, 2014.....	38
Tabela 3	- Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo a variável uso de álcool e outras drogas, (N=300), Curitiba, 2014.....	39
Tabela 4	- Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo variáveis relacionadas à comorbidade clínica, Curitiba, 2014.....	40
Tabela 5	- Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo as variáveis percepção sobre sua saúde e histórico familiar de transtorno mental, (N=300), Curitiba, 2014.....	41
Tabela 6	- Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo variáveis relacionadas ao diagnóstico de transtorno mental, (N=300), Curitiba, 2014.....	42
Tabela 7	- Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo variáveis relacionadas à informação sobre o transtorno mental, (N=190), Curitiba, 2014.....	43
Tabela 8	- Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo variáveis relacionadas ao histórico de internação devido o transtorno mental, Curitiba, 2014.....	44
Tabela 9	- Distribuição dos portadores de transtorno mental por sexo segundo variáveis relacionadas à tentativa de suicídio, Curitiba, 2014.....	47
Tabela 10	- Distribuição dos medicamentos prescritos aos portadores de transtorno mental segundo classe medicamentosa e nome dos medicamentos, Curitiba, 2014.....	48
Tabela 11	- Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo a variável quantidade de medicamentos prescritos, Curitiba, 2014.....	50
Tabela 12	- Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo variáveis relacionadas à informação sobre os medicamentos prescritos, Curitiba, 2014.....	50

Tabela 13 - Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo variáveis relacionadas à aquisição de medicamentos, Curitiba, 2014.....	52
Tabela 14 - Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo variáveis relacionadas à motivação para usar os medicamentos para o tratamento do transtorno mental, Curitiba, 2014.....	53
Tabela 15 - Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo variáveis relacionadas à mudança no estado geral ao usar o medicamento, Curitiba, 2014.....	54
Tabela 16 - Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo variáveis relacionadas ao uso do medicamento, (N=300), Curitiba, 2014.....	55
Tabela 17 - Análise das variáveis demográficas e socioeconômicas dos portadores de transtorno mental associadas à adesão ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental, (N=300), Curitiba, 2014.....	57
Tabela 18 - Análise das variáveis clínicas dos portadores de transtorno mental associadas à adesão ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental, (N=300), Curitiba, 2014.....	59
Tabela 19 - Análise das variáveis farmacoterapêuticas dos portadores de transtorno mental associadas à adesão ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental, (N=300), Curitiba, 2014.....	61

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	-	Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição
CPLP	-	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
DP	-	Desvio Padrão
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	-	Intervalo de Confiança
MAT	-	Medida de Adesão ao Tratamento
PNM	-	Política Nacional de Medicamentos
RP	-	Razão de Prevalência
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
TAB	-	Transtorno Afetivo Bipolar
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	-	Transtorno Mental
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVOS.....	22
1.1.1	Objetivo geral.....	22
1.1.2	Objetivos específicos.....	22
2	MATERIAIS E MÉTODOS	23
2.1	TIPO DE ESTUDO.....	23
2.2	LOCAL DO ESTUDO.....	24
2.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	25
2.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	26
2.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	27
2.5.1	Instrumento 1.....	27
2.5.2	Instrumento 2 – Medida de Adesão ao Tratamento (MAT).....	27
2.6	VARIÁVEIS.....	32
2.6.1	Variável dependente.....	32
2.6.2	Variáveis independentes.....	32
2.7	TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES E TESTE PILOTO.....	33
2.8	COLETA DE DADOS.....	34
2.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	35
3	RESULTADOS	36
3.1	PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL	36
3.2	PERFIL CLÍNICO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL.....	39
3.3	PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL.....	48
3.4	ADESÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL AO USO DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL E OS FATORES ASSOCIADOS.....	56
3.4.1	Análise das variáveis demográficas e socioeconômicas dos portadores de transtorno mental associadas à adesão ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental.....	56
3.4.2	Análise das variáveis clínicas dos portadores de transtorno mental	

	associadas à adesão ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental.....	58
3.4.3	Análise das variáveis farmacoterapêuticas dos portadores de transtorno mental associadas à adesão ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental.....	60
4	DISCUSSÃO	63
5	CONCLUSÃO	97
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICE 1 – TCLE	119
	APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO 1	121
	APÊNDICE 3 – CARTA CONVITE	130
	APÊNDICE 4 – RÉGUA DE RESPOSTAS DO MAT	134
	APÊNDICE 5 – INSTRUMENTO 2 – MAT ADAPTADO	135
	APÊNDICE 6 – MANUAL DE PREENCHIMENTO	136
	APÊNDICE 7 – PLANILHA DE CONTROLE DIÁRIO DAS ENTREVISTAS	150
	ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	152
	ANEXO 2 – PARECER DE VIABILIDADE DA SMS DE CURITIBA	155
	ANEXO 3 – MAT ORIGINAL	156
	ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO PARA ADPATAÇÃO E USO DO MAT	157

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são responsáveis por parte significativa das enfermidades, ocupam importante espaço na prevalência das doenças crônicas mundiais e podem afetar o indivíduo em qualquer fase de sua vida, independentemente de sexo e de classe social. Apresentam manifestações psicológicas e/ou comportamentais associadas ao comprometimento funcional devido a alteração biológica, social, psicológica ou genética, que resulta em desgaste ou perturbação na vida pessoal do indivíduo (OMS, 2001; SADOCK; SADOCK, 2007; OMS, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2009, 2010) cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, neurobiológicos ou decorrentes do uso de substâncias psicoativas, com previsão que 25% da população mundial – uma em cada quatro pessoas – em algum momento de sua vida serão acometidas por esta enfermidade. Os transtornos mentais são responsáveis por 12% da carga global de doenças com estimativa de aumento deste percentual para 15% em 2030.

Neste cenário destacam-se os transtornos de humor (depressão e Transtorno Afetivo Bipolar - TAB) e a esquizofrenia, ambos considerados doenças incapacitantes, situadas entre as dez principais causas de morbidade mundial. A depressão grave é responsável por 11% do total de anos vividos com incapacidade, e cerca de um milhão de pessoas cometem suicídio a cada ano, sendo considerada a segunda causa mais comum de morte em pessoas jovens (OMS, 2001, 2009).

Dados disponibilizados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental evidenciam que 3% da população geral sofrem com transtornos mentais graves, severos e persistentes; mais de 6% apresentam transtornos mentais graves decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas e, 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, contínuo ou ocasional (BRASIL, 2008).

Andrade et al. (2012) ao estimarem a prevalência e gravidade dos transtornos mentais em amostra populacional de uma metrópole brasileira formada por 5037 indivíduos, alertaram que a prevalência de transtornos mentais está entre os maiores já existentes quando comparados a levantamentos epidemiológicos realizados em outros países.

Os transtornos mentais se caracterizam por sinais e sintomas específicos como as alterações da consciência, emoção, comportamento, pensamento,

percepção e memória que incorrem em alucinações, delírios, desorientação, agitação psicomotora, direcionamento da agressividade a si mesmo ou a outrem, comportamento inadequado e exposição social. Além disso, devido ao seu caráter crônico, o transtorno mental pode ocasionar prejuízos funcionais expressivos, dificuldades de autocuidado e de relacionamento interpessoal, baixa qualidade de vida e comprometimento social e ocupacional (MIASSO, 2006; SADOCK; SADOCK, 2007; MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009; SILVEIRA et al., 2011).

Sabe-se que o tratamento ao portador de transtorno mental requer múltiplas intervenções, dentre elas a terapêutica medicamentosa. A introdução dos psicofármacos no tratamento em saúde mental remonta a menos de um século, com início em 1952, quando os pesquisadores franceses Jean Delay e Pierre G. Deniker obtiveram sucesso no tratamento das pessoas com transtorno mental com a inserção da clorpromazina. Eles identificaram que esse fármaco contribuía na redução da agitação psicomotora, das alucinações e dos delírios (RODRIGUES, 2003; BRASIL, 2005; SADOCK; SADOCK, 2007; OMS, 2009, 2010).

A partir da descoberta e introdução da clorpromazina e dos demais antipsicóticos, vem sendo criados e fazem parte da terapêutica medicamentosa ao portador de transtorno mental, com eficácia comprovada cientificamente, os ansiolíticos, os reguladores de humor, indutores do sono, antidepressivos, figurando entre os medicamentos mais utilizados em todo o mundo (CORDIOLI et al., 2011).

Contudo, convém tecer ponderações referentes ao uso de psicofármacos na saúde mental, visto que devido a sua grande popularização, surgem questionamentos em relação ao seu uso indiscriminado. Neste sentido, Rodrigues (2003) e Machado e Lessa (2012) refletem sobre a temática da medicalização da vida cotidiana, como promessa de um estado de felicidade e satisfação permanentes, como instrumento de modelagem do comportamento humano para a construção ilusória de um sujeito sem conflitos, sem limitações e sem angústias.

Ressalta-se que a crítica não é dirigida ao uso do medicamento no tratamento em saúde mental, pois seria uma insensatez, ao considerar que o avanço no campo dos recursos farmacológicos tem contribuído para a diminuição do sofrimento de quem padece de problemas psíquicos. No entanto, a censura se volta ao seu uso como terapêutica absoluta. O uso de medicamento no tratamento em saúde mental deve ser um instrumento que permita a expressão da liberdade, da singularidade e a reinserção social do sujeito e não a modelagem de seu

comportamento, o seu aprisionamento ou alienação (RODRIGUES, 2003; KANTORSKI et al., 2013).

O uso dos psicofármacos no tratamento em saúde mental deve estar em consonância com a Política Nacional de Medicamentos (PNM) aprovada pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, com os objetivos de garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2001).

O uso racional é entendido como um processo que garante a eficácia, a segurança e a qualidade do medicamento. Esse processo deve ser orientado por uma prescrição que corresponda às necessidades clínicas do paciente, pela disponibilidade de medicamentos ao menor custo para a pessoa e para a sociedade, pela observação das doses e do período de tempo adequado do tratamento. Assim, espera-se facilitar a adesão ao uso dos medicamentos por parte dos pacientes e, conseqüentemente, possibilitar maior sucesso na terapia medicamentosa (BRASIL, 2001, 2011a; OMS, 2009).

Destarte, a terapêutica medicamentosa na saúde mental norteadada pelo princípio do uso racional apresenta benefícios que são indiscutíveis, uma vez que tem por finalidade a recuperação do melhor estado de saúde, a diminuição dos riscos relacionados às doenças crônicas, o alívio dos sintomas, a redução de incapacidades e de recaídas (OMS, 2010; BRASIL, 2011a). Anteriormente à descoberta dos psicofármacos os tratamentos disponíveis aos portadores de transtorno mental se baseavam na força física, na insulino-terapia, na lobotomia, entre outras técnicas hoje em desuso e consideradas iatrogênicas (BRASIL, 2005; PAES; BORBA; MAFTUM, 2011; GUIMARÃES et al., 2013).

A literatura sugere que sem o uso de psicofármacos associado às intervenções sociais e psicológicas esta clientela estaria fadada a passar um quarto de sua vida adulta dependente de internações integrais e a metade de seus anos vividos com sérias limitações funcionais e sociais (STUART; LARAIA, 2001; MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009).

É preciso considerar que a eficácia da terapêutica medicamentosa está diretamente relacionada à adesão do portador de transtorno mental ao uso dos medicamentos prescritos e um dos problemas mais encontrados é, justamente, a recusa, o uso irregular ou o abandono do tratamento (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009; CARDOSO; GALERA, 2011).

Conti et al. (2012) em estudo de coorte com 11.797 portadores de transtornos mentais graves na Itália, identificaram que 72,1% deles interromperam o tratamento durante os 12 meses de acompanhamento. Adelufosi et al. (2012) verificaram que dos 313 participantes com esquizofrenia em atendimento ambulatorial na Nigéria, 40,3% foram classificados como não aderentes ao uso do medicamento prescrito.

Estudo desenvolvido por Mahaye et al. (2012) com 95 portadores de transtorno mental em regime ambulatorial de tratamento na África do Sul, demonstrou que 36,8% dos sujeitos foram classificados como apresentando baixa adesão, 50,6% adesão moderada e apenas 12,6% com boa adesão à terapêutica medicamentosa.

Além disso, autores como Miasso, Monteschi e Giacchero (2009), Clatworthy et al. (2009), Nicolino et al. (2011), Cruz et al. (2011), Cardoso et al. (2011), Berger et al. (2012) e Gibson et al. (2013) também mencionaram a dificuldade de adesão dos portadores de transtorno mental ao uso dos medicamentos prescritos para o seu tratamento.

Diante dessa realidade, a questão da adesão à terapêutica medicamentosa nessa clientela constitui desafio importante na prática clínica do enfermeiro no seu processo de cuidar na saúde mental, ao considerar que a não adesão pode aumentar a frequência e a intensidade das crises e o número de hospitalizações/reinternações que são acompanhadas por perdas afetivas, cognitivas, financeiras, no trabalho, no lazer, nos estudos, entre outras esferas da vida cotidiana do paciente (CARDOSO; GALERA, 2006; MIASSO et al., 2009; MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009; MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011; NICOLINO et al., 2011; SILVA et al., 2012; DiBONAVENTURA et al., 2012; SYLVIA et al., 2013).

Também onera custos ao sistema de saúde, está relacionada a maior procura por atendimento nos serviços de emergência, ao aumento das taxas de suicídio, a piora no prognóstico, ao comprometimento da qualidade de vida dos pacientes e familiares, e ao risco de agressividade (CARDOSO; GALERA, 2006; MIASSO et al., 2009; MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009; POMPILI et al., 2009; MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011; NICOLINO et al., 2011; MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012; DiBONAVENTURA et al., 2012; SILVA et al., 2012; GIBSON et al., 2013; SYLVIA et al., 2013).

Em uma revisão de literatura sobre conceitos e pressupostos relacionados à adesão ao tratamento o conceito de adesão variou entre os diversos autores, mas, de forma geral, foi compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos, observando inclusive horários, doses e tempo de tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

A adesão pode ser entendida como o grau em que a pessoa segue as recomendações do profissional de saúde consultado, retorna ao serviço e mantém o tratamento indicado seja ele comportamental ou medicamentoso (OMS, 2003; SADOCK; SADOCK, 2007).

A Organização Mundial da Saúde amplia a discussão sobre a temática ao indicar que a adesão é um fenômeno multidimensional e que não depende unicamente do paciente, pois é produto da interação entre as dimensões relacionadas ao paciente, à equipe de saúde/serviço de saúde, aos fatores socioeconômicos e à terapêutica proposta (OMS, 2003).

Os termos mais utilizados na língua inglesa para definir adesão, são *adherence* e *compliance*, a eles são atribuídas definições distintas. *Adherence* – aderência - remete ao entendimento do paciente como sujeito ativo nesse processo, que participa e assume responsabilidades sobre o seu tratamento, que opta por seguir ou não as recomendações do profissional de saúde. Já, o termo *compliance* pode ser traduzido como obediência e pressupõe papel passivo do paciente em relação ao seu tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

A adesão ao uso de medicamentos pode ser medida por meio de métodos diretos e indiretos, ambos apresentam vantagens e desvantagens, entretanto, nenhum deles é considerado padrão ouro, o que se tem descrito na literatura é que uma combinação de métodos aumenta a precisão da estimativa de adesão. São considerados métodos diretos a medição das concentrações do fármaco ou do seu metabólito no sangue, e a detecção de um marcador biológico adicionado ao fármaco, contudo, são métodos dispendiosos do ponto de vista financeiro para sua operacionalização (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; SILVA et al., 2012).

Os métodos indiretos incluem avaliação da resposta clínica, contagem de comprimidos, e o auto relato, que envolve o questionamento do paciente por meio de entrevista ou questionário. Esses são métodos relativamente fáceis de usar, mas podem ser suscetíveis a erros e tendem a resultar em superestimação da real adesão, visto que os pacientes que não fazem o uso correto dos medicamentos

podem afirmar que o fazem, em função da dificuldade ou receio em explicitar um padrão de comportamento questionável pelos profissionais de saúde (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; SILVA et al., 2012).

A adesão à terapêutica medicamentosa é um comportamento difícil de ser estabelecido (REINERS et al., 2008; OMS, 2009). A não adesão é preocupante, quando reconhecidamente apenas um terço dos pacientes adere ao tratamento nas diferentes patologias que necessitam de terapêutica contínua. Contudo, desse um terço que adere muitos no primeiro ano também apresentarão problemas no seguimento do tratamento indicado para a manutenção do seu estado de saúde (SADOCK; SADOCK, 2007).

Alguns aspectos são identificados como preditores de dificuldades na adesão ao uso de medicamentos na saúde mental, tais como a percepção que o paciente tem sobre a sua condição de saúde, o tipo de transtorno, o uso de drogas, não ser incluído na discussão sobre o seu próprio tratamento e a complexidade do regime terapêutico, principalmente no que diz respeito ao uso de vários medicamentos simultaneamente (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; SADOCK; SADOCK, 2007; REINERS et al., 2008; CRUZ et al., 2011; SILVA et al., 2012; ALENE et al., 2012; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

Estudo de seguimento sobre adesão ao uso de psicofármacos na saúde mental desenvolvido no Brasil por Calfat et al. (2012) em uma emergência psiquiátrica com 175 participantes mostrou que as principais razões para a interrupção do uso da medicação foram a ocorrência de efeitos colaterais, a falta da medicação prescrita em serviços públicos de saúde, o custo dos medicamentos quando não estão disponíveis gratuitamente e a própria decisão do paciente em interromper o uso. Os autores pontuaram que o encaminhamento do paciente para um serviço psiquiátrico seja ele de base comunitária ou não, não garante o seguimento do tratamento, pois esse vai depender da possibilidade de acesso aos serviços de saúde.

Autores como Leite e Vasconcellos (2003), Osterberg e Blaschke (2005), Cardoso e Galera (2006), Miasso et al. (2009), Miasso, Monteschi e Giacchero (2009), Gibson et al. (2013) e Remondi, Cabrera e Souza (2014) evidenciaram em seus estudos que a disponibilidade limitada dos serviços de saúde mental, as dificuldades de acesso ao serviço como falta de agenda, o intervalo longo entre as consultas, a dificuldade para aquisição da receita ou do próprio medicamento na

rede pública, a insatisfação com a equipe de saúde responsável por seu tratamento e a má qualidade do atendimento oferecido, são preditores de dificuldades no processo de adesão à terapêutica medicamentosa na saúde mental.

Sylvia et al. (2013) em estudo de coorte desenvolvido com 3.337 portadores de TAB em Boston nos Estados Unidos, constataram que foram associados à baixa adesão fatores como tentativas prévias de suicídio, início precoce da doença e tempo de espera pelo atendimento. Entretanto, pacientes que se sentiam respeitados e ajudados pelos profissionais de saúde apresentavam maior propensão em aderir ao tratamento, independentemente da presença dos fatores associados à baixa adesão. Isso corrobora a ideia de que a qualidade da aliança terapêutica e a satisfação do paciente em relação à assistência recebida tem associação positiva com a adesão.

São entendidas ainda como barreiras ao seguimento da terapêutica medicamentosa, o não entendimento por parte dos pacientes das orientações oferecidas pelo profissional de saúde, problemas referentes ao suporte familiar e ao apoio social, os efeitos colaterais da medicação, a crença de que ela é ineficaz porque não promove a cura, a falta de *insight* sobre o transtorno, a sensação de ser controlado pelo medicamento, a percepção de que está curado frente à remissão da sintomatologia e a dificuldade em lembrar de tomar a medicação quando há necessidade de auto gerenciar a administração do medicamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; CARDOSO; GALERA, 2006; REINERS et al., 2008; MIASSO et al., 2009; MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009; MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010; NICOLINO et al., 2011; CARDOSO et al., 2011; SILVA et al., 2012; GIBSON et al., 2013).

Diante do exposto, a temática da adesão à terapêutica medicamentosa pelo portador de transtorno mental se faz importante e relevante para discussão e estudo, uma vez que a melhor compreensão dos fatores associados a essa realidade pode possibilitar mudança na prática profissional do enfermeiro e demais membros da equipe de saúde por meio do planejamento das ações de cuidado e da implantação de estratégias de intervenção com o intuito de prevenir as onerosas intercorrências provenientes da não adesão, promover a adesão e a manutenção do melhor estado de saúde possível dos portadores de transtornos mentais.

1.2 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Investigar a adesão do portador de transtorno mental ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a. Caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico do portador de transtorno mental;
- b. Verificar a adesão do portador de transtorno mental ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental pela aplicação do instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT);
- c. Verificar as associações entre as variáveis demográfica, socioeconômica, clínica e farmacoterapêutica com a adesão ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal.

Estudos descritivos são frequentemente o primeiro passo em uma investigação epidemiológica, no qual as variáveis descritas apresentam o estado de saúde ou o perfil de uma determinada comunidade (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

O delineamento transversal é uma estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de uma população (censo) ou parte dela (amostra). Dessa forma, a inferência é realizada pela referência dos resultados a uma população definida em determinado local e período (FLETCHER; FLETCHER, 2006; MEDRONHO et al., 2009; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

Os estudos transversais são denominados estudos de prevalência, pois o resultado mais geral que se procura alcançar é uma prevalência, e, estudo seccional, ao considerar que as informações são coletadas em menor tempo possível, decorrido entre a observação do primeiro e do último participante. Entretanto, a lógica da análise de dados ignora este intervalo de tempo e considera que todas as informações foram coletadas ao mesmo tempo (MEDRONHO et al., 2009).

Esse tipo de estudo é útil para avaliar as necessidades de saúde da população e conhecer como uma ou mais características (variáveis), individuais ou coletivas, distribuem-se em determinada população. A descrição dessa distribuição é uma das principais fontes para o planejamento de ações voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação (MEDRONHO et al., 2009).

Nesse delineamento, a exposição e o desfecho são coletados simultaneamente, impossibilitando o pesquisador de estabelecer a sequência temporal dos eventos, o que implica em dificuldade para analisar relações causais. Porém, sempre é possível por meio de estudos transversais testar a existência de associações estatísticas entre as variáveis (FLETCHER; FLETCHER, 2006; MEDRONHO et al., 2009; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

2.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para tratamento de portadores de transtorno mental maiores de 18 anos do município de Curitiba/Paraná, sendo um CAPS II e um CAPS III.

A intenção inicial era a de realizar o estudo nos quatro CAPS (dois CAPS II e dois CAPS III) em que à época da coleta dos dados prestavam atendimento há cerca de 1225 portadores de transtorno mental na referida capital, distribuídos quantitativamente conforme Quadro 1. Entretanto, dada as inúmeras dificuldades encontradas para a realização do estudo junto aos órgãos competentes, como mudança de todas as equipes do serviço, renegociação de entrada no campo após negociações anteriores, recusa em participar da pesquisa por responsáveis de dois CAPS e limitação de tempo para coleta de dados, o estudo foi realizado nos dois serviços que aceitaram participar, CAPS II B e CAPS III D.

QUADRO 1 - TOTAL DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL CADASTRADOS EM CADA CAPS II E III DO MUNICÍPIO DE CURITIBA/PARANÁ

CAPS	Total de portadores de transtorno mental cadastrados nos CAPS
CAPS II A*	295
CAPS II B *	320
CAPS III C*	420
CAPS III D*	190

FONTE: Dados fornecidos pela coordenação de cada um dos serviços em fevereiro de 2014.

NOTA: *Os CAPS foram identificados por letras a fim de preservar o sigilo sobre o local.

Para a escolha do local levou-se em consideração a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a rede de atenção psicossocial para portadores de transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O CAPS é um dos componentes da rede de atenção psicossocial especializada voltado para o acolhimento e cuidado de pessoas que sofrem de transtorno mental em seu território. Além disso, trata-se de um serviço substitutivo em crescente expansão no país em conformidade com os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2011b).

Em 2000 havia 208 CAPS no país, em 2014 o quantitativo chegou a 2209 e os últimos dados publicados em 2015 referentes à saúde mental indicaram cobertura nacional de 0,86 CAPS/100 mil habitantes e o aumento da expansão desses

serviços em todas as regiões do país. No Paraná, a cobertura é de 0,89 CAPS/100 mil habitantes, considerada como muito boa (BRASIL, 2015).

Os CAPS diferem entre si de acordo com a quantidade populacional do município e as características da população atendida em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad (álcool e drogas), CAPS ad III e CAPS i (infantil).

O CAPS II destina-se ao atendimento de portadores de transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, não oferece atendimento em tempo integral, é indicado para municípios com mais de 70.000 habitantes. Já o CAPS III, atende portadores de transtornos mentais graves e persistentes, proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, e acolhimento noturno, é indicado para municípios com mais de 200.000 habitantes (BRASIL, 2011b).

Apesar das diferenças em relação ao horário de funcionamento, número populacional e presença de leitos para internação, os CAPS II e III onde o estudo foi desenvolvido apresentam dinâmica semelhante de trabalho. Em ambos os serviços, o atendimento diário aos portadores de transtorno mental, cadastrados para tratamento é constituído por equipe multiprofissional, o cuidado é desenvolvido por meio do Projeto Terapêutico Singular e são realizadas diversas atividades tais como atendimentos individuais, grupos operativos, terapêuticos, oficinas, consultas, orientações aos familiares, assembleias de usuários, reuniões de equipe para discussão e condução dos casos, entre outras.

2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 300 portadores de transtorno mental, 182 no CAPS II B e 118 no CAPS III D o que corresponde ao total de portadores de transtorno mental que frequentaram os dois CAPS no período de abril a junho de 2014 e se enquadravam nos critérios de inclusão.

Foram considerados elegíveis para a pesquisa todos os portadores de transtorno mental maiores de 18 anos, que frequentaram o CAPS II e III para realização de suas atividades no período da coleta de dados e que tinham prescrição medicamentosa para o tratamento do transtorno mental.

Foram excluídos os portadores de transtorno mental em tratamento nos CAPS II e III que se encontravam em situação de agudização dos sinais e sintomas psiquiátricos, em atendimento eventual ou que não apresentavam condições para responder as perguntas durante a entrevista. Tanto a situação de agudização dos sinais e sintomas psiquiátricos como o fato do portador de transtorno mental não apresentar condições para responder as perguntas foram sustentados pela avaliação da equipe de saúde do serviço.

Os portadores de transtorno mental foram convidados a participar da pesquisa por meio de convite verbal. Do total de 510 portadores de transtorno mental cadastrados nos dois CAPS, foram abordados 370, destes 300 aceitaram participar do estudo, 14 não aceitaram participar mesmo após terem sido abordados por pelo menos três vezes em dias distintos e 56 não se enquadravam nos critérios de inclusão (13 estavam em crise ou em internamento integral e 43 não tinham condições de responder as perguntas devido comprometimento importante em função do processo de cronificação da doença), os 140 indivíduos que não foram abordados, não frequentaram o CAPS durante o período de coleta dos dados.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo faz parte do projeto intitulado “Adesão ao uso de medicamento pelo portador de transtorno mental”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná sob número 406.158 em 25/09/2013 (ANEXO 1). Foi submetido à análise de viabilidade por parte do Centro de Educação em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Prefeitura Municipal de Curitiba sendo considerado viável em novembro de 2013 (ANEXO 2).

Os aspectos éticos foram salvaguardados de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013a).

Os participantes foram esclarecidos sobre a finalidade, os objetivos e a metodologia do estudo, bem como foram sanadas as dúvidas existentes e aqueles que aceitaram participar foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) em duas vias.

O anonimato dos participantes, bem como a livre participação foram garantidos em todas as etapas do estudo, e a desistência da participação, a qualquer momento, foi assegurada.

2.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Neste estudo foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados descritos a seguir:

2.5.1 Instrumento 1

Este instrumento (APÊNDICE 2) foi construído pela autora deste estudo, por meio da análise de questões encontradas em artigos, teses e dissertações sobre a temática. Constitui-se por 65 questões que caracterizam o perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico do portador de transtorno mental e os possíveis fatores que podem ser relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa.

Foram coletadas por meio da análise do prontuário dos portadores de transtorno mental entrevistados, as seguintes questões: diagnóstico de transtorno mental descrito no prontuário do (a) participante pelo médico (CID-10); cópia da última prescrição médica que consta no prontuário do (a) participante; quantidade de medicamentos prescritos de acordo com a última prescrição médica que consta no prontuário do (a) participante e quantidade de comprimidos ingerida por dia segundo a última prescrição médica constante no prontuário do (a) participante.

2.5.2 Instrumento 2 - Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

Embora existam estudos de validação de medidas de adesão ao tratamento medicamentoso em diversas doenças de curso crônico, não há consenso sobre qual seria o melhor instrumento para avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa. Assim, nesse estudo optamos por utilizar uma medida de auto relato, visto que os métodos de avaliação diretos são dispendiosos do ponto de vista econômico e a contagem de comprimidos envolve pelo menos duas visitas a casa dos indivíduos e depende que estes tenham guardado as embalagens dos medicamentos em uso.

Utilizamos o MAT por considerarmos que as respostas em escala de *likert* possibilitam abarcar diferentes situações que podem ser vivenciadas pelos portadores de transtorno mental quando comparado a outros instrumentos indiretos de verificação da adesão nos quais as possibilidades de resposta limitam-se a uma escala dicotômica.

Este instrumento foi desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima (2001) em Lisboa, Portugal em um estudo com 167 portadores de doença crônica em geral. É composto por sete itens que avaliam o comportamento do indivíduo em relação à adesão ao tratamento medicamentoso (ANEXO 3).

As respostas aos sete itens são obtidas por uma escala de *Likert*, com as seguintes pontuações: sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). O grau de adesão é obtido somando-se os valores de cada resposta (variam de 1 a 6) e dividindo-se pelo número de itens (7). Quanto maior o valor obtido maior é a adesão ao tratamento (DELGADO; LIMA, 2001).

O valor encontrado é convertido em escala dicotômica (adesão e não adesão). São considerados como não aderentes ao tratamento os sujeitos que obtêm no cálculo de média aritmética valores de um a quatro, referentes às respostas sempre, quase sempre, com frequência e às vezes. São considerados aderentes ao tratamento os que obtêm no cálculo de somatória e divisão dos itens, valores entre cinco e seis, referentes às respostas raramente e nunca (DELGADO; LIMA, 2001).

No estudo desenvolvido por Delgado e Lima (2001) há uma consistência interna aceitável de 0,74 (alfa de Cronbach) quando os participantes respondem os sete itens em escala de *Likert*, e esta consistência interna se mantém ao converter a escala de *Likert* em dicotômica (alfa de Cronbach 0,75). Entretanto, quando eles respondem os sete itens de forma dicotômica, a consistência interna é mais baixa (alfa de Cronbach 0,54). Além disso, as respostas em escala de *Likert* apresentaram valores mais elevados de especificidade (0,73) e sensibilidade (0,77) quando comparadas a escala dicotômica (especificidade 0,53 e sensibilidade 0,73).

Os autores proponentes do MAT enfatizam a importância desse instrumento ter sido validado, visto que devido a sua flexibilidade e adaptabilidade ele se aplica a grande parte dos contextos clínicos e terapêuticos fornecendo um esboço do perfil de adesão ao tratamento medicamentoso aos profissionais de saúde. Mesmo que esta medida não explique os fatores relacionados com a adesão ou não adesão, ela

é necessária para estabelecer melhor ajustamento do tratamento medicamentoso (DELGADO; LIMA, 2001).

A aplicação e adaptação do MAT foram autorizadas pelo Departamento de Psicologia Social e das Organizações da Escola de Ciências Sociais e Humanas do Instituto Universitário de Lisboa – Portugal (ANEXO 4).

No Brasil, foram encontrados alguns estudos que utilizaram o MAT para verificar a adesão à terapêutica medicamentosa, como exemplo cita-se o estudo de Gimenez, Zanetti e Haas em 2009, realizado com pacientes diabéticos, e o de Carvalho et al. em 2010, com pacientes em uso de anticoagulação oral, em ambos foi realizada adaptação do instrumento para os objetivos da pesquisa.

Entretanto, na literatura consultada até o desenvolvimento do projeto de pesquisa, não foram encontrados estudos no Brasil reportando a aplicabilidade do MAT em amostras de pessoas portadoras de transtorno mental, o que implicou em realizar a adaptação transcultural do instrumento.

Para Beaton et al. (2007 p. 3) o processo de adaptação transcultural se esforça para produzir equivalência quanto ao conteúdo. Eles recomendam a realização de cinco etapas para a adaptação transcultural de um instrumento, a saber: tradução, síntese das traduções, retradução, avaliação por comitê de especialistas e pré-teste. Os mesmos autores explicitam que nem sempre todas essas etapas são necessárias, depende do cenário em que será aplicado o instrumento, como evidenciado no Quadro 2.

QUADRO 2 – CENÁRIOS QUE EXIGEM ALGUMA FORMA DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Necessidade em usar um questionário em nova população descrita como a seguinte:	Resulta em mudança na...			Adaptação Necessária	
	Cultura	Linguagem	País de uso	Tradução	Adaptação
A- Usar na mesma população. Sem nenhuma mudança na cultura, idioma ou país de origem	-	-	-	-	-
B- Usar em imigrantes estabelecidos no país de origem	✓	-	-	-	✓
C- Usar em outro país, mas mesma língua.	✓	-	✓	-	✓
D- Usar em novos imigrantes que não falam inglês, mas no mesmo país de origem	✓	✓	-	✓	✓
E- Usar em outro país e outra língua.	✓	✓	✓	✓	✓

FONTE: Beaton et al. (2007).

Este estudo, enquadra-se na condição de utilizar o instrumento em outro país de mesma língua ao considerar que Brasil e Portugal firmaram em 2009 acordo internacional no que se refere a questão de ortografia da língua portuguesa. Ambos os países fazem parte da Comunidade Internacional dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), criada em 1996, por meio da qual se comprometem a promover e difundir a língua portuguesa, além de cooperar em relação à educação, ciência, tecnologia e cultura dos nove países membros, que embora separados geograficamente, possuem o idioma em comum (BRASIL, 2007; CPLP, 2013).

Desse modo, Beaton et al. (2007) recomendam que quando o instrumento se adequa as condições explicitadas no item C do Quadro 2, não há necessidade de realizar o processo de tradução do instrumento, sendo necessário proceder a adaptação transcultural, que envolve a análise do instrumento adaptado quanto aos aspectos de equivalência semântica, experiencial e conceitual por um comitê de *experts* e a aplicação do instrumento em um teste piloto.

Assim, o instrumento MAT após ter o uso e adaptação autorizados pelos seus idealizadores foi adaptado para aplicação em portadores de transtorno mental, sendo submetido a um comitê de *experts* para análise quanto a clareza dos itens, coerência ao foco deste estudo, facilidade de leitura, compreensão e apresentação do instrumento.

Foram convidados por meio de contato eletrônico, 20 *experts*, sendo-lhes enviada uma carta convite com os esclarecimentos pertinentes, o instrumento original, e a versão adaptada para avaliação (APÊNDICE 3). Aceitaram participar da fase de adaptação do instrumento 10 *experts*, todos com mestrado/doutorado na área da saúde mental.

Entre eles houve consenso em relação à clareza da adaptação realizada e apresentação dos itens do instrumento. Para facilitar a compreensão foi sugerida a inserção da expressão 'sua doença mental' em substituição a 'doença' presente no instrumento original, ao considerar que os participantes do estudo poderiam apresentar comorbidades que também exigissem o uso de medicamentos contínuos levando-os a associar as perguntas sobre o comportamento relacionado à ingestão de medicamentos a todos os medicamentos que faziam uso, e não exclusivamente aos psicofármacos prescritos para o tratamento em saúde mental, foco desse estudo.

Quanto a esta sugestão, Carvalho et al. (2010) apontaram que os usuários de anticoagulantes orais quando questionados sobre o uso dos medicamentos de forma geral apresentaram tendência a responder aos itens do MAT referindo-se a todos os medicamentos que usavam para diferentes patologias crônicas que possuíam, e que quando questionados sobre o uso de anticoagulantes orais especificamente respondiam aos itens do MAT de forma mais precisa, referindo-se exclusivamente à terapia de anticoagulação oral.

Depois de reunidas e analisadas as sugestões dos *experts*, redigiu-se nova redação dos itens do MAT, o instrumento foi novamente enviado aos mesmos *experts* e não existindo mais nenhuma solicitação de mudança por parte destes, o MAT adaptado para ser utilizado em portadores de transtorno mental foi avaliado em um teste piloto.

Ressalta-se que durante a realização do teste piloto foi utilizada uma régua (APÊNDICE 4) com as seis possibilidades de resposta contidas no MAT, esta foi entregue aos participantes para a utilizarem durante aplicação do MAT adaptado, a fim de facilitar a compreensão e visualização das opções de resposta referentes a esse instrumento.

O teste piloto representa a fase final do processo de adaptação, Beaton et al. (2007) recomendam que ele seja realizado de preferência com 30 a 40 participantes. O MAT adaptado foi aplicado em 30 portadores de transtorno mental que não integraram a amostra final. Após eles responderem aos sete itens do instrumento, foram questionados se tiveram alguma dificuldade na compreensão das perguntas, se tinham alguma sugestão de mudança e como avaliavam o uso da régua durante a aplicação do MAT adaptado, a maioria dos participantes solicitou que a expressão 'sua doença mental' fosse substituída por 'transtorno mental', considerando que a primeira poderia conotar uma questão de preconceito historicamente construído em relação às pessoas que são acometidas por algum transtorno mental, bem como avaliaram o uso da régua positivamente como facilitador do processo de aplicação do MAT adaptado. A versão final do MAT adaptado (APÊNDICE 5) foi utilizada na entrevista realizada com os 300 participantes deste estudo.

2.6 VARIÁVEIS

2.6.1 Variável dependente (desfecho): adesão à terapêutica medicamentosa verificada por meio do MAT.

2.6.2 Variáveis independentes

Variáveis demográficas e socioeconômicas: sexo, faixa etária, cor¹, situação conjugal, religião¹, escolaridade, abandono dos estudos, motivo do abandono dos estudos, situação em relação ao trabalho, principal fonte de renda, renda individual no último mês², renda familiar no último mês², dependem da renda familiar e com quem reside.

Variáveis clínicas: uso de tabaco, uso de álcool, uso de drogas ilícitas no último ano, droga utilizada, comorbidade clínica, tipo de comorbidade clínica, quantidade de comorbidade clínica, uso de medicação para o tratamento da comorbidade clínica, percepção sobre saúde, histórico familiar de transtorno mental, sabe informar o seu diagnóstico de transtorno mental, diagnóstico de transtorno mental informado confere com o descrito no prontuário, diagnóstico de transtorno mental, tempo de doença, tempo de tratamento no CAPS, informação sobre o transtorno mental por profissional de saúde, satisfação com a informação recebida, profissionais de saúde que forneceram informação sobre o transtorno mental, histórico de internação devido o transtorno mental, uso correto dos medicamentos antes da internação, local/quantidade de vezes e motivos da internação, tentativa de suicídio, quantidade de tentativas, método utilizado e substância utilizada na intoxicação exógena.

Variáveis farmacoterapêuticas: classe medicamentosa, medicamentos por nome, quantidade de medicamentos prescritos, quantidade de comprimidos ingeridos por dia para o tratamento do transtorno mental, sabe informar o nome dos medicamentos prescritos para o tratamento do transtorno mental, informações sobre os medicamentos por profissional de saúde, satisfação com as informações recebidas, profissionais de saúde que forneceram informações, dúvidas sobre os

¹ Variáveis estruturadas de acordo com IBGE (2010).

² Salário mínimo vigente no período de coleta de dados R\$ 724,00 de acordo com o Decreto nº 8.166, de 23 de dezembro de 2013 (Brasil, 2013b).

medicamentos, aquisição dos medicamentos, dificuldade para aquisição dos medicamentos, tipo de dificuldade, motivação para seguir a terapêutica medicamentosa, fatores de motivação, fatores de desmotivação, deixar de tomar o medicamento alguma vez no último mês, motivo pelo qual não tomou o medicamento alguma vez no último mês, sentir mudança agradável no seu estado geral ao usar o medicamento, o que sentiu de agradável, sentir mudança desagradável no seu estado geral ao usar o medicamento, o que sentiu de desagradável, cuidar sozinho dos horários e doses da medicação, quem ajuda com os horários e doses da medicação, incentivo e participação da família na terapêutica medicamentosa e participação em outras atividades.

2.7 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES E TESTE PILOTO

Foram selecionados para a coleta de dados deste estudo, dez entrevistadores. Estes receberam uma capacitação de 20 horas realizada nos dias 03 e 04 de fevereiro de 2014. Durante a capacitação, foram discutidos os instrumentos de coleta de dados (organização, questões, codificações), o manual de preenchimento dos instrumentos (APÊNDICE 6), a logística do trabalho de campo, a abordagem do portador de transtorno mental, bem como realizada a simulação da aplicação dos instrumentos.

No período de 18 a 26 de março de 2014 foi realizado o teste piloto do estudo com 30 portadores de transtorno mental em seus domicílios e em uma Associação de portadores de transtorno mental, com o intuito de verificar a inteligibilidade e clareza dos instrumentos 1 e 2, a coerência entre as perguntas, ordem de sequência e duração provável da entrevista, e realizar a última etapa do processo de adaptação transcultural do MAT.

Ao término do teste piloto, novo encontro com os entrevistadores de campo foi realizado para avaliação da atividade e discussão sobre os problemas identificados durante a aplicação dos instrumentos. Encerrada essa fase, as adequações necessárias foram realizadas, bem como repassadas as últimas orientações pertinentes à coleta de dados.

2.8 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2014, foi realizada por 10 entrevistadores devidamente capacitados com supervisão diária da autora deste trabalho. Essa etapa do estudo foi previamente discutida e acertada com as autoridades sanitárias dos CAPS, as quais consentiram a coleta de dados junto aos portadores de transtorno mental e seus prontuários.

A autora do estudo reuniu-se com a coordenação dos dois CAPS para programar a coleta de dados respeitando a dinâmica do serviço. Primeiramente sendo apresentada à equipe multiprofissional e solicitando o apoio dos profissionais para a realização da coleta de dados. Em um dos serviços julgou-se pertinente a participação da autora nas atividades do CAPS por uma semana, com o intuito de conhecer os portadores de transtorno mental, apresentar-lhes a proposta do estudo e convidá-los a participar da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu simultaneamente nos dois serviços, os participantes foram recrutados por meio de convite verbal antes e após as atividades de grupo realizadas no CAPS no período de coleta de dados, de modo que todos os portadores de transtorno mental que estavam no serviço e se enquadravam nos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo.

Essa dinâmica foi possível, pois os entrevistadores de campo foram divididos por escala de trabalho, com duas a quatro pessoas, de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 13h00min e das 13h00min às 17h00min. Os entrevistadores durante os dois meses de coleta de dados estiveram presentes no CAPS todos os dias de funcionamento do serviço.

Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada com duração de aproximadamente 50 minutos e consulta ao prontuário dos participantes, ambas guiadas pelos instrumentos estruturados 1 e 2 já apresentados no tópico 'instrumentos de coleta de dados (pág. 27). A coleta dos dados no prontuário dos participantes foi autorizada por eles e realizada diariamente ao final do turno de entrevistas pela autora do trabalho.

Ao término de cada turno de coleta de dados os instrumentos preenchidos pelos entrevistadores foram revisados pela autora do estudo, a qual examinou se todas as questões foram respondidas e se havia algum problema no preenchimento.

Os entrevistadores também preencheram uma planilha diária (APÊNDICE 7) que continha o nome dos participantes já entrevistados, as recusas e as perdas.

2.9 ANÁLISE DOS DADOS

Após aplicação dos instrumentos, as questões fechadas foram codificadas e as questões abertas tabuladas e codificadas. Antes da digitação, o processo de tabulação e codificação foi conferido com o objetivo de minimizar possíveis erros. Os dados oriundos da entrevista estruturada e da consulta ao prontuário do participante foram digitados em um banco de dados no formato planilha, no programa Excel® e, após a verificação e correção de possíveis erros de digitação, o banco de dados foi transportado para o Programa BioEstat®.

A estatística descritiva foi utilizada para a caracterização do perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico do portador de transtorno mental e do percentual de adesão à terapêutica medicamentosa. Foram obtidas frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis qualitativas.

As características dos portadores de transtorno mental foram comparadas de acordo com o desfecho, a partir de tabelas de contingência mediante o teste do Qui-quadrado quando a variável era categórica. Quando houve mais de duas categorias, foi utilizado o teste G de Williams. Em todos os testes foi utilizado um nível de significância de 5%, nos casos de associação estatística entre a variável independente e o desfecho, procedeu-se a realização do cálculo da Razão de Prevalência (RP). A categoria considerada como referência para os valores da RP está indicada nas tabelas de resultados com o valor [1].

3 RESULTADOS

Neste item os resultados são apresentados em duas partes, a primeira está relacionada à descrição da caracterização dos portadores de transtorno mental de acordo com as variáveis demográfica, socioeconômica, clínica e farmacoterapêutica. A segunda parte se destina à análise das relações entre as variáveis descritas e a adesão ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental. Optou-se por apresentar os resultados dessa forma a fim de obter a identificação do perfil dos portadores de transtorno mental em tratamento no CAPS e, a partir deste, proceder à análise das variáveis associadas ao desfecho.

Assim, os resultados são apresentados na seguinte ordem: 1. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de transtorno mental; 2. Perfil clínico dos portadores de transtorno mental; 3. Perfil farmacoterapêutico dos portadores de transtorno mental; e, 4. Adesão do portador de transtorno mental ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental e os fatores associados.

3.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL

Dentre os 300 participantes do estudo, 189 (63%) eram mulheres, 104 (34,7%) encontravam-se na faixa etária dos 40 aos 49 anos, a média de idade \pm DP foi de 42,2 \pm 11 anos, com idade mínima de 18 anos e máxima de 66 anos. A cor da pele prevalente foi a cor branca 184 (61,4%), 134 (44,7%) eram solteiros e 126 (42%) informaram que praticavam a religião católica.

Observa-se que 178 (59,4%) dos entrevistados tinham mais de 8 anos de escolaridade, 237 (79%) abandonaram os estudos, sendo que do total de motivos atribuídos ao abandono dos estudos pelos portadores de transtorno mental, os fatores intrapessoais (dificuldade de aprendizagem, presença dos sintomas do transtorno, falta de motivação) 123 (47,8%) e os fatores socioeconômicos 99 (38,5%) foram os prevalentes, conforme evidenciado na Tabela 1.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, (N=300), CURITIBA, 2014

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	189	63
Masculino	111	37
Faixa etária		
18 ---- 29 anos	45	15
30 ---- 39 anos	69	23
40 ---- 49 anos	104	34,7
≥ 50 anos	82	27,3
Cor		
Branca	184	61,4
Parda	88	29,3
Preta	20	6,6
Amarela	07	2,3
Indígena	01	0,4
Situação conjugal		
Solteiro	134	44,7
Casado/vive com companheiro	97	32,3
Separado	59	19,7
Viúvo	10	3,3
Escolaridade		
Sem escolaridade	4	1,3
Até 8 anos	118	39,3
> 8 anos	178	59,4
Abandono dos estudos		
Sim	237	79
Não	63	21
Motivo do abandono dos estudos*		
Fatores intrapessoais**	123	47,8
Fatores socioeconômicos	99	38,5
Fatores interpessoais***	29	11,3
Comprometimento da acuidade visual	3	1,2
Não souberam informar	3	1,2
Religião		
Católica	126	42
Evangélica	111	37
Sem religião	38	12,7
Múltiplo pertencimento	16	5,3
Outras	09	3

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *Pergunta admitia mais de uma possibilidade de resposta N=257. **Fatores intrapessoais referem-se a dificuldade de aprendizagem, presença dos sintomas do transtorno, falta de motivação e indecisão. ***Fatores interpessoais referem-se a problemas familiares, de comportamento e relacionamento na escola.

Na Tabela 2, identifica-se que 115 (38,4%) dos participantes estavam desempregados, 135 (45%) indicaram a renda familiar como principal fonte de renda. A renda individual no último mês para 136 (45,3%) dos entrevistados foi de 1 a 2,5 salários mínimos e 104 (34,7%) disseram não ter nenhuma renda. A renda familiar no último mês para 140 (46,7%) dos portadores de transtorno mental foi de 1 a 2,5 salários mínimos, e em 89 (29,6%) dos casos, mais de três pessoas dependiam dessa renda. Quando questionados sobre com quem residiam, 256 (85,3%) mencionaram residir com familiares.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS, (N=300), CURITIBA, 2014

(continua)

Variáveis	N	%
Situação em relação ao trabalho		
Desempregado	115	38,4
Afastado do trabalho	87	29
Aposentado	61	20,3
Trabalhando	37	12,3
Principal fonte de renda		
Renda familiar	135	45
Auxílio-doença	67	22,3
Aposentadoria	47	15,7
Trabalho	32	10,7
Economias pessoais	5	1,6
Pensionista	5	1,6
Sem nenhuma renda	3	1
Programas sociais	3	1
Rendimentos	2	0,7
Seguro desemprego	1	0,4
Renda individual no último mês*		
Sem renda	104	34,7
< 1 salário mínimo	35	11,7
1 a 2,5 salários mínimos	136	45,3
> 2,5 salários mínimos	15	5
Não soube informar	10	3,3
Renda familiar no último mês*		
Sem renda	6	2
< 1 salário mínimo	19	6,3
1 a 2,5 salários mínimos	140	46,7
> 2,5 salários mínimos	79	26,3
Não soube informar	56	18,7

Variáveis	(conclusão)	
	N	%
Dependem da renda familiar		
1 pessoa	42	14
2 pessoas	88	29,4
3 pessoas	81	27
> 3 pessoas	89	29,6
Com quem reside		
Familiares	256	85,3
Sozinho	35	11,7
Com outras pessoas	9	3

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *Um salário mínimo considerado R\$ 724,00 à época da coleta de dados (BRASIL, 2013b).

3.2 PERFIL CLÍNICO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL

Em relação ao uso de tabaco, álcool e outras drogas, verificou-se que 96 (32%) dos entrevistados referiram ser tabagistas, 33 (11%) usavam álcool sendo que destes, 13 (39,4%) ingeriram álcool de forma esporádica. Em relação ao uso de drogas ilícitas no último ano, 30 (10%) dos participantes relataram o uso, entre aqueles que usaram drogas ilícitas, a maconha foi utilizada em 23 (47,9%) dos casos, como pode ser observado na Tabela 3.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO A VARIÁVEL USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, (N=300), CURITIBA, 2014

Variáveis	(continua)	
	N	%
Uso de tabaco		
Sim	96	32
Não	204	68
Uso de álcool		
Sim	33	11
Não	267	89
Frequência do uso de álcool*		
Esporadicamente	13	39,4
Uma vez na semana	11	33,4
De dois a seis dias na semana	5	15,2
A cada 15 dias	2	6
Todos os dias	1	3
Ignorado	1	3

(conclusão)		
Variáveis	N	%
Uso de drogas ilícitas no último ano		
Sim	30	10
Não	270	90
Droga utilizada**		
Maconha	23	47,9
Cocaína	13	27,1
Crack	10	20,8
Chás com propriedade alucinógena	02	4,2

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *Considerada as respostas dadas por quem referiu usar álcool (N=33). **Pergunta admitia mais de uma possibilidade de resposta (N=48).

Na Tabela 4 observa-se que 183 (61%) dos participantes relataram a presença de comorbidade clínica, do total de problemas clínicos de saúde citados, foram prevalentes os cardiovasculares 93 (28,8%) e endócrinos 75 (23,3%). Ressalta-se que dos 183 portadores de transtorno mental que indicaram ter comorbidade clínica, 72 (39,3%) tinham duas comorbidades clínicas e 152 (83%) mencionaram usar medicamentos para o tratamento das comorbidades clínicas.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS À COMORBIDADE CLÍNICA, CURITIBA, 2014
(continua)

Variáveis	N	%
Comorbidade clínica		
Sim	183	61
Não	117	39
Total	300	100
Tipo de comorbidade clínica		
Problemas cardiovasculares	93	28,8
Problemas endócrinos	75	23,3
Problemas osteomusculares	74	23
Problemas respiratórios	16	5
Problemas gastrointestinais	16	5
Problemas neurológicos	15	4,7
Problemas oftalmológicos	7	2,2
Problemas renais	7	2,2
Problemas hepáticos	7	2,2
Problemas imunológicos	6	1,8
Problema de labirintite	6	1,8
Total	322*	100

(conclusão)

Quantidade de comorbidade clínica		
1 comorbidade clínica	81	44,3
2 comorbidades clínicas	72	39,3
≥ 3 comorbidades clínicas	30	16,4
Total	183	100
Uso de medicação para o tratamento da comorbidade clínica		
Sim	152	83
Não	31	17
Total	183	100

FONTE: O autor (2014).

NOTAS: *Pergunta admitia mais de uma possibilidade de resposta.

Quanto a percepção em relação à sua saúde, 104 (34,7%) dos participantes percebiam o seu estado de saúde como regular e 187 (62,3%) apresentavam histórico familiar de transtorno mental conforme observa-se na Tabela 5.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO AS VARIÁVEIS PERCEPÇÃO SOBRE SUA SAÚDE E HISTÓRICO FAMILIAR DE TRANSTORNO MENTAL, (N=300), CURITIBA, 2014

Variáveis	N	%
Percepção sobre sua saúde		
Regular	104	34,7
Ruim	89	29,7
Boa	73	24,3
Muito boa	34	11,3
Histórico familiar de transtorno mental		
Sim	187	62,3
Não	111	37
Não soube informar	2	0,7

FONTE: O autor (2014).

Evidenciou-se que 231 (77%) dos entrevistados sabiam informar o seu diagnóstico de transtorno mental, porém, em 164 (71%) dos casos os diagnósticos relatados estavam de acordo com o indicado pelo médico no prontuário do participante (diagnóstico médico de acordo com CID-10). Quanto ao total de diagnósticos de transtornos mentais constantes no prontuário dos entrevistados, os mais prevalentes foram TAB 123 (33,6%), esquizofrenia 70 (19,1%) e depressão 68 (18,6%), considerando que um indivíduo poderia ter mais de um diagnóstico.

Dos 300 entrevistados, 63 (21%) tinham diagnóstico de dois transtornos mentais ou mais, 147 (49%) relataram tempo de doença entre um e 10 anos e quanto ao tempo de tratamento no CAPS, 200 (66,7%) indicaram fazer tratamento no serviço por menos de um ano, segundo os dados apresentados na Tabela 6.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS AO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL, (N=300), CURITIBA, 2014

Variáveis	N	%
Sabe informar o seu diagnóstico de TM		
Sim	231	77
Não	69	23
Diagnóstico confere com o descrito no prontuário*		
Sim	164	71
Não	67	29
Diagnóstico de TM conforme prontuário**		
TAB	123	33,6
Esquizofrenia	70	19,1
Depressão	68	18,6
Transtornos Neuróticos, relacionados ao stress e somatoformes	35	9,6
Transtornos da Personalidade	28	7,7
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de SPA	17	4,6
Transtornos Esquizotímicos e Transtornos Delirantes	13	3,6
Retardo mental leve	5	1,4
Transtornos mentais de origem orgânica	5	1,4
Transtornos de alimentação	1	0,2
Transtorno de humor persistente não especificado	1	0,2
Comorbidade psiquiátrica		
Diagnóstico de um TM	237	79
Diagnóstico de dois transtornos mentais ou mais	63	21
Tempo de doença (anos)		
< 1 ano	15	5
1 ----- 10 anos	147	49
> 10 anos	135	45
Não souberam informar	3	1
Tempo de tratamento no CAPS (anos)		
< 1 ano	200	66,7
1 a 2 anos	75	25
> 2 anos	23	7,6
Não soube informar	2	0,7

FONTE: O autor (2014).

NOTAS: *N=231 corresponde aos participantes que disseram saber seu diagnóstico de transtorno mental. **Diagnóstico de acordo com CID-10 indicado no prontuário de cada participante. N=366, pois o mesmo participante poderia ter mais de um diagnóstico de transtorno mental. TM: Transtorno Mental. SPA: Substância Psicoativa. CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.

A Tabela 7 evidencia que 190 (63,3%) dos entrevistados obtiveram informação sobre o seu transtorno mental por profissional de saúde, destes, 131 (69%) ficaram satisfeitos com a informação recebida e o profissional de saúde que mais prestou informações sobre o transtorno mental aos participantes foi o médico 184 (96,8%). Ressalta-se que dos 190 participantes que receberam informação sobre o transtorno mental por profissional de saúde, apenas 66 (34,7%) indicaram o enfermeiro como responsável por essa ação.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS À INFORMAÇÃO SOBRE O TRANSTORNO MENTAL, (N=190), CURITIBA, 2014

Variáveis	N	%
Informação sobre o seu transtorno mental por profissional de saúde*		
Sim	190	63,3
Não	110	36,7
Satisfação com a informação recebida		
Sim	131	69
Não	59	31
Profissionais de saúde que forneceram informação		
Médico		
Sim	184	96,8
Não	6	3,2
Enfermeiro		
Sim	66	34,7
Não	124	65,3
Psicólogo		
Sim	129	67,9
Não	61	32,1
Assistente Social		
Sim	60	31,6
Não	130	68,4
Outros		
Sim	7	3,7
Não	183	96,3

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *Pergunta realizada a todos os entrevistados (N=300).

Na Tabela 8 são apresentados os dados relacionados à necessidade de internação devido o transtorno mental, 236 (78,6%) dos participantes apresentaram histórico de internação, destes 120 (50,9%) afirmaram que não usavam

corretamente os medicamentos prescritos para o tratamento do transtorno mental no momento da internação.

Dos que necessitaram de internação, 205 (86,9%) indicaram que ela aconteceu em hospital psiquiátrico, por mais de 3 vezes 71 (34,6%), principalmente pela presença de sintomas psicóticos 85 (19,7%) e de agressividade 79 (18,3%). Mencionaram que 35 (14,8%) dos casos de internação, aconteceram no hospital geral, uma vez 20 (57,1%), principalmente por ideação e/ou tentativa de suicídio 23 (50%).

Ainda, dos 236 participantes que relataram ter sido internados devido o transtorno mental, 125 (53%) referiram as unidades de pronto atendimento como local da internação, por uma vez 63 (50,4%), sendo a ideação e/ou tentativa de suicídio o motivo mais indicado 41 (19%). Já, a internação em CAPS III foi mencionada por 46 (19,5%) deles, também por uma única vez 36 (78,3%) e principalmente pela presença de sintomas psicóticos 24 (24,2%).

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTONO MENTAL SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS AO HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO DEVIDO O TRANSTORNO MENTAL, CURITIBA, 2014

(continua)

Variáveis	N	%
Histórico de internação devido o TM		
Sim	236	78,6
Não	64	21,4
Total	300	100
Uso correto dos medicamentos antes da internação		
Sim	97	41,1
Não	120	50,9
Não tinha diagnóstico ainda	19	8
Total	236	100
Internação em Hospital Psiquiátrico		
Sim	205	86,9
Não	31	13,1
Total	236	100
Quantidade de vezes		
1 vez	57	27,8
2 vezes	44	21,5
3 vezes	32	15,6
> 3 vezes	71	34,6
Não soube informar	1	0,5
Total	205	100

(continuação)

Variáveis	N	%
Motivos de internação em Hospital Psiquiátrico		
Presença de sintomas psicóticos	85	19,7
Agressividade	79	18,3
Ideação e/ou tentativa de suicídio	67	15,5
Crise	58	13,4
Alteração do humor/afeto e outras emoções	51	11,8
Alteração da psicomotricidade	29	6,7
Alteração do comportamento	27	6,3
Confusão mental e desorientação	12	2,8
Ideação e/ou tentativa de homicídio	10	2,3
Uso de álcool e outras drogas	7	1,6
Alteração da linguagem	4	1
Solicitação do paciente	1	0,2
Alteração da memória	1	0,2
Não soube informar	1	0,2
Total	432*	100
Internação em Hospital Geral		
Sim	35	14,8
Não	201	85,2
Total	236	100
Quantidade de vezes		
1 vez	20	57,1
2 vezes	8	22,9
3 vezes	2	5,7
> 3 vezes	5	14,3
Total	35	100
Motivos de internação em Hospital Geral		
Ideação e/ou tentativa de suicídio	23	50
Presença de sintomas psicóticos	6	13
Alterações de humor/afeto e outras emoções	5	10,9
Agressividade	5	10,9
Crise	4	8,6
Intoxicação medicamentosa não intencional	1	2,2
Confusão mental e desorientação	1	2,2
Uso de álcool e outras drogas	1	2,2
Total	46*	100
Internação em UPA		
Sim	125	53
Não	111	47
Total	236	100
Quantidade de vezes		
1 vez	63	50,4
2 vezes	22	17,6
3 vezes	11	8,8

(conclusão)		
Variáveis	N	%
> 3 vezes	21	16,8
Não soube informar	8	6,4
Total	125	100
Motivos de internação em UPA		
Ideação e/ou tentativa de suicídio	41	19
Crise	37	17,1
Agressividade	37	17,1
Presença de sintomas psicóticos	27	12,5
Alteração do humo/afeto e outras emoções	22	10,2
Alteração da psicomotricidade	17	7,9
Aguardando vaga para internamento integral	14	6,5
Alteração de comportamento	6	2,8
Confusão mental e desorientação	5	2,3
Uso de álcool e outras drogas	4	1,8
Ideação e/ou tentativa de suicídio	3	1,4
Intoxicação medicamentosa não intencional	2	0,9
Alteração da linguagem	1	0,5
Total	216*	100
Internação em CAPS III		
Sim	46	19,5
Não	190	80,5
Total	236	100
Quantidade de vezes		
1 vez	36	78,3
2 vezes	5	10,9
3 vezes	3	6,6
> 3 vezes	1	2,1
Não soube informar	1	2,1
Total	46	100
Motivos de internação em CAPS III		
Presença de sintomas psicóticos	24	24,2
Agressividade	16	16,2
Alteração da psicomotricidade	14	14,1
Crise	13	13,1
Ideação e/ou tentativa de suicídio	10	10,1
Alteração do humor/afeto e outras emoções	7	7,1
Confusão mental e desorientação	7	7,1
Alteração de comportamento	7	7,1
Não soube informar	1	1
Total	99*	100

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *O participante poderia indicar mais de um motivo de internação em cada um dos serviços de saúde onde ficou internado devido o transtorno mental. TM: Transtorno Mental. UPA: Unidade de Pronto Atendimento. CAPS III: Centro de Atenção Psicossocial III.

Na Tabela 9 as variáveis relacionadas à tentativa de suicídio foram apresentadas por sexo visto ser consagrado na literatura científica que as tentativas de suicídio diferem entre homens e mulheres. No presente estudo, o teste Qui-quadrado mostrou diferença estatisticamente significativa ($p=0.0003$) entre tentativa de suicídio e sexo, porém, não houve significância estatística na associação entre sexo e quantidade de tentativas, método e substância utilizada.

Dos 300 entrevistados, 203 (67,7%) informaram ter tentado suicídio alguma vez, destes 142 (47,4%) eram do sexo feminino, 63 (31%) relataram mais de 3 tentativas, do total de métodos empregados na tentativa o mais utilizado foi a intoxicação exógena 132 (41%), e dentre as substâncias de escolha, o uso de medicamentos foi indicado 125 vezes (79,2%).

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL POR SEXO SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO, CURITIBA, 2014

(continua)

Variáveis	Sexo				Total		p-valor
	Masculino		Feminino		(n)	%	
	(n)	%	(n)	%			
Tentativa de Suicídio							$p=0,0003^*$
Sim	61	20,3	142	47,4	203	67,7	
Não	50	16,6	47	15,7	97	32,3	
Total	111	36,9	189	63,1	300	100	
Quantidade de tentativas							$p=0,0693^{**}$
1 tentativa	21	10,3	40	19,7	61	30	
2 tentativas	17	8,4	22	10,8	39	19,2	
3 tentativas	10	5	23	11,3	33	16,3	
> 3 tentativas	11	5,4	52	25,6	63	31	
Não soube informar	2	1	5	2,5	7	3,5	
Total	61	30,1	142	69,9	203	100	
Método utilizado							$p=0,2318^{**}$
Intoxicação exógena	32	9,9	100	31,1	132	41	
Arma branca	19	5,9	45	14	64	19,9	
Enforcamento	19	5,9	28	8,7	47	14,6	
Atropelamento	10	3,1	21	6,5	31	9,6	
Precipitar-se	6	1,9	19	5,9	25	7,8	
Outros	10	3,1	13	4	23	7,1	
Total	96 ^{***}	29,8	226 ^{***}	70,2	322 ^{***}	100	
Substância utilizada na intoxicação exógena							$p=0,0926^{**}$
Medicamentos	27	17,1	98	62,1	125	79,2	
Raticida e pesticida	8	5,1	11	6,9	19	12	

(conclusão)

Variáveis	Sexo				Total	p-valor
	Masculino		Feminino			
	(n)	%	(n)	%		
Outros	4	2,5	9	5,7	13	8,2
Não soube informar	1	0,6	0		1	0,6
Total	40	25,3	118	74,7	158***	100

FONTE: O autor (2014).

NOTAS: *Teste Qui-Quadrado; **Teste G de Williams; ***Pergunta admitia mais de uma possibilidade de resposta.

3.3 PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL

Na Tabela 10 observa-se que ao analisar o total de medicamentos prescritos aos participantes por classe medicamentosa, houve predomínio dos antipsicóticos e dos estabilizadores do humor, representados respectivamente por 251 (32,3%) e 177 (22,8%). Quando a análise do total de medicamentos prescritos se dá por nome do medicamento tem-se que os fármacos mais prescritos foram o haloperidol 127 (12,4%) e o lítio 102 (9,9%).

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS AOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO CLASSE MEDICAMENTOSA E NOME DOS MEDICAMENTOS, CURITIBA, 2014

(continua)

Variáveis	N	%
Classe medicamentosa		
Antipsicótico	251	32,3
Estabilizador de Humor	177	22,8
Ansiolíticos e indutores do sono	170	21,9
Antidepressivos	158	20,4
Outros medicamentos	20	2,6
Total	776*	100
Medicamentos prescritos		
Haloperidol	127	12,4
Lítio	102	9,9
Risperidona	88	8,6
Fluoxetina	87	8,5
Diazepam	81	7,9
Clorpromazina	80	7,8
Clonazepam	70	6,8
Ácido valpróico	69	6,7

Variáveis	(conclusão)	
	N	%
Amitriptilina	48	4,7
Olanzapina	40	3,8
Quetiapina	31	3
Carbamazepina	26	2,5
Escitalopram	21	2
Topiramato	18	1,7
Biperideno	18	1,7
Bupropiona	16	1,6
Venlafaxina	15	1,5
Clozapina	10	1
Neozine	10	1
Lamotrigina	8	0,8
Alprazolam	7	0,7
Zolpidem	6	0,6
Paroxetina	6	0,6
Flurazepam	5	0,5
Ansitec	5	0,5
Citalopram	4	0,4
Sertralina	3	0,3
Aripiprazol	3	0,3
Bromazepam	3	0,3
Sulpirida	2	0,2
Clomipramina	2	0,2
Clopixol depot	2	0,2
Outros medicamentos**	13	1,3
Total	1026***	100

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *O entrevistado poderia utilizar medicamentos de mais de uma classe medicamentosa; **Tioridazina, Ziprazidona, Trileptal, Lyrica, Amantadina, Naltrexona, Propanolol, Prometazina, Rohydorm, Pristiq, Donaren, Midazolam e Lorazepam, foram agrupados por sua frequência de 0,1%. ***O entrevistado poderia utilizar mais de um medicamento para o tratamento do transtorno mental.

Dos 300 participantes, verificou-se que 117 (39%) tinham mais de três medicamentos prescritos, bem como dos 296 portadores de transtorno mental que faziam uso de medicação via oral 154 (52%) precisavam ingerir mais de cinco comprimidos por dia para o tratamento do transtorno mental, conforme Tabela 11. Ressalta-se que para identificar a classe medicamentosa, os nomes e quantidade dos medicamentos prescritos para o tratamento do transtorno mental foi utilizada a cópia da última prescrição médica constante no prontuário de cada entrevistado.

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO A VARIÁVEL QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS, CURITIBA, 2014

Variáveis	N	%
Quantidade de medicamentos prescritos		
1 medicamento	33	11
2 medicamentos	52	17,3
3 medicamentos	98	32,7
> 3 medicamentos	117	39
Total	300	100
Quantidade de comprimidos ingeridos por dia		
1	16	5,4
2 a 5	126	42,6
> 5 comprimidos	154	52
Total	296*	100

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *Quatro participantes faziam uso apenas de medicamento injetável de longa duração.

Dos 300 participantes, 249 (83%) sabiam informar o nome dos medicamentos que usavam para o tratamento do transtorno mental, 180 (60%) obtiveram informações sobre os medicamentos por profissional de saúde, destes, 160 (88,9%) ficaram satisfeitos com as informações recebidas, 171 (95%) mencionaram o médico como profissional de saúde que mais prestou informações aos entrevistados e menos da metade, 73 (40,6%) mencionaram o enfermeiro como profissional responsável por essa ação.

Quanto às dúvidas em relação ao medicamento prescrito, 75 (25%) dos participantes relataram não ter dúvidas. Entre os que tinham dúvidas, as questões relacionadas à finalidade dos medicamentos e aos efeitos colaterais foram prevalentes, 35 (36,1%) e 28 (28,9%) respectivamente, conforme Tabela 12.

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS À INFORMAÇÃO SOBRE OS MEDICAMENTOS PRESCRITOS, CURITIBA, 2014

(continua)

Variáveis	N	%
Sabe informar o nome dos medicamentos prescritos		
Sim	249	83
Não	51	17
Total	300	100
Informações sobre os medicamentos por profissional de saúde		
Sim	180	60

	(conclusão)	
Variáveis	N	%
Não	120	40
Total	300	100
Satisfação com as informações recebidas		
Sim	160	88,9
Não	20	11,1
Total	180	100
Profissionais de saúde que forneceram informações		
Médico		
Sim	171	95
Não	9	5
Total	180	100
Enfermeiro		
Sim	73	40,6
Não	107	59,4
Total	180	100
Psicólogo		
Sim	59	32,8
Não	121	67,2
Total	180	100
Outros		
Sim	5	2,8
Não	175	97,2
Total	180	100
Dúvidas sobre os medicamentos		
Sim	75	25
Não	225	75
Total	300	100
Dúvidas sobre os medicamentos		
Sobre a finalidade dos medicamentos	35	36,1
Sobre os efeitos colaterais	28	28,9
Sobre a eficácia do medicamento	13	13,5
Sobre como os medicamentos agem no organismo	9	9,3
Sobre o tempo de uso do medicamento	5	5,2
Sobre o modo de usar o medicamento	3	3
Sobre substituir um medicamento por outro	3	3
Sobre o que são os medicamentos	1	1
Total	97*	100

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *Pergunta admitia mais de uma possibilidade de resposta.

Sobre a aquisição dos medicamentos prescritos, a Unidade Básica de Saúde foi indicada 227 vezes (48%) como sendo o local onde os entrevistados adquirem os

medicamentos prescritos para o seu tratamento na saúde mental, 134 (44,7%) dos participantes relataram ter dificuldades de acesso ao medicamento prescrito, dentre as dificuldades mencionadas de acesso ao medicamento, as situações de falta do medicamento na rede básica de saúde 78 (42,4%) e não dispor de recurso financeiro para comprá-lo 77 (41,8%) foram os prevalentes, conforme apresentado na Tabela 13.

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS À AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, CURITIBA, 2014

Variáveis	N	%
Aquisição dos medicamentos		
UBS	227	48
Recurso próprio	165	35
Farmácia popular	35	7,4
CAPS	28	6
Diretamente com o médico	15	3,2
Via judicial	2	0,4
Total	472*	100
Dificuldade para aquisição dos medicamentos		
Sim	134	44,7
Não	166	55,3
Total	300	100
Tipo de dificuldade		
Estava em falta na rede básica de saúde	78	42,4
Não tinha dinheiro para comprar	77	41,8
Problemas com a receita	16	8,7
Estava em falta para venda na farmácia	9	4,9
Burocracia	4	2,2
Total	184*	100

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *Pergunta admitia mais de uma possibilidade de resposta; UBS: Unidade Básica de Saúde; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.

A Tabela 14 apresenta os dados referentes a motivação dos portadores de transtorno mental em tratamento no CAPS para o uso dos medicamentos prescritos para o tratamento do transtorno mental. Dos 300 entrevistados, 212 (70,7%) sentiam-se motivados, do total de fatores de motivação houve predomínio do controle dos sinais e sintomas do transtorno 138 (57,7%) e acreditar que usando o medicamento ficaria melhor 79 (33,1%). Do total de fatores de desmotivação, os

mais citados foram acreditar que não precisa mais tomar o medicamento 39 (39%) e a ocorrência de efeitos colaterais 26 (26%). Ainda, 84 (28%) dos participantes relataram ter deixado de usar o medicamento alguma vez no mês que antecedeu a coleta de dados, sendo o esquecimento 35 (35%) a principal razão pela interrupção parcial do uso dos medicamentos.

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS À MOTIVAÇÃO PARA USAR OS MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO MENTAL, CURITIBA, 2014

Variáveis	N	%
Motivação para seguir a terapêutica medicamentosa		
Sim	212	70,7
Não	88	29,3
Total	300	100
Fatores de motivação		
Controle dos sinais e sintomas do transtorno	138	57,7
Acreditar que usando o medicamento ficaria melhor	79	33,1
A família (estar bem para o convívio familiar)	12	5
O atendimento pelos profissionais de saúde	9	3,8
Disponer de recurso financeiro para adquirir o medicamento	1	0,4
Total	239*	100
Fatores de desmotivação		
Acreditar que não precisa mais tomar o medicamento	39	39
Efeitos colaterais	26	26
Não vê melhora/resultados	16	16
Não se sente motivado para nada	15	15
Esquecer com frequência de tomar o medicamento	1	1
Falta de informação sobre o transtorno mental	1	1
Não soube informar	2	2
Total	100*	100
Deixar de tomar o medicamento alguma vez no último mês		
Sim	84	28
Não	216	72
Total	300	100
Motivo pelo qual deixou de tomar o medicamento alguma vez no último mês		
Esquecimento	35	35
Estava sentindo-se bem	30	30
Sentir algo desagradável	21	21
Problemas para adquirir o medicamento	12	12
Internamento clínico	1	1
Uso de bebida alcoólica	1	1
Total	100*	100

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *Pergunta admitia mais de uma possibilidade de resposta.

Afirmaram ter sentido alguma mudança agradável no seu estado geral ao usar o medicamento, 215 (71,7%) dos entrevistados. A melhora do humor/afeto e outras emoções 144 (47%) e melhora no estado geral 66 (21,6%) foram as principais mudanças agradáveis mencionadas. Entretanto, 199 (66,3%) dos participantes referiram sentir algo desagradável ao usar o medicamento, sendo as alterações no sistema digestório 90 (23,7%) e alterações no padrão de sono 63 (16,6%) as mudanças desagradáveis mais citadas, conforme Tabela 15.

TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS À MUDANÇA NO ESTADO GERAL AO USAR O MEDICAMENTO, CURITIBA, 2014

(continua)

Variáveis	N	%
Sentir mudança agradável		
Sim	215	71,7
Não	85	28,3
Total	300	100
O que sentiu de agradável		
Melhora do humor/afeto e outras emoções	144	47
Melhora no estado geral	66	21,6
Melhora no padrão de sono	41	13,4
Melhora no desempenho de suas atividades	19	6,2
Não tem crise	12	4
Organiza os pensamentos	11	3,6
Controle das alterações de percepção	7	2,2
Regularização da alimentação	4	1,3
Melhora da atenção	2	0,7
Total	306*	100
Sentir mudança desagradável		
Sim	199	66,3
Não	101	33,7
Total	300	100
O que sentiu de desagradável		
Alterações no sistema digestório	90	23,7
Alteração no padrão de sono	63	16,6
Alteração motora	48	12,6
Dificuldade de equilíbrio	34	8,9
Alterações do humor/afeto e outras emoções	31	8,2
Aumento de peso	22	5,8
Cefaleia	17	4,5
Cansaço	15	3,9
Alterações relacionadas a sexualidade	15	3,9
Memória e concentração prejudicadas	14	3,7

(conclusão)

Variável	N	%
Mal-estar	14	3,7
Problemas relacionadas a pele e ao cabelo	7	1,9
Altera o apetite	6	1,6
Alterações na visão	4	1
Total	380*	100

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *Pergunta admitia mais de uma possibilidade de resposta.

Dos 300 participantes, 165 (55%) cuidavam sozinhos dos horários e doses dos medicamentos, dentre os 135 (45%) que necessitavam de ajuda em relação aos horários e doses dos medicamentos, 125 (89,3%) eram auxiliados por familiares. Destaca-se que 252 (84%) dos entrevistados eram incentivados pela família a seguirem a terapêutica medicamentosa, bem como 223 (74,3%) relataram que a família participava das questões relacionadas ao uso do medicamento e 226 (75,3%) indicaram que participavam de outras atividades para o tratamento do transtorno mental além do uso do medicamento. Do total de atividades mencionadas, as mais citadas foram as relacionadas às artes 104 (27,4%) e psicoterapia 89 (23,4%), conforme Tabela 16.

TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS AO USO DO MEDICAMENTO, (N=300), CURITIBA, 2014

(continua)

Variáveis	N	%
Cuidar sozinho dos horários e doses da medicação		
Sim	165	55
Não	135	45
Quem ajuda com os horários e doses da medicação*		
Familiar	125	89,3
Profissionais do CAPS	7	5
Cuidador	5	3,6
Vizinho	3	2,1
Incentivo da família para seguir a terapêutica medicamentosa		
Sim	252	84
Não	48	16
Participação da família na terapêutica medicamentosa		
Sim	223	74,3
Não	77	25,7

(conclusão)

Variáveis	N	%
Participação em outras atividades		
Sim	226	75,3
Não	74	24,7
Atividades que participa*		
Atividades relacionadas às artes	104	27,4
Psicoterapia	89	23,4
Terapia Ocupacional	43	11,3
Atividades relacionadas à educação e cidadania	40	10,5
Atividade física	31	8,2
Grupo sobre medicamentos	16	4,2
Atividades relacionadas à medicina alternativa	15	4
Grupo de pensamento, expressão e psicomotricidade	12	3,2
Grupo de autoestima	11	2,9
Atividades relacionadas à religião	6	1,6
Grupo de memória	5	1,3
Culinária	4	1
Atividades na Unidade Básica de Saúde	4	1

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *Pergunta admitia mais de uma possibilidade de resposta (N=140). **Pergunta admitia mais de uma possibilidade de resposta (N=380).

3.4 ADESÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL AO USO DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL E OS FATORES ASSOCIADOS

Em relação à adesão à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental, 153 (51%) dos participantes foram considerados aderentes pela aplicação do MAT adaptado.

Para identificar os possíveis fatores relacionados à adesão neste estudo, foram analisadas as variáveis demográficas e socioeconômicas x adesão, variáveis clínicas x adesão e variáveis farmacoterapêuticas x adesão.

3.4.1 Análise das variáveis demográficas e socioeconômicas dos portadores de transtorno mental associadas à adesão ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental

Na Tabela 17 evidencia-se que a variável demográfica sexo foi estatisticamente associada à adesão à terapêutica medicamentosa, sendo que os portadores de transtorno mental do sexo masculino aderiram 1,47 vezes mais ao uso do medicamento no tratamento em saúde mental quando comparados aos do sexo feminino (RP=1,47; IC: 1,19-1,83; p=0,0006).

Outra variável associada à adesão foi a variável renda individual no último mês, nesse sentido, tem-se que os participantes que no último mês tiveram renda individual inferior a um salário mínimo aderiram 0,51 vezes menos à terapêutica medicamentosa em relação aos que receberam mais de 2,5 salários mínimos (RP=0,51; IC: 0,29-0,92; p=0,0227).

TABELA 17 – ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL ASSOCIADAS À ADESÃO AO USO DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL, (N=300), CURITIBA, 2014

Variáveis	Adesão		P-valor	RP	IC [95%]
	Sim n (%)	Não n (%)			
Sexo			0,0006*		
Masculino	71 (64)	40 (36)		1,47	[1,19;1,83]
Feminino	82 (43,4)	107 (56,6)		[1]	
Faixa etária			0,2671*		
18 I-----I 29 anos	26 (57,8)	19 (42,2)			
30 I-----I 39 anos	31 (45)	38 (55)			
40 I-----I 49 anos	49 (47)	55 (53)			
≥ 50 anos	47 (57,3)	35 (42,7)			
Cor			0,0633*		
Branca	102 (55,4)	82 (44,6)			
Parda	39 (44,3)	49 (55,7)			
Outra	12 (42,9)	16 (57,1)			
Situação conjugal			0,5153*		
Solteiro	71 (53)	63 (47)			
Casado	51 (52,6)	46 (47,4)			
Outro	31 (45)	38 (55)			
Religião			0,7687*		
Católica	62 (49,2)	64 (50,8)			
Evangélica	59 (53,2)	52 (46,8)			
Sem religião	21 (55,3)	17 (44,7)			
Outra	11 (44)	14 (56)			
Escolaridade			0,5592**		
Sem escolaridade	3 (75)	1 (25)			
Até 8 anos	58 (49,2)	60 (50,8)			
> 8 anos	92 (51,7)	86 (48,3)			
Abandono dos estudos			0,0960*		
Sim	115 (48,5)	122 (51,5)			
Não	38 (60,3)	25 (39,7)			
Situação em relação ao trabalho			0,1607*		
Desempregado	66 (57,4)	49 (42,6)			
Afastado do trabalho	36 (41,4)	51 (58,6)			
Aposentado	32 (52,5)	29 (47,5)			
Trabalhando	19 (51,4)	18 (48,6)			

Variáveis	Adesão		P-valor	RP	(conclusão) IC [95%]
	Sim n (%)	Não n (%)			
Principal fonte de renda			0,6930*		
Renda familiar	74 (54,8)	61 (45,2)			
Auxílio-doença	30 (44,8)	37 (55,2)			
Aposentadoria	25 (53,2)	22 (46,8)			
Trabalho	15 (46,9)	17 (53,1)			
Outros	9 (47,4)	10 (52,6)			
Renda individual no último mês***			0,0227**		
Sem renda	62 (59,6)	42 (40,4)		0,89	[0,60; 1,32]
< 1 salário mínimo	12 (34,3)	23 (65,7)		0,51	[0,29; 0,92]
1 a 2,5 salários mínimos	62 (45,6)	74 (54,4)		0,68	[0,46; 1,02]
> 2,5 salários mínimos	10 (66,7)	5 (33,3)		[1]	
Não soube informar	7 (70)	3 (30)			
Renda familiar no último mês***			0,1182**		
Sem renda	4 (66,7)	2 (33,3)			
< 1 salário mínimo	7 (36,8)	12 (63,2)			
1 a 2,5 salários mínimos	65 (46,4)	75 (53,6)			
> 2,5 salários mínimos	41 (51,9)	38 (48,1)			
Não soube informar	36 (64,3)	20 (35,7)			
Dependem da renda familiar			0,8674*		
1 pessoa	23 (54,8)	19 (45,2)			
2 pessoas	44 (50)	44 (50)			
3 pessoas ou mais	86 (50,6)	84 (49,4)			
Com quem reside			0,8559**		
Familiares	130 (50,8)	126 (49,2)			
Sozinho	19 (54,3)	16 (45,7)			
Outras pessoas	4 (44,4)	5 (55,6)			

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *Teste Qui-Quadrado; **Teste G de Williams; ***Salário mínimo=R\$ 724,00; RP: Razão de Prevalência; IC [95%]: Intervalo com 95% de confiança; [1]: referência.

3.4.2 Análise das variáveis clínicas dos portadores de transtorno mental associadas à adesão ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental

Na Tabela 18 foram observadas associações estatisticamente significativas entre adesão à terapêutica medicamentosa e as variáveis histórico familiar de transtorno mental, percepção sobre sua saúde, diagnóstico de depressão, diagnóstico de esquizofrenia, tempo de doença, tempo de tratamento no CAPS e tentativa de suicídio.

Os participantes sem histórico familiar de transtorno mental aderiram 1,34 vezes mais à terapêutica medicamentosa em comparação aos que tinham histórico familiar (RP=1,34; IC: 1,08-1,67; p=0,0100). Os indivíduos com percepção de saúde regular e ruim respectivamente aderiram 0,67 e 0,69 vezes menos à terapêutica medicamentosa comparados aos que consideravam sua saúde muito boa (RP=0,67; IC:0,48-0,93; p=0,0143) (RP=0,69; IC: 0,50-0,97; p=0,0143).

Em relação ao diagnóstico, os que tinham depressão associada a outro transtorno mental aderiram 0,42 vezes menos à terapêutica medicamentosa em relação aos que tinham outro diagnóstico de transtorno mental (RP=0,42; IC: 0,18-1; p=0,0415). Já, os participantes que tinham diagnóstico de esquizofrenia aderiram 1,52 vezes mais à terapêutica medicamentosa em relação aos indivíduos com diagnóstico de outros transtornos mentais (RP=1,52; IC: 1,22-1,90; p=0,0049).

Quanto ao tempo de doença os achados indicaram que os participantes com diagnóstico de transtorno mental há menos de um ano, aderiram 1,74 vezes mais à terapêutica medicamentosa comparados aos que tinham mais de 10 anos de curso do transtorno (RP=1,74; IC: 1,27-2,38; p=0,0292).

Quando se analisou a questão do tempo de tratamento no CAPS, observou-se que os que faziam tratamento no CAPS por mais de dois anos aderiram 0,40 vezes menos à terapêutica medicamentosa em relação aos que faziam tratamento há menos de um ano (RP=0,40; IC: 0,18-0,87; p=0,0103). Outro achado importante diz respeito as tentativas de suicídio, visto que os portadores de transtorno mental que tentaram suicídio aderiram 0,68 vezes menos à terapêutica medicamentosa em comparação aos que não tentaram (RP=0,68; IC: 0,55-0,84; p=0,0008).

TABELA 18 – ANÁLISE DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL ASSOCIADAS À ADESÃO AO USO DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL, (N=300), CURITIBA, 2014

(continua)

Variáveis	Adesão		P-valor	RP	IC [95%]
	Sim n (%)	Não n (%)			
Uso de tabaco			0,7177*		
Sim	47 (49)	49 (51)			
Não	106 (52)	98 (48)			
Uso de álcool			0,9500*		
Sim	17 (51,5)	16 (48,5)			
Não	136 (51)	131 (49)			
Uso de drogas ilícitas no último mês			0,6167*		
Sim	14 (46,6)	16 (53,4)			
Não	139 (51,5)	131 (48,5)			
Comorbidade clínica			0,7529*		
Sim	92 (50,3)	91 (49,7)			
Não	61 (52,1)	56 (47,9)			
Uso de medicação para o tratamento de comorbidade clínica [2]			0,7183*		
Sim	75 (49,3)	77 (50,7)			
Não	17 (54,8)	14 (45,2)			
Histórico familiar de TM			0,0100*		
Sim	84 (45)	103 (55)		[1]	
Não	67 (60,4)	44 (39,6)		1,34	[1,08; 1,67]
Não soube informar	2 (100)	-			

(conclusão)

Variáveis	Adesão		P-valor	RP	IC [95%]
	Sim n (%)	Não n (%)			
Percepção sobre sua saúde			0,0143*		
Muito Boa	22 (64,7)	12 (35,3)		[1]	
Boa	46 (63)	27 (37)		0,97	[0,48; 0,93]
Regular	45 (43,3)	59 (56,7)		0,67	[0,48; 0,93]
Ruim	40 (45)	49 (55)		0,69	[0,50; 0,97]
Sabe informar diagnóstico de TM			0,2957*		
Sim	114 (49,4)	117 (50,6)			
Não	39 (56,5)	30 (43,5)			
Diagnóstico de Depressão			0,0415*		
Depressão	26 (52)	24 (48)		0,98	[0,73; 1,31]
Depressão + outro TM	4 (22,2)	14 (77,8)		0,42	[0,18; 1,00]
Outro TM	123 (53)	109 (47)		[1]	
Diagnóstico de Esquizofrenia			0,0049*		
Esquizofrenia	40 (70,2)	17 (29,8)		1,52	[1,22; 1,90]
Esquizofrenia + outro TM	7 (53,8)	6 (46,2)		1,17	[0,69; 1,97]
Outro TM	106 (46)	124 (54)		[1]	
Diagnóstico de TAB			0,2497*		
TAB	45 (47,9)	49 (52,1)			
TAB + outro TM	11 (39,3)	17 (60,7)			
Outro TM	97 (54,5)	81 (45,5)			
Tempo de doença			0,0292**		
< 1 ano	12 (80)	3 (20)		1,74	[1,27; 2,38]
1 – 10 anos	78 (53)	69 (47)		1,16	[0,91; 1,47]
> 10 anos	62 (46)	73 (54)		[1]	
Não soube informar	1 (33,3)	2 (66,7)			
Tempo de tratamento no CAPS			0,0103*		
< 1 ano	110 (55)	90 (45)		[1]	
1 a 2 anos	38 (50,7)	37 (49,3)		0,92	[0,71; 1,19]
> 2 anos	5 (21,7)	18 (78,3)		0,40	[0,18; 0,87]
Não soube informar	-	2 (100)			
Informação sobre o TM por profissional da saúde			0,4870*		
Sim	94 (49,5)	96 (50,5)			
Não	59 (53,6)	51 (46,4)			
Histórico de internação devido o transtorno mental			0,8568*		
Sim	121 (51,3)	115 (48,7)			
Não	32 (50)	32 (50)			
Tentativa de suicídio			0,0008*		
Sim	90 (44,3)	113 (55,7)		0,68	[0,55; 0,84]
Não	63 (65)	34 (35)		[1]	

FONTE: O autor (2014).

NOTA: *Teste Qui-Quadrado; **Teste G de Williams; TM: Transtorno Mental; TAB: Transtorno Afetivo Bipolar; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; RP: Razão de Prevalência; IC [95%]: Intervalo com 95% de confiança; [1]: referência; [2]: N=183.

3.4.3 Análise das variáveis farmacoterapêuticas dos portadores de transtorno mental associadas à adesão ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental

Identificou-se associação estatisticamente significativa entre adesão à terapêutica medicamentosa e a variável deixar de tomar o medicamento alguma vez

no último mês, sendo que os portadores de transtorno mental que não deixaram de tomar o medicamento alguma vez no último mês aderiram 1,74 vezes mais à terapêutica medicamentosa quando comparados aos que deixaram de tomar o medicamento (RP=1,74; IC: 1,20-2,53, $p < 0,0001$).

Outra variável que se apresentou associada estatisticamente à adesão foi a participação da família na terapêutica medicamentosa, uma vez que os entrevistados que indicaram que sua família participava da terapêutica medicamentosa aderiram 1,54 vezes mais ao uso dos medicamentos prescritos para o tratamento em saúde mental, em relação aos que não contavam com a participação familiar (RP=1,54; IC: 1,12-2,12; $p = 0,0029$), conforme pode ser observado na Tabela 19.

TABELA 19 – ANÁLISE DAS VARIÁVEIS FARMACOTERAPÊUTICAS DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL ASSOCIADAS À ADESÃO AO USO DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL, (N=300), CURITIBA, 2014

(continua)

Variáveis	Adesão		P-valor	RP	IC [95%]
	Sim n (%)	Não n (%)			
Sabe informar o nome dos medicamentos prescritos para o TM			0,0655*		
Sim	121 (48,6)	128 (51,4)			
Não	32 (62,7)	19 (37,3)			
Comprimidos ingerida/dia [2]			0,8950*		
1 comprimido	9 (56,3)	7 (43,7)			
2 a 5 comprimidos	63 (50)	63 (50)			
> 5 comprimidos	78 (50,6)	76 (49,4)			
Informação sobre os medicamentos por profissional da saúde			0,0659*		
Sim	84 (46,6)	96 (53,4)			
Não	69 (57,5)	51 (42,5)			
Dúvidas sobre os medicamentos			0,7388*		
Sim	37 (49,3)	38 (50,7)			
Não	116 (51,6)	109 (48,4)			
Aquisição dos medicamentos			0,1885*		
Recurso próprio	22 (61,2)	14 (38,8)			
Saúde Pública	58 (45,3)	70 (54,7)			
Saúde pública + recurso próprio	67 (55,4)	54 (44,6)			
Outro	6 (40)	9 (60)			
Dificuldade para adquirir o medicamento			0,3133*		
Sim	64 (47,8)	70 (52,2)			
Não	89 (53,6)	77 (46,4)			
Motivação para seguir a terapêutica medicamentosa			0,1358*		
Sim	114 (53,8)	98 (46,2)			
Não	39 (44,3)	49 (55,7)			
Deixar de tomar o medicamento alguma vez no último mês			< 0,0001*		
Sim	23 (27,4)	61 (72,6)		[1]	

(conclusão)

Variáveis	Adesão		P-valor	RP	IC [95%]
	Sim n (%)	Não n (%)			
Não	130 (60,2)	86 (39,8)		1,74	[1,20;2,53]
Sentir mudança agradável			0,4970*		
Sim	107 (49,8)	108 (50,2)			
Não	46 (54,1)	39 (45,9)			
Sentir mudança desagradável			0,0672*		
Sim	94 (47,2)	105 (52,8)			
Não	59 (58,4)	42 (41,6)			
Cuidar sozinho dos horários e doses da medicação			0,4646*		
Sim	81 (49)	84 (51)			
Não	72 (53,4)	63 (46,6)			
Incentivo da família para seguir a terapêutica medicamentosa			0,0843*		
Sim	134 (53,2)	118 (46,8)			
Não	19 (39,6)	29 (60,4)			
Participação da família na terapêutica medicamentosa			0,0029*		
Sim	125 (56)	98 (44)		1,54	[1,12;2,12]
Não	28 (36,4)	49 (63,6)		[1]	
Participação em outras atividades			0,0710*		
Sim	122 (54)	104 (46)			
Não	31 (41,9)	43 (58,1)			

FONTE: O autor (2014).

NOTA: RP: Razão de Prevalência; IC [95%]: Intervalo com 95% de confiança; TM: Transtorno Mental; [2]: N=296, pois 4 entrevistados utilizavam apenas medicação injetável; [1]: referência; *Teste Qui-Quadrado.

4 DISCUSSÃO

Na análise descritiva das variáveis demográficas e socioeconômicas dos portadores de transtorno mental em tratamento no CAPS, houve predomínio do sexo feminino, com maior frequência na faixa etária de 40 a 49 anos, média de idade de $42,2 \pm 11$ anos. Em sua maioria são da cor branca, solteiros, residem com seus familiares, estavam desempregados e tinham mais de 8 anos de estudo. Dentre os motivos que foram citados como indicativos do abandono dos estudos, foram prevalentes os problemas intrapessoais (dificuldade de aprendizagem, presença dos sinais e sintomas do transtorno mental, falta de motivação, indecisão) e socioeconômicos.

Santos e Siqueira (2010) por meio de revisão sistemática da literatura verificaram os índices de prevalência de transtornos mentais na população adulta brasileira. Os estudos analisados mostraram que indivíduos na faixa etária de 25-54 anos apresentaram maiores índices de transtorno mental e que as mulheres são mais acometidas por transtornos de ansiedade, humor e somatoformes, enquanto transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas são prevalentes em homens. Para os mesmos autores, a prevalência de mulheres pode estar associada ao fato delas serem mais vulneráveis aos fatores hormonais e psicológicos, bem como disporem de mais habilidade em identificar alterações em seu estado de saúde e aceitarem a necessidade de buscar serviços especializados para tratamento.

As mulheres têm cerca de duas vezes mais chances de desenvolverem depressão que os homens, já em transtornos mentais como a esquizofrenia e o TAB homens e mulheres são acometidos em igual proporção e as diferenças quanto ao sexo podem ser observadas em relação ao início e ao curso da doença (SADOCK; SADOCK, 2007; CORDIOLI et al., 2011).

Os resultados deste estudo encontram correspondência com a literatura, visto que pesquisas desenvolvidas por Zago (2007), Tomasi et al. (2010) Kantorski et al. (2011a), Miasso, Carmo e Tirapelli (2012) e Souza et al. (2013) encontraram resultados semelhantes no que diz respeito ao sexo, idade e cor dos portadores de transtorno mental em tratamento em serviços extra hospitalares.

Quanto a escolaridade, a maioria dos participantes tinha mais de oito anos de estudo. Isso difere da literatura, visto que autores como Oliveira e Silva (2014),

Mercedes (2013), Ibanez et al. (2014) e Miasso et al. (2015) evidenciaram em seus trabalhos com portadores de transtorno mental níveis mais baixos de escolaridade. Entretanto, apesar de maior tempo de escolaridade, houve predomínio de entrevistados que abandonaram os estudos, o que pode indicar uma consequência das limitações impostas pelo acometimento do transtorno mental. Ressalta-se que alguns dos motivos relatados pelos entrevistados para o abandono dos estudos são fatores que podem ser modificáveis quando se pensa em medidas inclusivas na educação e em trabalho de rede na saúde, que possibilite articulação entre equipe de saúde, profissionais de educação, família e sociedade.

A respeito da situação conjugal e condição em relação ao trabalho, autores como Tomasi et al. (2010), Cardoso e Galera (2011), Cardoso et al. (2011), Nicolino et al. (2011), Rodrigues et al. (2012), Oliveira e Silva (2014), Ibanez et al. (2014) e Miasso et al. (2015) corroboram os resultados encontrados ao observarem em suas pesquisas a prevalência de pessoas solteiras, e sem vínculo empregatício.

Sobre a questão financeira, a renda familiar foi citada como principal fonte de renda, tanto os ganhos individuais quanto os familiares no último mês foram de 1 a 2,5 salários mínimos. Nesse sentido, Souza et al. (2013) observaram que a maioria das pessoas com TAB tinha renda mensal abaixo de 4 salários mínimos. Do mesmo modo, Mercedes (2013) ao entrevistar 168 sujeitos com diagnóstico de depressão, identificou que 60% tinham renda familiar inferior a 2,5 salários mínimos, o que ratifica os achados apresentados.

Para Oliveira e Silva (2014) a situação dos portadores de transtorno mental no mercado formal de trabalho ainda é pautada por uma concepção histórica de que o “louco” é incapaz e improdutivo para as relações de trabalho articuladas pelo capitalismo.

Uma alternativa possível para a inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade se dá pela via do trabalho, ao considerar que o trabalho é um fator imprescindível para a efetivação da reabilitação psicossocial, da autonomia e da cidadania. Nesse sentido, a economia solidária pode ser uma estratégia de inclusão social para os portadores de transtorno mental, conforme explicitado pelos estudos desenvolvidos por Lussi e Pereira (2011), Filizola et al. (2011), Lima, Silva e Cruz (2013) e Santiago e Yasui (2015).

A perspectiva da economia solidária contrapõe-se a competição e ao empobrecimento das relações sociais no trabalho, mas se sustenta no coletivo, na

cooperação, no autogerenciamento, em uma nova forma de produção de produtos e relações (SANTIAGO; YASUI, 2015).

De acordo com Brasil (2015) no campo do trabalho e economia solidária em 2013 foram mapeadas pelo Ministério da Saúde 1.008 experiências em todas as regiões do país no que se refere as iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais.

Ainda, deve-se levar em consideração na discussão sobre o perfil socioeconômico apresentado, que dentre os diagnósticos de transtorno mental constantes no prontuário dos portadores de transtorno mental (considerando que um mesmo entrevistado poderia ter vários diagnósticos) os prevalentes foram TAB, esquizofrenia e depressão, os quais apresentam alterações específicas relacionadas ao pensamento, emoção, percepção e comportamento que podem comprometer sobremaneira o relacionamento interpessoal e o desempenho nas atividades cotidianas do portador de transtorno mental. As limitações e as perdas progressivas associadas as situações de crise, aos efeitos colaterais dos medicamentos e a sintomatologia do transtorno acarretam prejuízos na vida afetiva, econômica, profissional e educacional dos portadores de transtorno mental (MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2008; STEFANELLI et al., 2008; NAGAOKA; FUREGATO; SANTOS, 2011; BESSA; WAIDMAN, 2013).

Ademais, a OMS (2009) indica que os transtornos de humor e a esquizofrenia são doenças incapacitantes, situadas entre as dez principais causas de morbidade mundial, sendo que o quadro depressivo grave responde por 11% do total de anos vividos com incapacidades.

Para Miasso, Cassiani e Pedrão (2008), Nagaoka, Furegato e Santos (2011) e Bessa e Waidman (2013), dificuldades de concentração, lapsos de memória, dificuldade de memorização, alterações de humor, sonolência, tremores, lentificação, avolição e a necessidade de longos períodos de afastamento para o tratamento do transtorno contribuem para a interrupção dos estudos com repercussão direta na inserção desses indivíduos no mercado de trabalho e na manutenção do vínculo empregatício. Aliado a isso, o portador de transtorno mental enfrenta o estigma e o preconceito que apesar de todo o esforço em esclarecer e sensibilizar a sociedade para as questões de saúde mental permanecem arraigados no imaginário coletivo.

Em relação ao perfil clínico dos portadores de transtorno mental, observou-se que a maioria não fumava, não fazia uso de álcool e não tinha feito uso de drogas ilícitas no último ano. Entretanto, ao considerar as repercussões do uso de álcool e outras drogas sobre a saúde física e mental das pessoas, julgou-se pertinente trazer para a discussão que 96 (32%) dos portadores de transtorno mental em tratamento no CAPS eram fumantes, 33 (11%) usavam álcool, e 30 (10%) faziam uso de drogas ilícitas no último ano, sendo que, dos 33 que utilizavam álcool, 13 (39,4%) o faziam de forma esporádica e entre os 30 que indicaram usar drogas ilícitas no último ano, a maconha foi citada 23 (47,9%) vezes como a substância de escolha.

Kantorski et al. (2011b) ao investigarem 1162 portadores de transtorno mental em tratamento em CAPS I e II encontraram resultados semelhantes, visto que 7,1% dos participantes relataram o consumo de álcool, 35,4% fizeram uso de tabaco e 2% referiram ter utilizado drogas ilícitas, com destaque para a maconha.

Em consonância a este estudo e ao de Kantorski et al. (2011b), Oliveira et al. (2014) em estudo com 270 portadores de transtorno mental observaram que 96 (35,6%) faziam uso de tabaco, destes 53,2% foram classificados com grau elevado de dependência de nicotina. Os entrevistados associaram o uso do tabaco ao alívio dos sintomas psiquiátricos como ansiedade, mudança de humor, impulsividade e a diminuição dos efeitos colaterais dos psicofármacos utilizados.

Entretanto, o resultado deste estudo, de Kantorski et al. (2011b) e de Oliveira et al. (2014) apresentam proporção de tabagismo em portadores de transtorno mental menor do que o mencionado pela literatura.

Para Sadock e Sadock (2007) e Bordin et al. (2015) o uso de tabaco entre portadores de transtorno mental é elevado, estima-se que respectivamente 70% e 90% das pessoas com TAB e esquizofrenia sejam tabagistas, além disso, as pessoas com transtornos depressivos, ansiedade e esquizofrenia apresentam dificuldade mais acentuada em parar de fumar. Em consonância, Ratto e Cordeiro (2015) evidenciaram que o uso de tabaco na população geral é em média de 30%, enquanto que em pessoas com esquizofrenia é de 74%.

Lawrence, Mitrou e Zubrick (2009) ao conduzirem dois grandes estudos populacionais nos EUA e na Austrália estimaram que nos EUA entre os adultos com transtorno mental, 40,1% eram fumantes em comparação a 21,3% dos adultos fumantes que não tinham diagnóstico de transtorno mental. Na Austrália o

tabagismo entre adultos com transtorno mental foi de 36,2%, o dobro da prevalência em adultos sem diagnóstico de transtorno mental (18,8%).

Oliveira e Furegato (2012) em uma revisão integrativa sobre o tabagismo e esquizofrenia encontraram prevalência média de 59% de fumantes nessa população e alertaram que o uso da nicotina pode interferir na terapêutica medicamentosa, piorar os sintomas do transtorno, propiciar maior ocorrência de crises e vulnerabilidade para outras doenças crônicas como respiratórias e cardiovasculares. Do mesmo modo, Barros et al. (2014) em estudo multicêntrico realizado com 2.461 portadores de transtorno mental identificaram que 52,7% da amostra eram tabagistas, o que representou prevalência de tabagismo maior nessa população quando comparada a população em geral.

No que concerne ao uso de álcool e outras drogas, Peuker et al. (2010) ao investigarem os fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica apontaram que os transtornos de humor e a ansiedade foram associados ao abuso de substâncias psicoativas e que a prevalência do uso de álcool e outras drogas em portadores de transtorno mental é maior quando comparada a população em geral. Isso é corroborado por Silva et al. (2015) ao mencionarem que foram encontrados elevados índices de problemas com o uso de álcool em indivíduos com esquizofrenia e psicose.

Dentre as substâncias ilícitas mais consumidas pelos 30 (10%) entrevistados, houve destaque para o uso da maconha. Nesse sentido, Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2010) realizaram uma revisão de literatura sobre a temática abuso de *cannabis* em pacientes com transtornos mentais e identificaram que estudos epidemiológicos têm mostrado elevada prevalência do consumo de maconha nessa população, sendo de 23% para uso corrente, 42,1% para uso na vida e 22,5% para abuso. A maconha também foi relacionada como principal droga de abuso por pessoas com TAB.

Ela é uma das substâncias ilícitas mais consumidas no país, seu uso crônico aumenta o risco de incidência de esquizofrenia em pessoas com ou sem fatores predisponentes e contribui para pior prognóstico do transtorno (JUNGERMAN et al., 2015). Assim, Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2010) relataram que o consumo de maconha por pessoas com transtornos mentais como esquizofrenia, transtornos de humor e ansiedade pode apresentar impacto negativo sobre a evolução do transtorno, seja na fase aguda da doença ou nas fases mais avançadas.

Para Cordeiro e Diehl (2011) e Ratto e Cordeiro (2015) o uso de substâncias psicoativas por portadores de transtorno mental grave pode ser mais prevalente do que evidenciam estudos epidemiológicos, pois ela é pouco diagnosticada na prática clínica e isso implica em redução de recuperação e de menor resposta terapêutica aos medicamentos. Estima-se que cerca de 50% das pessoas com transtornos mentais graves desenvolvem problemas associados ao uso de álcool e outras drogas.

Os portadores de transtorno mental usam substâncias psicoativas com a finalidade de atenuar os sinais e sintomas da doença ou dos efeitos colaterais das medicações. Entretanto, o uso aumenta o risco de desenvolvimento de discinesia tardia, piora o prognóstico, exacerba os sintomas positivos e negativos da doença, predispõe a maior número de episódios e consequente recaídas e internações e maior risco de suicídio (SILVA et al., 2015; RATTO; CORDEIRO, 2015).

Para Cordeiro e Diehl (2011, p.107) o uso de drogas pode disfarçar, diminuir ou aumentar os sintomas físicos, emocionais e comportamentais dos transtornos mentais e que em pessoas com transtornos mentais graves, “mesmo em pequenas doses e de modo casual o consumo de substâncias psicoativas pode gerar piores consequências, se comparada com pessoas sem tais transtornos”.

Outro aspecto relevante é que a maioria dos entrevistados possui comorbidade clínica, sendo que dentre os diversos problemas clínicos referidos pelos portadores de transtorno mental, foram prevalentes os cardiovasculares e endócrinos.

A literatura coaduna com os resultados apresentados, visto que Barbosa et al. (2011) ao avaliarem a prevalência de comorbidade clínica em 94 pacientes com TAB observaram que 52,13% dos participantes apresentavam pelo menos uma comorbidade clínica, sendo hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipotireoidismo e dislipidemia os problemas de saúde prevalentes. Do mesmo modo, Kantorski et al. (2011b) evidenciaram em seu estudo que 557 (47,9%) dos participantes possuíam problemas clínicos de saúde além do transtorno mental, com destaque para a hipertensão arterial.

Para Teixeira, Fonseca e Santos (2012) e Lucena, Massuda e Gama (2012) diversos estudos têm evidenciado diminuição da expectativa de vida de portadores de transtorno mental associada a prevalência elevada de doenças clínicas nessa população. São descritos como possíveis fatores para a presença de comorbidade

clínica, ganho de peso, distúrbios metabólicos, hábitos de vida pouco saudáveis como dieta rica em gorduras e carboidratos, sedentarismo, tabagismo, dificuldade de adesão ao tratamento com medicação e como consequência do uso de antipsicóticos de segunda geração.

As doenças cardiovasculares são comuns em pessoas com transtornos mentais graves. Em pessoas com esquizofrenia são responsáveis por cerca de 40 a 45% dos óbitos, considerando que esta população apresenta risco de mortalidade por problemas cardíacos duas vezes maiores em comparação a população geral. Do mesmo modo, pessoas com transtorno bipolar ou depressão apresentam risco de 1,5 a 2,5 vezes mais de mortalidade cardiovascular. Ainda, o uso de alguns psicofármacos como os antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos e o lítio podem aumentar os riscos de provocar ação deletéria sobre a condução cardíaca ou do desenvolvimento de síndrome metabólica resultando em problemas cardiovasculares importantes (VARGAS; SANTOS, 2011; TEIXEIRA; FONSECA; SANTOS, 2012; LUCENA; MASSUDA; GAMA, 2012).

Lima (2011) em uma revisão de literatura sobre mortalidade em portadores de transtorno mental identificou maior proporção de mortes por causas cardiovasculares nesses indivíduos que o esperado para pessoas de mesmo sexo e faixa etária na população em geral. Gomes et al. (2013) observaram elevada prevalência de obesidade, tabagismo, sedentarismo, hipertensão e dislipidemia entre pessoas com TAB. Complementando o exposto, Vargas e Santos (2011) estimaram que dos 56 pacientes com esquizofrenia, participantes do seu estudo, 30,4% preenchiam os critérios para síndrome metabólica, com ênfase para a presença de hipertensão arterial e circunferência abdominal elevada.

Gomes e Kunz (2012) chamam atenção para a presença de problemas endócrinos, tais como obesidade e tireoidopatias em portadores de transtorno mental, principalmente para o hipotireoidismo, visto que pessoas com depressão frequentemente apresentam alterações no metabolismo da tireoide, aproximadamente 15% das pessoas com sintomas depressivos tem hipotireoidismo subclínico, alta proporção quando comparados a população geral que apresenta percentual de 4 a 8%.

Alguns dos problemas clínicos relatados podem ser prevenidos por meio da educação em saúde e as consequências amenizadas se os problemas forem diagnosticados e tratados no início, os hábitos de vida saudáveis devem ser

encorajados pelos profissionais de saúde, bem como o acompanhamento nutricional. Entretanto, apesar da elevada prevalência de comorbidade clínica em portadores de transtorno mental, essa população por vezes tem suas queixas subestimadas pelos profissionais de saúde, o que acarreta cuidados negligenciados no que diz respeito aos aspectos clínicos (HERT et al., 2009; WEBER et al., 2011; VARGAS; SANTOS, 2011; LIMA, 2011; KANTORSKI et al., 2011b; GOMES, 2012; GOMES; KUNZ, 2012).

Segundo Lucena, Massuda e Gama (2012), os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pessoas com transtorno mental devem atentar-se para presença de sintomas clínicos e não só psíquicos, a fim de facilitar a promoção de saúde, aumento da sobrevida e melhora da qualidade de vida dessa clientela.

A maior parte dos entrevistados, refere fazer uso de medicamentos no tratamento das comorbidades clínicas, isso também foi observado por Kantorski et al. (2011b). Essa questão merece atenção por parte dos profissionais de saúde, pois o portador de transtorno mental além dos medicamentos prescritos para o transtorno precisa fazer uso de medicamentos para os problemas clínicos de saúde, o que implica em regimes terapêuticos complexos e no aumento da quantidade de medicamentos a ser ingerida por dia, o que pode comprometer o uso contínuo e adequado do medicamento para o alcance da melhor resposta terapêutica. Ademais, há o risco de interações medicamentosas e de intoxicações intencionais e não intencionais por medicamentos.

Nesse sentido, Ibanez et al. (2014) ao entrevistarem pessoas com depressão descreveram que ingerir mais de um tipo de medicamento e, conseqüentemente, vários comprimidos por dia foi apontada pelos sujeitos como dificuldade em seu cotidiano de tratamento, pois além dos medicamentos para o tratamento da depressão, utilizavam medicamentos para problemas clínicos de saúde.

A presença do transtorno mental associado à comorbidades clínicas pode influenciar diretamente na percepção de saúde dos portadores de transtorno mental, que nesta pesquisa percebem seu estado de saúde como regular. Resultado semelhante foi encontrado por Kantorski et al. (2011b) ao referirem que a maioria dos portadores de transtorno mental, entrevistados em seu estudo, indicaram auto perceber o seu estado de saúde como bom, seguido de regular.

Ainda relacionado ao perfil clínico, evidencia-se a presença de histórico familiar de transtorno mental. Sadock e Sadock (2007) mencionaram que a respeito da gênese dos transtornos mentais, sabe-se que há uma confluência de situações ligadas ao desenvolvimento da doença, como fatores ambientais, psicossociais, biológicos e genéticos.

A literatura sugere que indivíduos têm maiores chances de apresentarem um transtorno mental como esquizofrenia quando outros integrantes da família manifestam a doença, principalmente em familiares de primeiro e segundo grau. Da mesma forma, há forte indício de que o fator genético esteja envolvido no desenvolvimento dos transtornos de humor, sendo mais considerável o risco de transmissão no transtorno bipolar que na depressão (SADOCK; SADOCK, 2007).

Em relação ao diagnóstico médico, 231 (77%) dos participantes indicaram que sabiam o seu diagnóstico de transtorno mental, entretanto, quando o diagnóstico informado pelo participante foi comparado ao diagnóstico médico que constava em seu prontuário segundo a CID-10, evidenciou-se que pouco mais da metade dos 231 portadores de transtorno mental de fato sabe informar o seu diagnóstico.

Nesse sentido, a literatura tem apontado que na maioria dos estudos desenvolvidos com portadores de transtorno mental, os sujeitos desconhecem o nome do transtorno que os acomete (CARDOSO et al., 2011; CARDOSO; GALERA, 2011; NAGAOKA; FUREGATO; SANTOS, 2011).

Isso pode impactar diretamente no seguimento da terapêutica medicamentosa, uma vez que o portador de transtorno mental pode não compreender a gravidade do transtorno, desconhecer as complicações em longo prazo do curso da doença e por consequência não perceber a necessidade do uso dos medicamentos prescritos para o seu tratamento. Nesse sentido, a OMS (2003) indica como preditores de má adesão em pessoas com doença crônica, a falta de conhecimento sobre sua doença e a falta de percepção do risco para a saúde relacionados com as doenças.

Considerando os diagnósticos constantes no prontuário dos portadores de transtorno mental de acordo com a CID-10 e que cada participante poderia ter mais de um diagnóstico descrito, foram prevalentes TAB, esquizofrenia e depressão. Tomasi et al. (2010), Cardoso e Galera (2011), Nagaoka, Furegato e Santos (2011) e Rodrigues et al. (2012) encontraram resultados semelhantes em seus estudos, ao

mencionarem que os transtornos mentais prevalentes foram esquizofrenia e transtornos de humor.

Segundo Toy e Klamen (2011) o TAB é associado a altos índices de mortalidade, acomete homens e mulheres em igual proporção, seu início pode ocorrer dos 5 aos 50 anos com média de idade em geral de 30 anos. Pode ser do tipo I, quando os episódios de mania e depressão se alternam e do tipo II que cursa com períodos de depressão e hipomania, essas alterações podem ocorrer em ciclagem rápida e causam intenso sofrimento à pessoa.

Para Silva, Bueno e Moreira (2011, p. 5) o TAB tem apresentações clínicas complexas, causa prejuízo funcional ao paciente e a seus familiares e cursa com elevada morbidade e mortalidade, além disso,

“se manifesta precocemente justamente na fase formativa da vida e impacta na esfera cognitiva e emocional do desenvolvimento, o que se traduz, muitas vezes, em dificuldades interpessoais, educacionais e financeiras que potencialmente deixam sequelas ao longo da vida da pessoa”.

Para Cordioli et al. (2011) o TAB (tipo I e II) tem prevalência estimada de 1,5%, porém quando se ampliam os critérios diagnósticos, observa-se prevalência do chamado espectro bipolar de 3 a 8,3%. Clemente et al. (2015) ao desenvolverem uma meta análise estimaram a prevalência de 1,1% de TAB tipo I e 1,2% do tipo II na população em geral.

Sobre a esquizofrenia, sua prevalência na população é de 1%, ela representa a principal forma de psicose, em geral se apresenta no final da adolescência e início da vida adulta, atinge igualmente homens e mulheres, entretanto, seu aparecimento é mais precoce em homens. Sua manifestação está relacionada a alterações do pensamento, da sensopercepção e da vontade, ao comportamento bizarro, embotamento afetivo e apragmatismo. A presença dos sintomas positivos e negativos reflete na vida cotidiana das pessoas com esquizofrenia em isolamento social, desinteresse pelo mundo externo, introspecção, ausência de *insight* sobre a doença e em alguns casos *déficit* no autocuidado e manifestação de agressividade (SADOCK; SADOCK; 2007; DALGALARRONDO, 2008; STEFANELLI et al., 2008; SILVA et al., 2012).

Em relação à depressão, estima-se que sua prevalência seja de 3 a 11% na população geral, sendo mais frequente em mulheres e associada a incapacidades (FLECK et al., 2009). Munhoz, Santos e Matijasevich (2013) em estudo populacional

com 2.925 sujeitos, identificaram prevalência de depressão de 20,4%, sendo essa enfermidade associada às variáveis sexo feminino, pessoas jovens, com baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, solteiros ou separados e desempregados.

A depressão cursa com sintomas relacionados à perda da capacidade de sentir prazer e alegria, redução importante da energia, perda de confiança, baixa autoestima, sentimentos de auto reprovação e culpa excessiva, pensamentos de desvalia e morte. Ainda, alterações no sono, alimentação, atividade sexual como perda da libido são evidenciadas (SADOCK; SADOCK, 2007).

Portanto, os transtornos mentais prevalentes nesse estudo são de curso crônico, recorrente e graves que podem repercutir significativamente nos relacionamentos, na vida social e ocupacional dos portadores de transtorno mental.

A maioria dos participantes tinha entre um e 10 anos de tempo de doença e fazia tratamento no CAPS há menos de um ano. Quanto ao tempo de doença não há consenso na literatura, visto que Miasso, Carmo e Tirapelli (2012) encontraram tempo de diagnóstico menor que cinco anos, já Cardoso e Galera (2011) observaram que entre os egressos de internação psiquiátrica a maioria tinha menos de um ano de doença e para Souza et al. (2013) o tempo de diagnóstico foi superior a 21 anos.

Em relação ao tempo de tratamento no CAPS, Nagaoka, Furegato e Santos (2011) apontaram que os portadores de transtorno mental estavam em tratamento no CAPS por um período de dois a três anos, o que diverge do encontrado nesta pesquisa.

Dos entrevistados, 190 (63,3%) disseram ter recebido informações sobre o transtorno mental por profissionais de saúde, sendo que destes, 131 (69%) ficaram satisfeitos com as informações recebidas. O médico foi o profissional de saúde que mais prestou informações. Chama atenção o baixo percentual de participantes que referiram ter obtido as informações por enfermeiros 66 (34,7%), ao compararmos essa variável aos demais profissionais de saúde, como médicos e psicólogos. Ibanez et al. (2014) também evidenciaram em seu estudo que o enfermeiro não foi reconhecido como agente ativo na educação do portador de transtorno mental.

Isso é preocupante, ao pensarmos que uma das ações da enfermagem em saúde mental é a educação em saúde, que possibilita instrumentalizar a pessoa para ser protagonista do seu tratamento, o que pressupõe que ele seja orientado sobre a sua doença. Entretanto, para que essa ação se torne produtiva exige do

enfermeiro clareza quanto ao seu papel junto a equipe multiprofissional e ao portador de transtorno mental, além de postura acolhedora e conhecimento científico.

A respeito do histórico de internação devido o transtorno mental, 236 (78,6%) referiram ter sido internados, destes, 120 (50,9%) informaram não usar corretamente os medicamentos prescritos no período que antecedeu a internação. Dos 236 participantes que mencionaram ter sido internados, a internação em hospital psiquiátrico foi referida 205 (86,9%) vezes, por mais de 3 vezes e os principais motivos da internação foram a presença de sintomas psicóticos e agressividade.

Quanto as internações em leitos psiquiátricos em hospitais gerais foram indicadas 35 (14,8%) vezes e em unidades de pronto atendimento 125 (53%) vezes, ambas ocorreram uma vez e o motivo prevalente foi a ideação e/ou tentativa de suicídio. A internação em CAPS III foi apontada por 46 (19,5%) dos entrevistados, principalmente por sintomas psicóticos.

Estudos desenvolvidos por Pinheiro et al. (2010), DiBonaventura et al. (2012), Silva et al. (2012), Borba et al. (2015) e Miasso et al. (2015), mencionaram que o comprometimento da adesão à terapêutica medicamentosa pelo portador de transtorno mental tem apresentado associação com a necessidade de reinternações e agudizações do quadro psiquiátrico. Isso confirma o encontrado neste estudo, no qual a maioria que necessitou de reinternação não fazia uso correto do medicamento prescrito.

Observa-se o baixo número de internações nos dispositivos extra hospitalares de tratamento quando comparados as internações em hospitais psiquiátricos, sendo que os atendimentos realizados em hospitais gerais e unidades de pronto atendimento estavam relacionados a ideação e/ou tentativa de suicídio, a qual em um primeiro momento requer intervenções imediatas para a manutenção da vida da pessoa e não necessariamente ações relacionadas ao tratamento na saúde mental. Enquanto que, os motivos de internação em hospital psiquiátrico e CAPS foram mais voltados a manifestação da agudização dos sinais e sintomas do transtorno, o que parece reforçar a dicotomia entre corpo e mente, entre a fragmentação do cuidado e seus respectivos locais de tratamento, não compreendendo a pessoa com transtorno mental em sua integralidade.

A maioria das internações ocorreu em hospital psiquiátrico, o que vai de encontro à política pública de saúde mental vigente no país que preconiza o tratamento do portador de transtorno mental em dispositivos territorializados, de base comunitária que trabalhem articulados em rede e que possibilitem a implementação e consolidação do modelo psicossocial.

A elevada prevalência de internamentos em hospitais psiquiátricos apresenta-se como dado preocupante ao considerar que esta realidade está diretamente relacionada com a desarticulação ou pouca articulação e a capacidade de efetividade e resolução da rede de atenção em saúde mental. Além de indicar que os resquícios do tratamento hospitalocêntrico ainda permeiam o cotidiano e as ações dos profissionais de saúde e a relação da sociedade com a pessoa com transtorno mental (RAMOS; GUIMARAES; ENDERS, 2011).

A falta de acompanhamento após a alta hospitalar, falta de informação e orientação acerca do transtorno e seu curso crônico, do uso dos medicamentos, o *déficit* de serviços extra hospitalares que apesar da crescente expansão ainda se mostram insuficientes, e a dificuldade em garantir a continuidade do tratamento nos dispositivos substitutivos podem ser preditores da necessidade de recorrer a internação em hospitais psiquiátricos (PINHEIRO et al., 2010; RAMOS; GUIMARAES; ENDERS, 2011; BORBA et al., 2015).

Isso é confirmado por Ramos e Guimarães (2013) ao mencionarem que após a expansão e consolidação da rede de serviços substitutivos no Rio Grande do Norte observou-se redução ainda que lenta, do quantitativo de reinternações e diminuição por atendimento de urgência no hospital psiquiátrico.

De acordo com a Portaria nº 3.088/2011, a rede de atenção psicossocial é constituída pela atenção básica formada por unidades básicas de saúde, consultórios na rua e centros de convivência, pela atenção psicossocial especializada representada pelos CAPS, atenção de urgência e emergência, constituída pelo serviço móvel de atendimento às urgências, as unidades de pronto atendimento 24 horas, e, atenção hospitalar, formada por leitos psiquiátricos em hospital geral para a atenção às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b).

Para Ramos, Guimarães e Enders (2011, p. 522) a rede é representada por serviços, intenções, políticas e estratégias voltadas ao

“fomento de ações de promoção da saúde, prevenção e intervenção precoce em saúde mental, buscando o cumprimento da meta de internação como último recurso terapêutico, quando nenhuma outra estratégia alcançou resolubilidade da situação vivenciada, evitando, portanto, o fenômeno da (re)internação psiquiátrica, historicamente associada à pouca resolubilidade e alta cronificação da condição da pessoa internada”.

A necessidade de internação da pessoa com transtorno mental em situação de crise não é negada pelo modelo psicossocial, entretanto, a hospitalização pode ocorrer em leitos psiquiátricos em hospitais gerais, em CAPS III, em unidades de pronto atendimento, em curto período e com a manutenção dos vínculos afetivos e sociais.

A Portaria nº 148/2012 versa sobre a implantação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, enfatiza que esse recurso compõe a rede de atenção em saúde mental e não se trata apenas da criação de novos leitos psiquiátricos no país, visto que as ações de matriciamento, corresponsabilidade pelo tratamento, suporte nas situações de urgência e emergência, internações em curto espaço de tempo e a articulação com os demais pontos da rede de saúde mental para continuidade do tratamento e prevenção dos episódios de internação são preconizados, o que supera a lógica de internação do modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2012a).

A nota técnica número 25 emitida pelo Ministério da Saúde em junho de 2012 reforça que o “CAPS III é o ponto de atenção estratégico no cuidado e responsabilização pelas situações de crise”, bem como, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais funcionam como retaguarda nos momentos de crise, são de fácil acesso e propiciam a diminuição do estigma do transtorno mental (BRASIL, 2012b).

Entretanto, de acordo com Brasil (2015) no período de 2012 a 2014 foram habilitados 888 leitos psiquiátricos em hospital geral em todo o país, sendo que no Paraná apenas dois hospitais foram habilitados e 10 leitos, enquanto o Estado do Rio Grande do Sul habilitou 93 hospitais e 346 leitos no mesmo período. A situação não é diferente quando se trata da expansão de CAPS III, em 2006 eram 38 serviços, em 2014 eram 85. Observa-se crescimento da rede de saúde mental em todo o país, porém, ainda de forma lenta e insuficiente para o atendimento da demanda de cuidados em saúde mental que é crescente.

Para Paes et al. (2013) a qualificação insuficiente dos profissionais de saúde para o cuidado em saúde mental, a hegemonia do cuidado fragmentado entre mente e corpo, a resistência e desinteresse de alguns gestores e a falta de estrutura

adequada às exigências vigentes, são barreiras à expansão dos leitos psiquiátrico em hospitais gerais

No que diz respeito a tentativa de suicídio, do total de participantes, 203 (67,7%) mencionaram ter tentado suicídio com predomínio do sexo feminino. A intoxicação exógena foi o método mais empregado na tentativa de suicídio e o uso de medicamentos a principal substância utilizada. Ainda, 63 (31%) dos entrevistados relataram mais de três tentativas de suicídio.

As pessoas com transtorno mental têm de 3 a 12 vezes mais riscos de cometer suicídio quando comparados com sujeitos sem enfermidade psiquiátrica, cerca de 95% das pessoas que tentam ou cometem o autoextermínio tem um transtorno mental previamente diagnosticado (SADOCK; SADOCK, 2007).

Estudos evidenciaram uma série de fatores de risco para o suicídio, tais como perdas familiares, financeiras, antecedentes familiares, fatores genéticos e biológicos, sexo masculino, isolamento social e ser solteiro ou divorciado. Entretanto, nesta lista despontam como fatores de risco principais para o suicídio, histórico prévio de tentativas e diagnóstico de transtorno mental, principalmente transtorno de humor, de personalidade, esquizofrenia e dependência de álcool. As pessoas que tem comorbidades psiquiátricas apresentam significativo aumento no risco para o suicídio (SADOCK; SADOCK, 2007; OPAS, 2014).

Ressalta-se que 45 a 70% das pessoas que tentam/consumam o suicídio, tem transtornos de humor e que 19 a 24% apresentam histórico de uma tentativa prévia de suicídio, sendo o risco mais elevado de novas tentativas dentro dos três meses após a primeira (SADOCK; SADOCK, 2007). Nessa mesma linha de pensamento, Vidal, Gontijo e Lima (2013) observaram em seu estudo que a maioria das mortes por suicídio ocorreu no período de um ano após uma tentativa anterior.

Segundo o relatório sobre prevenção do suicídio emitido pela Organização Pan-Americana de Saúde em 2014, a cada 40 segundos uma pessoa se suicida e muitas outras praticam tentativas sem êxito, mais de 800.000 indivíduos morrem por ano, o que representa taxa mundial de 11,4/100.000 habitantes. O suicídio é considerado a segunda principal causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos em todo o mundo. No Brasil, em 2012, 11.821 pessoas se suicidaram, o que representa taxa de suicídio de 5,8/100.000 habitantes (OPAS, 2014).

Os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são escassos e inconsistentes quando comparados aos registros oficiais de suicídio consumado,

mas acredita-se que o número de tentativas seja de 10 a 40 vezes maior que o número de suicídios. Estima-se que para cada pessoa que se suicida, outras 20 tentam se suicidar (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013; OPAS, 2014).

Apesar de não ter sido evidenciada associação entre sexo e quantidade de tentativas de suicídio no estudo, a literatura aponta que os homens cometem mais suicídio que as mulheres, contudo, as mulheres tentam suicídio até quatro vezes mais que os homens. Essa realidade pode estar relacionada aos métodos empregados na tentativa, os homens tendem a utilizar métodos mais letais, como arma de fogo, enforcamento e precipitação de locais elevados. Em contrapartida, as mulheres empregam métodos menos letais, como a ingestão excessiva de medicamentos (SADOCK; SADOCK, 2007).

Machado e Santos (2015) ao analisarem a mortalidade por suicídio no Brasil de 2000 a 2012, encontraram que o suicídio consumado foi 3,7 vezes mais frequente entre os homens que entre as mulheres, 86,9% das mortes por suicídio foram em decorrência de lesões autoprovocadas (enforcamento, arma de fogo, precipitação de locais elevados) e 13,1% por intoxicação exógena intencional, com destaque para o uso de pesticidas e medicamentos. Em relação as diferenças regionais, observaram que a maior incidência ocorre na região sul com 9,8 casos por 100.000 habitantes, e que o suicídio nessa região decresceu entre os homens e aumentou entre as mulheres.

Os achados descritos são corroborados por Bernardes, Turini e Matsuo (2010) que ao desenvolverem estudo sobre tentativas de suicídio por intoxicação medicamentosa na cidade de Londrina – Paraná, com 206 pacientes, observaram que 79,1% eram mulheres e que 84,8% delas usaram medicamentos no ato suicida. Da mesma forma, Vidal, Gontijo e Lima (2013) em uma amostra de 807 indivíduos com tentativa de suicídio, mencionaram que o método mais utilizado pelas mulheres foi a intoxicação exógena, sendo a intoxicação por medicamentos representada por 64,2%.

Neste estudo, apesar da associação do método e da substância de escolha para a tentativa de suicídio com o sexo não ter obtido significância estatística, chama atenção que a intoxicação exógena por medicamentos foi cerca de três vezes mais utilizada pelas mulheres que pelos homens.

O mesmo ocorreu no estudo realizado por Magalhães et al. (2014), no qual a intoxicação por medicamentos foi duas vezes mais utilizada pelas mulheres que

pelos homens nas tentativas de suicídio, mas que não houve diferença estatística entre sexo e métodos utilizados.

Em relação ao perfil farmacoterapêutico, quando os medicamentos são analisados por classe medicamentosa, a mais prescrita aos entrevistados foi a dos antipsicóticos, e quando os medicamentos são analisados por nome, os mais utilizados foram o haloperidol e o lítio.

Kantorski et al. (2011a) ao descreverem a oferta e consumo de psicofármacos nos CAPS do sul do Brasil explicitaram que a categoria dos medicamentos mais prescrita foi a dos antidepressivos, seguida pelos antipsicóticos. Ainda, mencionaram que os fármacos que estavam em uso pela maioria dos portadores de transtorno mental foram o haloperidol, a fluoxetina e o lítio, o que se assemelha aos resultados encontrados.

Os antipsicóticos são medicamentos de escolha para o tratamento dos episódios psicóticos tanto na fase aguda quanto na de manutenção, visto que bloqueiam a atividade dopaminérgica que se encontra exacerbada nessa condição. Estão disponíveis os antipsicóticos de primeira e de segunda geração, respectivamente denominados também de típicos e atípicos, ambos eficazes no controle de sintomas como alucinações, delírios e agitação (SADOCK; SADOCK, 2007; CORDIOLI et al., 2011; NOTO et al., 2012; BRAZIL; MENEZES, 2013).

Por certo tempo acreditou-se que os antipsicóticos atípicos eram mais eficazes que os típicos, entretanto, Leucht et al. (2009) por meio de uma meta-análise demonstraram que apenas alguns antipsicóticos atípicos pareceram demonstrar certa superioridade em relação aos antipsicóticos típicos, com destaque para a clozapina, que apresentou eficácia superior quando comparada aos demais, e está indicada no tratamento da esquizofrenia refratária.

Os antipsicóticos de segunda geração bloqueiam além da atividade dopaminérgica os receptores serotoninérgicos, apresentam menos efeitos colaterais extrapiramidais e tem atuação sobre os sintomas negativos da esquizofrenia como embotamento afetivo e empobrecimento funcional, porém, estão associados a maior prevalência de distúrbios metabólicos (SADOCK; SADOCK, 2007; ELKIS et al., 2008; CORDIOLI et al., 2011; NOTO et al., 2012; BRAZIL; MENEZES, 2013).

Os principais efeitos colaterais do uso de antipsicóticos são os efeitos extrapiramidais, a síndrome metabólica e a disfunção sexual. Os efeitos extrapiramidais podem surgir nos primeiros dias ou semanas do uso e são dose-

dependentes, na maioria das vezes revertidos com a diminuição da dosagem ou dependendo da gravidade, com a interrupção do uso do medicamento. Caracterizam-se por distonia aguda (espasmo muscular involuntário que afeta principalmente os músculos do pescoço e face), parkinsonismo (tremor, rigidez muscular e hipersalivação), acatisia (sensação subjetiva de inquietação associada a impossibilidade de manter-se na mesma posição), discinesia tardia (movimentos involuntários anormais da cabeça, boca e língua), e síndrome neuroléptica maligna, que cursa com a tríade instabilidade autonômica, rigidez muscular e hipertermia (CORDIOLI et al., 2011; NOTO et al., 2012; BRAZIL; MENEZES, 2013).

O haloperidol é um antipsicótico típico, de alta potência, visto que tem maior afinidade pelos receptores dopaminérgicos que outros antipsicóticos, cerca de 2 mg desse medicamento administrado por via oral equivale a aproximadamente 100 mg de clorpromazina. Apesar de apresentar efeitos colaterais com maior frequência continua sendo um dos medicamentos de primeira escolha para o tratamento da esquizofrenia (CORDIOLI et al., 2011; BRAZIL; MENEZES, 2013).

Além do tratamento da esquizofrenia, tem evidência de sua eficácia no tratamento do transtorno esquizoafetivo, no TAB, principalmente na fase maníaca em associação aos estabilizadores de humor, em quadros psicóticos e pode ser utilizado no emprego da tranquilização rápida em associação com a prometazina. A dose do medicamento deve ser ajustada conforme a gravidade dos sintomas e situação clínica do paciente, considerando que doses acima de 15 a 20 mg/dia por via oral não encontram correspondência com maior eficácia (CORDIOLI et al., 2011; BRAZIL; MENEZES, 2013).

Outro fármaco prescrito foi o lítio, medicamento de primeira escolha tanto para o tratamento da fase aguda quanto de manutenção do TAB, além de sua eficácia comprovada na redução do risco de suicídio e como potencializador de antidepressivos. Ao iniciar o uso desse medicamento, o paciente deve passar por exame clínico detalhado, os exames de função renal, cardíaca e de tireoide são indispensáveis (CORDIOLI et al., 2011).

Os portadores de transtorno mental que usam lítio devem realizar litemias para verificar os níveis séricos do medicamento devido ao risco de intoxicação. Recomenda-se que a dosagem dos níveis séricos seja realizada de forma mais frequente no início do tratamento para adequar a dosagem do medicamento e após pode ser realizada a cada seis meses em pacientes estáveis. A dose terapêutica do

lítio varia de 0,8 a 1,2mEq/l, e a dose de manutenção geralmente fica em torno de 0,6 a 1mEq/l, a intoxicação por lítio é uma condição grave de saúde que pode evoluir para coma e morte, devendo ser identificada e tratada precocemente. Ressalta-se que o uso concomitante de alguns medicamentos como os diuréticos podem aumentar os níveis séricos do fármaco e o risco de intoxicação medicamentosa (CORDIOLI et al., 2011; BRAZIL; MENEZES, 2013).

A prescrição de haloperidol e lítio para a maioria dos participantes é corroborada pela literatura ao considerarmos que ambos são medicamentos de escolha para o tratamento dos transtornos mentais como esquizofrenia e TAB, os quais foram prevalentes nesse estudo e ainda podem ser associados a outros medicamentos como antidepressivos. Além disso, a pesquisa foi desenvolvida em um serviço público de saúde e os medicamentos citados são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, o que pode ter influenciado diretamente os achados.

Verificou-se que a maior parte dos participantes tem mais de três medicamentos prescritos, e precisam ingerir mais de cinco comprimidos por dia para o tratamento do transtorno mental (considerando apenas os psicofármacos). Souza et al. (2013) coadunam os achados.

Também Miasso, Carmo e Tirapelli (2012) em estudo desenvolvido com 101 pessoas com TAB demonstraram que para a maioria dos participantes foi prescrito de dois a três tipos de medicamentos e quanto ao número de comprimidos por dia 44,5% utilizavam de três a quatro comprimidos e 41,6% utilizavam cinco ou mais comprimidos, o que reforça o uso de múltiplos medicamentos no tratamento em saúde mental.

A respeito disso, Secoli (2010), Cruz et al. (2011), Souza et al. (2013) e Ibanez et al. (2014) verificaram que a necessidade de usar medicamentos simultaneamente pode aumentar a possibilidade da ocorrência dos efeitos colaterais e de incompatibilidade medicamentosa. Isso gera dificuldades para a autoadministração dos medicamentos por portadores de transtorno mental e pode ser indicativo de deterioração na sua condição de saúde e de não adesão à terapêutica medicamentosa.

Entretanto, cabe ressaltar que considerando a complexidade do transtorno mental e a presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas, em alguns casos, um esquema medicamentoso complexo pode ser necessário com o intuito de

alcançar o melhor estado de saúde possível do portador de transtorno mental e reduzir morbimortalidade.

Ao analisar se os entrevistados sabiam informar o nome dos medicamentos que usavam para o tratamento do transtorno mental, houve predomínio entre os que responderam afirmativamente. Nesse aspecto, Souza et al. (2013), Mercedes (2013) e Ibanez et al. (2014) verificaram que a maioria dos portadores de transtorno mental apresentavam bom conhecimento referente ao nome dos medicamentos, o que corrobora os resultados encontrados.

Contudo, essa realidade é contrastada por Cardoso et al. (2011) ao evidenciarem que a maioria dos portadores de transtorno mental não sabia informar o nome dos medicamentos prescritos e por Cruz et al. (2011) ao mencionarem que uma minoria dos participantes sabia pelo menos 75% dos nomes dos medicamentos que deveriam usar para o tratamento do transtorno.

Quando se discute a questão da dose e frequência do uso do medicamento prescrito, o problema se acentua, visto que diversos estudos têm demonstrado que os portadores de transtorno mental apresentam pouco conhecimento sobre este aspecto (CARDOSO et al., 2011; CRUZ et al., 2011; SOUZA et al., 2013; MERCEDES, 2013; IBANEZ et al., 2014).

Para a segurança e efetividade da terapêutica medicamentosa, é imprescindível que o sujeito receba informações adequadas sobre o uso dos medicamentos prescritos. Nesse sentido, 180 (60%) dos participantes disseram ter recebido informações sobre o uso dos medicamentos por profissionais de saúde, destes, 160 (88,9%) ficaram satisfeitos com as informações que lhe foram disponibilizadas. Assim, como em relação a informação sobre o transtorno mental, o enfermeiro não foi identificado como agente educador pelos entrevistados, o médico foi o profissional que mais desempenhou esse papel.

Em contraposição ao encontrado, Miasso et al. (2009) referiram que os portadores de transtorno mental recebem pouca informação sobre os medicamentos prescritos, não ficam totalmente satisfeitos com as informações que recebem e não se sentem acolhidos quando tem questionamentos ou queixas relacionadas ao uso dos medicamentos, o que ocasiona risco ao uso inadequado do medicamento no domicílio e potencial não adesão.

Estudo desenvolvido por Pellegrinelli, Roso e Moreno (2010) com 62 participantes (portadores de TAB e familiares) mostrou que 40% tinham ideias

distorcidas sobre a terapêutica medicamentosa, pois acreditavam que o uso do medicamento promoveria a cura do transtorno, que os medicamentos causavam dependência, e que o medicamento poderia comprometer a vida do sujeito mais do que ajudá-lo.

Além disso, Ibanez et al. (2014) relataram que a falta de conhecimento, de esclarecimento sobre o transtorno e os medicamentos prescritos podem levar os portadores de transtorno mental a buscar informações por conta própria, utilizando recursos como internet, bula, revistas, vizinhos. Nessas situações nem sempre a pessoa encontra informações confiáveis sobre suas dúvidas, acarretando prejuízos à terapêutica medicamentosa e colocando em risco a própria segurança do paciente.

Assim, receber informações adequadas e de forma contínua sobre os medicamentos prescritos para o transtorno mental é uma estratégia importante para instrumentalizar essa clientela para que possam assumir postura ativa de corresponsabilidade em relação ao seu tratamento. Cabe ao profissional de saúde os esclarecimentos necessários quanto ao uso dos medicamentos, evitando que o paciente receba informações incorretas ou que faça interpretações equivocadas (PELLEGRINELLI; ROSO; MORENO, 2010; NICOLINO et al., 2011).

Neste cenário, a atuação do enfermeiro precisa ir além do ato de administrar o medicamento prescrito, requer envolvimento por meio da observação atenta, da escuta ativa e do atendimento individualizado. Ademais, o conhecimento científico é indispensável para o enfermeiro, pois este necessita ter domínio da indicação dos psicofármacos, do seu mecanismo de ação, dos efeitos colaterais, das interações medicamentosas, das contraindicações e do acompanhamento de exames laboratoriais para a verificação de alterações relacionadas à intoxicação medicamentosa.

Segundo Souza et al. (2013), o enfermeiro deve desempenhar ações educativas sobre o uso dos medicamentos junto aos portadores de transtorno mental, com vistas a promover a adesão à terapêutica medicamentosa e a redução de possíveis danos resultantes do uso inadequado dos medicamentos.

Dos 300 participantes, 134 (44,7%) apresentavam dificuldades para aquisição dos medicamentos, sendo a falta do medicamento na rede básica de saúde e não dispor de recurso financeiro para comprá-lo os principais problemas relatados.

Kantorski et al. (2011a) evidenciaram que os portadores de transtorno mental em tratamento nos CAPS da região sul do Brasil conseguiam a maior parte dos medicamentos prescritos via serviços públicos de saúde, mas que uma parte dos indivíduos precisava arcar com os gastos decorrentes da compra dos medicamentos que não eram dispensados, o que coaduna os resultados apresentados neste estudo.

Em consonância ao exposto, Miasso et al. (2015) identificaram que os portadores de transtorno mental referiram experimentar falhas eventuais no fornecimento do medicamento pelos serviços públicos de saúde, mesmo que esta falta de acesso seja ocasional ela pode repercutir negativamente sobre a adesão ao uso do medicamento.

Nessa perspectiva, para Vieira (2010) o Sistema Único de Saúde tem avançado na organização de programas como a PNM, a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e o programa de farmácia popular que visam garantir o acesso da população aos medicamentos. Carias et al. (2011), mencionaram que os gastos com medicamentos para o tratamento da esquizofrenia no programa nacional de medicamentos de dispensação excepcional em 2007 chegaram a R\$ 208.850.317,23 o que representou 14,8% dos gastos anuais do programa.

Ainda, de acordo com Brasil (2001), os medicamentos considerados essenciais devem estar disponíveis à população de forma contínua, pois são produtos indispensáveis ao tratamento dos principais problemas de saúde da população.

Contudo, autores como Leite e Vasconcellos (2003), OMS (2007), Monteschi, Vedana e Miasso (2010) relataram que apesar dos programas voltados à atenção farmacêutica e das despesas com medicamentos representarem grande parte do investimento em saúde pública no Brasil, a dispensação gratuita dos mesmos não é suficiente.

Apesar disso, a maioria dos portadores de transtorno mental sente-se motivada para fazer uso do medicamento prescrito e cita como principal fator de motivação o controle dos sinais e sintomas do transtorno. Os participantes relataram como fatores de desmotivação, acreditar que não precisa mais tomar o medicamento e a ocorrência dos efeitos colaterais. Conseqüentemente, quando foram questionados sobre sentir mudança agradável em seu estado de saúde ao

usar o medicamento 215 (71,7%) responderam afirmativamente e indicaram a melhora do humor/afeto e outras emoções como principal mudança agradável. Do mesmo modo, 199 (66,3%) disseram ter sentido algo desagradável ao usar a medicação, principalmente alterações no sistema digestório.

Miasso, Cassiani e Pedrão (2011), Ibanez et al. (2014), Vedana e Miasso (2014) e Miasso et al. (2015) corroboram os achados, visto que também observaram em seus estudos que os portadores de transtorno mental apresentavam sentimentos ambivalentes em relação ao uso do medicamento, pois a medida em que reconhecem a terapêutica medicamentosa como útil e necessária para o controle/alívio dos sintomas do transtorno e na prevenção de recaídas, sofrem os impactos dos efeitos colaterais em sua vida diária. Em algumas situações a intensidade das sensações desagradáveis pode ser proporcional aos benefícios acarretados pelo uso do medicamento.

Telles Filho et al. (2011) em estudo no CAPS de um município de Minas Gerais verificaram que os principais efeitos colaterais relatados pelos participantes foram alterações relacionadas ao comportamento e ao aumento de peso. As alterações gastrointestinais foram relatadas por 18 (36%) dos portadores de transtorno mental.

Desse modo, os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, devem estar atentos para identificar precocemente os efeitos colaterais a fim de programar ações com o objetivo de minimizá-los ou eliminá-los (NICOLINO et al., 2011; TELLES FILHO et al., 2011; DiBONAVENTURA et al., 2012; KANTORSKI et al., 2013).

Em relação aos horários e doses dos medicamentos, 135 (45%) dos participantes mencionaram que necessitam de ajuda com a administração do medicamento, o familiar foi o principal responsável por esta atividade. Ressalta-se que o incentivo e participação da família nas questões voltadas à terapêutica medicamentosa foram expressivas nesse estudo.

O mesmo foi observado por Machado e Santos (2012) e Vedana e Miasso (2014) ao referirem que a família assume importante participação na reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental, mediante ações afetivas e práticas de cuidado, tais como, acompanhamento em consultas, supervisão e administração dos medicamentos.

A participação da família nas atividades de supervisão e administração da medicação impacta de maneira positiva sobre a adesão à terapêutica medicamentosa, repercutindo em melhora dos sintomas e do funcionamento geral dos portadores de transtorno mental (FAROOQ et al., 2011).

Destarte, os profissionais da equipe de saúde que prestam atendimento aos portadores de transtorno mental devem identificar a participação da família nos cuidados relacionados ao uso do medicamento e oferecerem suporte e preparo à família para essa finalidade (VEDANA; MIASSO, 2012).

Ainda, 226 (75,3%) dos entrevistados referiram que participavam de outras atividades, principalmente de atividades relacionadas às artes, psicoterapia e terapia ocupacional para o tratamento do transtorno mental além da terapêutica medicamentosa.

Isso é ratificado por Kantorski et al. (2013) ao enfatizarem que no modelo de atenção psicossocial, no qual incluem-se as práticas de cuidado em serviços de base comunitária, o uso do medicamento constitui um dos recursos disponíveis no tratamento de portadores de transtorno mental com a finalidade de suporte para a potencialização da qualidade de vida e melhor inserção social, mas não pode ser considerado como terapêutica absoluta.

Na mesma linha de pensamento, Jorge et al. (2006) e Borba et al. (2011) mencionaram a importância da terapêutica medicamentosa associada a outras atividades que possibilitem ao portador de transtorno mental conquistar a maior autonomia possível, com repercussão na melhora do seu estado de saúde.

Para Kantorski et al. (2011c), atividades como as oferecidas nas oficinas terapêuticas, prática de atividade física, e as realizadas na comunidade são fundamentais no tratamento em saúde mental, visto que a abordagem terapêutica vai além da condição de doença, mas possibilita aos indivíduos espaços de produção de subjetividade, o que favorece a interação social e a construção de vínculos.

Em relação a adesão à terapêutica medicamentosa, tem-se que dos 300 participantes, 153 (51%) foram considerados aderentes, o que pode ser considerado um percentual baixo.

Causa preocupação o fato de que 147 (49%) dos entrevistados não eram aderentes ao uso do medicamento ao considerarmos todas as implicações que a não adesão pode acarretar ao portador de transtorno mental, tais como piora do

prognóstico, crises mais frequentes e intensas, risco aumentado de suicídio e comprometimento da qualidade de vida (ASCHER-SVANUM et al., 2010; MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011; SILVA et al., 2012; BESSA; WAIDMANN, 2013; VEDANA; MIASSO, 2014).

Essa problemática é apontada por diversos estudos, que corroboram os resultados apresentados. Segundo Cardoso e Galera (2009), das 167 pessoas em tratamento em um núcleo de saúde mental brasileiro, 60% usavam de forma irregular a medicação prescrita. Souza et al. (2011) em estudo transversal realizado com 101 pessoas em tratamento em CAPS, estimaram que apenas 11,88% dos participantes foram aderentes ao uso do medicamento.

Alene et al. (2012) ao investigarem a adesão ao uso do medicamento em 336 portadores de transtorno mental por auto relato na Etiópia, observaram prevalência de adesão (52,1%) muito próxima a encontrada nesse estudo. Porém, quando a adesão foi analisada por meio da comparação entre o número de dias de fornecimento da medicação com o número de dias corridos entre os preenchimentos (reposição), a adesão foi de apenas 20%.

Montes et al. (2013) em estudo transversal com 303 participantes de centros comunitários de saúde mental, na Espanha, identificaram que 69,3% foram classificados com baixa adesão ao uso da medicação. De acordo com Cuevas, Peñate e Sanz (2014) dos 119 pacientes com transtornos depressivos, 50,4% foram identificados como não-aderentes ao uso do medicamento prescrito.

Martínez et al. (2014) em estudo longitudinal realizado na Espanha com 185 portadores de transtorno mental observaram que de acordo com o teste de contagem de comprimidos 46,9% dos indivíduos demonstraram inadequação no seguimento da terapêutica medicamentosa.

Do mesmo modo, Arvilommi et al. (2014) em estudo longitudinal com 168 pessoas com diagnóstico de TAB em tratamento ambulatorial na Finlândia evidenciaram que 25% dos pacientes abandonaram o uso dos medicamentos em algum momento do estudo, e dos participantes que não abandonaram a terapêutica medicamentosa, cerca de 33% não usava regularmente o medicamento.

Outros autores encontraram resultados semelhantes, Tesfay et al. (2013) identificaram que dos 422 portadores de transtorno mental em tratamento ambulatorial na Etiópia, a não adesão correspondeu a 41,2%. Miasso, Carmo e

Tirapelli (2012) referiram que 63% de 101 indivíduos com TAB não aderiram ao uso de psicofármacos.

Remondi, Cabrera e Souza (2014) em estudo transversal realizado em um município do Paraná com 639 participantes mencionaram que 63,5% não aderiram a prescrição medicamentosa, e Markowitz et al. (2013) evidenciaram em estudo de coorte com 2.541 portadores de esquizofrenia nos EUA que a adesão à terapêutica medicamentosa no período de 0 a 60 dias após alta hospitalar correspondeu a 78%, com diminuição de 15% no período de 60 a 120 dias pós-alta, mantendo-se entre 58% e 63% no período restante de acompanhamento.

Entretanto, a literatura consultada não apresenta consenso quanto a prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em portadores de transtorno mental, visto que foram encontrados estudos que se contrapõe aos achados apresentados.

Mercedes (2013) ao avaliar 168 pessoas com depressão unipolar revelou que 71% eram aderentes ao uso do medicamento. Do mesmo modo, Sylvia et al. (2014) ao investigarem 200 pessoas com TAB nos Estados Unidos encontraram que apenas 6,72% eram não aderentes à terapêutica medicamentosa e Friemann e Wciórka (2013) apontaram que a maioria dos participantes seguia as recomendações sobre o uso do medicamento.

Autores como Ascher-Svanum et al. (2010), Baloush-Kleinman et al. (2011), Montreuil et al. (2012), Fornaro et al. (2013), Velligan et al. (2013), e Miasso et al. (2015), encontraram prevalência de adesão superior a 73% em seus estudos.

Essa divergência pode ser explicada visto que na análise dos resultados deve-se levar em consideração o método que foi empregado para verificar a adesão, o delineamento do estudo, tipo de medicação usada, país de realização do estudo (desenvolvido ou em processo de desenvolvimento) e o período de análise da adesão (durante internação ou tratamento em serviços extra-hospitalares), pois todas essas variáveis podem ter implicações diretas sobre a prevalência de adesão encontrada (SILVA et al., 2012).

Outro aspecto relevante diz respeito aos 140 portadores de transtorno mental cadastrados nos dois CAPS onde foi realizada a coleta de dados e que não frequentaram o serviço no período da pesquisa, sendo que o número de não aderentes poderia ser maior ao considerarmos que a não adesão ao tratamento em saúde mental ou abandono do tratamento repercute negativamente na adesão ao

uso dos medicamentos em saúde mental, contribuindo para o aparecimento de crises e dificuldades de relacionamento social e familiar.

Ressalta-se que a realidade da não adesão ao uso do medicamento por portadores de transtorno mental quando não identificada adequadamente pelos profissionais de saúde pode originar a inclusão de outros fármacos no esquema medicamentoso, o aumento da dose ou até mesmo a substituição frente a possível não efetividade do medicamento anteriormente prescrito, esses ajustes desnecessários podem acarretar consequências que comprometem a segurança do paciente na terapêutica medicamentosa (SILVA et al., 2012; VEDANA et al., 2013).

A adesão à terapêutica medicamentosa em um determinado momento não garante adesão posterior, pois o significado atribuído pelo portador de transtorno mental ao uso do medicamento e a motivação para fazê-lo não são estáticas ou permanentes, sofrem influência de sua vivência e de experiências anteriores. Assim, mesmo os pacientes aderentes necessitam de atenção e monitoramento quanto ao uso dos medicamentos (VEDANA et al., 2013; VEDANA; MIASSO, 2014; ARVILOMMI et al., 2014).

Em relação à associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas com o desfecho, a variável sexo foi estatisticamente associada à adesão, os do sexo masculino aderiram 1,47 vezes mais à terapêutica medicamentosa que os do sexo feminino (RP=1,47 IC:1,19-1,83, p=0,0006).

Sobre este aspecto, alguns estudos confirmam a associação encontrada. Kessing et al. (2007) em estudo de coorte com 14.277 pessoas em uso de lítio na Dinamarca, observaram que a adesão ao uso do medicamento foi significativamente menor entre as mulheres, pois elas interromperam o uso do medicamento em média 135,7 dias após iniciarem o tratamento, enquanto os homens, interromperam o uso em média 316,7 dias após o início do tratamento.

Nesse sentido, Conti et al. (2012) e Kooij et al. (2013) observaram que os homens apresentavam menor risco de interromper o uso dos medicamentos e que o sexo feminino foi associado a não adesão.

Contudo, Sundell et al. (2011) em contraposição aos estudos mencionados e a esta pesquisa, observaram que a não adesão foi menor entre as mulheres, e Sajatovic et al. (2011) em estudo sobre o gênero e adesão, mencionaram que não houve diferença entre homens e mulheres em relação à adesão ao uso do medicamento.

Do mesmo modo, autores como Souza et al. (2011), Calfat et al. (2012), Alene et al. (2012) e Hajda et al. (2015) não encontraram associação entre a variável sexo e adesão à terapêutica medicamentosa em portadores de transtorno mental.

O fato dos homens aderirem mais ao uso do medicamento chama atenção, pois Levorato et al. (2014) e Oliveira et al. (2015) têm evidenciado que ser do sexo masculino está associado à baixa procura por atendimento em serviços de saúde, mesmo diante de queixas relacionadas à saúde física e mental. Isso pode indicar que apesar da pouca procura por serviços de saúde, quando o fazem, os homens aderem mais ao tratamento proposto.

Outro aspecto que pode justificar os achados diz respeito ao papel social historicamente construído sobre a mulher, assim diante dos efeitos colaterais de alguns medicamentos como sonolência, aumento de peso, avolição, lentificação, elas podem sentir-se limitadas para o desempenho das atividades relacionadas ao lar, ao cuidado dos filhos e ao trabalho, bem como desmotivadas com a aparência física, implicando em interrupção ou uso irregular do medicamento prescrito para o tratamento do transtorno mental.

Isso é corroborado por Ferreira (2015) ao mencionar que o aumento de peso e consequente alteração na imagem corporal foi relatado pelas mulheres como um dos maiores incômodos vivenciados durante o uso dos medicamentos na saúde mental. Além disso, Kamei et al. (2013) referiram que os homens apresentavam atitude relativamente positiva em relação ao uso da medicação, e que essa característica contribuía para o sucesso da terapêutica medicamentosa.

Outra variável socioeconômica que obteve significância estatística foi a renda individual no último mês, uma vez que aqueles que obtiveram renda mensal inferior a um salário mínimo aderiram 0,51 vezes menos à terapêutica medicamentosa em comparação aos que receberam mais de 2,5 salários mínimos (RP=0,51, IC: 0,29-0,92, p=0,0227). Os estudos de Souza et al. (2011), Adewuya et al. (2009) também verificaram correspondência entre adesão e renda, uma vez que a falta de recurso financeiro para aquisição do medicamento comprometeu a adesão, o que corrobora o resultado encontrado.

Como foi apresentado no perfil farmacoterapêutico dos portadores de transtorno mental, a falta do medicamento para dispensação gratuita e não dispor de recurso financeiro para a sua compra foram as principais dificuldades apontadas na aquisição dos medicamentos prescritos, o que pode explicar a ocorrência da menor

adesão para quem recebia menos de um salário mínimo, pois o recurso financeiro é utilizado primeiramente para suprir as necessidades básicas da pessoa, tais como alimentação, vestuário e moradia, restando pouco ou nenhum poder aquisitivo para comprar o medicamento.

Essa situação repercute diretamente na questão da adesão ao uso do medicamento, pois antes mesmo de decidir se segue ou não as recomendações dos profissionais de saúde sobre a terapêutica medicamentosa o indivíduo precisa ter acesso ao medicamento. Ainda, como consegue alguns medicamentos gratuitamente pode não fazer uso de todo o esquema medicamentoso, colocando em risco a eficácia do tratamento.

Nesse trabalho, não foram evidenciadas associações estatisticamente significativas entre as demais variáveis demográficas e socioeconômicas com a adesão à terapêutica medicamentosa.

Quanto as variáveis clínicas, ter histórico familiar de transtorno mental foi associado significativamente à adesão ao uso do medicamento, sendo que aqueles que não tinham histórico familiar de transtorno mental aderiram 1,34 vezes mais à terapêutica medicamentosa em comparação aos que tinham histórico familiar (RP=1,34, IC:1,08-1,67, p=0,0100). Não foram encontrados estudos que tenham verificado ou observado essa ocorrência.

O histórico familiar de transtorno mental influencia a adesão ao uso do medicamento visto que, o participante pode ter observado no familiar a permanência dos sintomas mesmo com o uso correto da medicação, ou ainda, a intensidade dos efeitos colaterais que também podem ser limitadores para o desempenho do trabalho e estudo. Isso pode fazê-lo pensar que o uso do medicamento não ameniza ou melhora os sintomas e que pode causar mais malefícios do que benefícios, resultando em baixa adesão por parte dele.

A percepção sobre a saúde também foi associada significativamente à adesão. Destaca-se que os participantes com percepção regular e ruim aderiram respectivamente 0,67 e 0,69 vezes menos à terapêutica medicamentosa comparados aos que consideravam a sua saúde muito boa (RP=0,67, IC: 0,48-0,93, p=0,0143) (RP=0,69, IC: 0,50-0,97, p=0,0143).

Para Vedana et al. (2013), a vontade em interromper o uso do medicamento parece ser mais intensa quando a pessoa não observa melhora no seu estado de saúde, situação que o leva a crer que o medicamento é ineficaz.

A percepção de melhora na qualidade de vida, do bem-estar subjetivo, da diminuição dos sintomas e conseqüentemente das limitações e do sofrimento, bem como a prevenção das crises são benefícios atribuídos ao uso do medicamento por portadores de transtorno mental (NICOLINO et al., 2011; FRIEMANN; WCIÓRKA, 2013; VEDANA et al., 2013). Essa percepção pode reforçar a adesão à terapêutica medicamentosa, pois a pessoa deseja manter-se bem, fato que corrobora o resultado encontrado.

Porém, a literatura descreve correlação entre sentir-se bem, sentir-se melhor com a interrupção do uso do medicamento, uma vez que o indivíduo não percebe a necessidade de seguir a terapêutica na ausência dos sintomas referentes ao transtorno, pois acredita estar recuperado e prioriza como se sente no seu dia a dia, não pautando sua decisão em seguir a terapêutica medicamentosa nas possíveis complicações que possam ocorrer frente o abandono ou uso irregular do medicamento (CLATWORTHY et al., 2009; HUNG et al., 2011; TESFAY et al., 2013; GIBSON et al., 2013; MIASSO et al., 2015).

Outra variável clínica associada à adesão foi o diagnóstico de depressão e de esquizofrenia, evidenciando que os portadores de transtorno mental com diagnóstico de depressão associada a outro transtorno aderiram 0,42 vezes menos a terapêutica medicamentosa em comparação aos que tinham outro transtorno mental (RP=0,42, IC=0,18-1,00, p=0,0415), e que aqueles com esquizofrenia aderiram 1,52 vezes mais ao uso do medicamento em relação aos indivíduos com outros diagnósticos de transtornos mentais (RP=1,52, IC:1,22-1,90, p=0,0049).

A adesão ser comprometida entre as pessoas que tem depressão associada a outro transtorno mental pode ser relacionada ao fato que frente a presença de comorbidade psiquiátrica provavelmente a pessoa necessitará fazer uso de mais medicamentos. Nesse aspecto, alguns autores apontam que regimes complexos de medicamentos tendem a ser associados à baixa adesão (ALENE et al., 2012; MIASSO et al., 2015).

Além disso, os sintomas da depressão tais como falta de energia e iniciativa, dificuldades para tomar decisões, desesperança e ideias de menos valia, podem por si só comprometer a adesão à terapêutica medicamentosa, pois o portador de transtorno mental sentindo-se desmotivado para viver estará mais propenso a não adesão (IBANEZ et al., 2014).

Quanto a adesão ser maior entre pessoas com esquizofrenia em comparação aos demais transtornos mentais, Pratt et al. (2006) coadunam com os resultados, ao relacionarem maior adesão entre as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia quando comparadas as com transtornos de humor.

Novick et al. (2015) em estudo observacional multicêntrico realizado na Europa com 903 pessoas com diagnóstico de TAB ou esquizofrenia encontraram resultados diferentes, visto que os participantes com TAB foram mais aderentes ao uso do medicamento em comparação aos que tinham esquizofrenia, pois apresentavam maior conhecimento sobre o transtorno e isso foi associado à melhor adesão.

Entretanto, Conti et al. (2012) em uma coorte de 12 meses com 11.797 pacientes com esquizofrenia, TAB e depressão na Itália, não evidenciaram diferenças quanto a adesão, ao considerarem que o percentual de descontinuação do uso do medicamento foi semelhante nos três transtornos.

Associação entre diferentes diagnósticos de transtorno mental e adesão à terapêutica medicamentosa é limitada na literatura consultada, pois a maioria dos estudos aborda a temática da adesão em transtornos mentais específicos, dificultando a observação se o padrão encontrado no estudo se repete.

O tempo de doença obteve significância estatística ao ser associado à adesão indicando que os participantes que tinham diagnóstico de transtorno mental há menos de um ano, aderiram 1,74 vezes mais ao uso do medicamento em comparação aos que tinham mais de 10 anos de diagnóstico (RP=1,74, IC:1,27-2,38, $p=0,0292$). Do mesmo modo, o tempo de tratamento no CAPS foi associado significativamente à adesão, sendo que os participantes que faziam tratamento no CAPS há mais de dois anos aderiram 0,40 vezes menos à terapêutica medicamentosa em relação aos que faziam tratamento há menos de um ano (RP=0,40, IC=0,18-0,87, $p=0,0103$).

Esse aspecto pode ser ratificado ao considerar que o transtorno mental por ter curso crônico, pode apresentar limitações permanentes em função do tempo de acometimento, contribuindo para que a pessoa não apresente motivação para o uso contínuo e regular da medicação (CARDOSO; GALERA, 2009).

Em consonância ao apresentado, Teferra et al. (2013) e Ibanez et al. (2014) mencionaram que o longo período de tratamento foi apontado pelos portadores de transtorno mental como fator de dificuldade para a adesão ao uso do medicamento.

Contudo, há relatos de associação inversa à encontrada, ao considerar que os portadores de transtorno mental com maior tempo de tratamento foram mais aderentes à terapêutica medicamentosa, essa associação inversa foi relatada por Alene et al. (2012) em um estudo transversal com 336 portadores de transtorno mental e por Kooij et al. (2013) em um estudo experimental multicêntrico realizado com 276 sujeitos com diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Nesse sentido, Tranulis et al. (2011) verificaram que alguns portadores de transtorno mental disseram ter consciência do benefício da medicação somente após períodos de não adesão constantes, no qual conviveram com a carga imposta pela piora dos sinais e sintomas do transtorno.

Outra variável associada à adesão foi tentativa de suicídio, verificou-se que os portadores de transtorno mental que tinham tentativa de suicídio aderiram 0,68 vezes menos ao uso do medicamento em comparação aos que não tinham histórico de tentativas (RP=0,68, IC: 0,55-0,84, p=0,0008).

O maior risco de suicídio em portadores de transtorno mental não aderentes à terapêutica medicamentosa pode ser expresso por meio de eventos que se sucedem em cascata, ele interrompe a terapêutica medicamentosa, fica mais propenso a agudização dos sinais e sintomas do transtorno e conseqüentemente aumenta o risco de suicídio (SAJATOVIC et al., 2008; ASCHER-SAVANUM et al., 2010; SILVA et al., 2012). As demais variáveis clínicas não foram associadas significativamente à adesão à terapêutica medicamentosa.

Em relação as variáveis farmacoterapêuticas, deixar de tomar o medicamento alguma vez no último mês foi relacionado à adesão ao uso do medicamento. Observou-se que os entrevistados que não deixaram de tomar o medicamento alguma vez no último mês aderiram 1,74 vezes mais em comparação aos que deixaram de tomar o medicamento (RP=1,74, IC: 1,20-2,53, p<0,0001).

Para discutir essa variável cabe lembrar que o principal motivo atribuído pelos portadores de transtorno mental para ter deixado de tomar o medicamento alguma vez no último mês foi o esquecimento.

Hung et al. (2011) e Souza et al. (2011) observaram que esquecer de tomar o medicamento foi identificado como preditor comum de má adesão. Nesse sentido, a supervisão para a administração do medicamento faz-se importante para garantir o seguimento da terapêutica medicamentosa. Para Miasso et al. (2015) não contar com auxílio para a supervisão e administração dos medicamentos prescritos são

fatores que dificultam a adesão ao uso do medicamento principalmente em situações de esquema medicamentoso complexo ou diante da presença de dificuldades funcionais expressivas.

A participação da família também foi associada à adesão, sendo que os portadores de transtorno mental cuja família se fazia presente na questão do uso do medicamento aderiram 1,54 vezes mais em relação àqueles que a família não participava (RP=1,54, IC: 1,12-2,12, p=0,0029).

Autores como Cunha e Gandini (2009) e Baloush-Kleinman et al. (2011) observaram que os portadores de transtorno mental aderentes ao uso do medicamento relataram maior envolvimento da família na terapêutica medicamentosa e atitudes mais positivas da família em relação à medicação, o que vai ao encontro dos resultados apresentados.

Desse modo, os familiares exercem papel significativo e decisivo no processo da terapêutica medicamentosa, pois auxiliam e supervisionam a autoadministração dos medicamentos prescritos, acompanham em consultas, adquirem os medicamentos, reforçam a motivação para o seu uso, bem como avaliam constantemente as aptidões e limitações dos portadores de transtorno mental para executarem sozinhos a administração da medicação (VEDANA; MIASSO, 2012, 2014).

Farooq et al. (2011) em ensaio clínico randomizado realizado no Paquistão, confirmam a importância da família na terapêutica medicamentosa ao evidenciarem que o grupo intervenção, constituído por portadores de transtorno mental cujos familiares receberam instruções sobre o uso dos medicamentos, obteve melhores resultados sobre adesão ao final de um ano de acompanhamento, quando comparados ao grupo controle. Ainda, estimaram que os portadores de transtorno mental do grupo intervenção foram 1,59 vezes mais propensos a aderir à terapêutica medicamentosa do que os participantes do grupo controle.

Ademais, Bolkan et al. (2013) verificaram que das 761 pessoas com depressão atendidas nos Estados Unidos, as que relataram satisfação com o envolvimento da família nas questões sobre o uso do medicamento, tiveram menos chances ao longo dos seis meses da realização do estudo de não tomar alguma dose do medicamento ou de utilizá-lo de maneira diferente da prescrita.

A importância da participação da família nas questões relacionadas ao uso do medicamento na saúde mental é evidente ao considerarmos que a falta de apoio

e suporte familiar são referidos por portadores de transtorno mental como fatores que contribuem para a não adesão à terapêutica medicamentosa (NICOLINO et al., 2011; TEFERRA et al., 2013; TEFAY et al., 2013).

As demais variáveis farmacoterapêuticas não foram estatisticamente associadas à adesão. Porém, cabem algumas considerações sobre a variável sentir mudança desagradável ao usar o medicamento, visto que 52,8% dos participantes que não aderiram sentiram alguma mudança desagradável com o uso dos medicamentos ($p=0,0672$).

Diversos autores têm apontado que os efeitos colaterais são os responsáveis por grande parte da não adesão ao uso de medicamento, pois sua ocorrência pode comprometer a autoestima, ocasionar desconforto e restringir as atividades cotidianas do portador de transtorno mental (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009; NICOLINO et al., 2011; MIASSO; CASSIANI; PEDRÃO, 2011; CRUZ et al., 2011; SILVA et al., 2012).

DiBonaventura et al. (2012) em estudo com 876 portadores de esquizofrenia nos EUA, encontraram associação significativa entre a frequência e intensidade dos efeitos colaterais com a diminuição da probabilidade de adesão ao tratamento medicamentoso. Mencionaram que os efeitos colaterais mais relatados pelos participantes foram dificuldade de concentração, nervosismo, insônia, sonolência e ganho de peso.

Ademais, Alene et al. (2012) referiram que os participantes de seu estudo mencionaram a ocorrência de efeitos colaterais e quando questionados sobre as medidas que utilizavam para evitá-los ou amenizá-los, alguns responderam que interrompiam por conta própria o uso do medicamento. Os autores identificaram associação significativa entre experimentar um efeito colateral e não adesão à terapêutica medicamentosa.

Destarte, conviver com tantos efeitos colaterais pode ser considerado por alguns pacientes como mais oneroso que conviver com os sintomas do transtorno mental, que em parte são limitantes para os relacionamentos interpessoais e o desenvolvimento de atividades diárias. Isso repercute de forma negativa no fenômeno da adesão à terapêutica medicamentosa na saúde mental (CARDOSO; GALERA, 2006).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo atingiu os objetivos a que se propôs, visto que caracterizou o perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico do portador de transtorno mental, verificou a adesão por meio do MAT adaptado e verificou as associações entre as variáveis demográfica, socioeconômica, clínica e farmacoterapêutica à adesão do portador de transtorno mental ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental.

Em relação ao perfil demográfico e socioeconômico dos 300 participantes do estudo, identificou-se que a maioria era do sexo feminino, encontrava-se na faixa etária dos 40 aos 49 anos, de cor branca, solteiro, praticante da religião católica, com mais de oito anos de escolaridade, desempregado e residia com seus familiares. A renda familiar foi indicada como principal fonte de renda, sendo a renda individual e familiar de 1 a 2,5 salários mínimos.

Quanto ao perfil clínico, tem-se que uma pequena parcela dos entrevistados fazia uso de álcool e outras drogas, a maconha foi a droga ilícita mais consumida. A presença de comorbidade clínica foi prevalente na amostra, com destaque para os problemas cardiovasculares e endócrinos. A maioria dos portadores de transtorno mental usava medicamentos para o tratamento da comorbidade clínica, percebia o seu estado de saúde como regular, tinha histórico familiar de transtorno mental e sabia informar o seu diagnóstico de transtorno mental.

Os diagnósticos de transtornos mentais mais indicados nos prontuários dos portadores de transtorno mental considerando que um mesmo indivíduo poderia ter vários diagnósticos descritos, foram TAB, esquizofrenia e depressão, houve predomínio dos entrevistados com tempo de doença entre um e 10 anos, tempo de tratamento no CAPS menor que um ano, que receberam informações sobre o transtorno mental por profissional de saúde, principalmente pelo médico e estavam satisfeitos com essas informações. A maioria dos participantes apresentava histórico de internação devido ao transtorno mental, não usava corretamente os medicamentos prescritos antes da internação e tinha histórico de tentativas de suicídio superiores a três vezes.

Sobre o perfil farmacoterapêutico, dentre todas as classes medicamentosas e todos os medicamentos prescritos (referindo-se aos medicamentos utilizados no tratamento do transtorno mental), a classe medicamentosa prevalente foi a dos

antipsicóticos e houve predomínio do uso de haloperidol e lítio. A maioria dos entrevistados tinha três medicamentos prescritos, precisava ingerir mais de cinco comprimidos por dia, sabia informar o nome dos medicamentos prescritos para o tratamento do seu transtorno mental, recebeu informações sobre o uso dos medicamentos por profissional de saúde, principalmente pelo médico e ficou satisfeita com essas informações.

Sobre a aquisição dos medicamentos usados no tratamento em saúde mental, a Unidade Básica de Saúde foi mencionada 227 (48%) vezes como local de dispensação dos medicamentos, porém nem todos os medicamentos eram dispensados por este estabelecimento, sendo que em 165 (35%) das vezes os portadores de transtorno mental precisavam adquirir os medicamentos com recurso próprio, o que se traduziu como dificuldades na aquisição do medicamento por parcela expressiva dos entrevistados, sendo a falta do fármaco no serviço de saúde público e a falta de recurso financeiro para comprá-lo os principais empecilhos para sua aquisição. Não houve associação estatística entre adesão e aquisição dos medicamentos ($p=0,1885$), mas é sabido que um dos pilares para a adesão acontecer é o acesso aos medicamentos prescritos.

A maioria dos entrevistados sentia-se motivada para seguir a terapêutica medicamentosa e mencionou sentir tanto mudanças agradáveis quanto desagradáveis em seu estado geral quando usava regularmente os medicamentos prescritos.

As principais mudanças agradáveis que os portadores de transtorno mental sentiram ao usar o medicamento foi a melhora do humor/afeto e outras emoções e melhora no estado geral. As principais mudanças desagradáveis que sentiram ao usar a medicação foram as alterações no sistema digestório e alteração no padrão de sono.

Identificou-se número considerável de participantes que necessitavam de ajuda para a observação das doses e horários da medicação, na maioria das vezes este auxílio foi oferecido pelo familiar. Evidenciou-se o incentivo e participação da família no que diz respeito ao uso dos medicamentos, bem como a participação dos entrevistados em outras atividades para o tratamento do transtorno mental, além da terapêutica medicamentosa, principalmente em atividades relacionadas às artes, psicoterapia e terapia ocupacional.

Neste estudo, o uso do MAT adaptado mostrou-se pertinente a verificação da adesão ao uso de medicamentos sendo sua aplicação facilitada pelo emprego da régua indicativa de respostas oferecida aos entrevistados no momento da entrevista. Dos 300 portadores de transtorno mental entrevistados, 51% foram identificados como aderentes à terapêutica medicamentosa. Esse percentual pode ser considerado baixo diante das implicações que a não adesão acarreta nas diferentes esferas da vida do indivíduo.

As variáveis demográficas e socioeconômicas estatisticamente associadas à adesão foram: sexo e renda individual no último mês, sendo que os participantes do sexo masculino aderiram 1,47 vezes mais à terapêutica medicamentosa que os do sexo feminino (IC:1,19-1,83, $p=0,0006$), e os que obtiveram renda mensal inferior a um salário mínimo aderiram 0,51 vezes menos à terapêutica medicamentosa em comparação aos que receberam mais de 2,5 salários mínimos (IC: 0,29-0,92, $p=0,0227$).

As variáveis clínicas estatisticamente associadas à adesão foram: histórico familiar de transtorno mental, percepção sobre sua saúde, diagnóstico de depressão, diagnóstico de esquizofrenia, tempo de doença, tempo de tratamento no CAPS e tentativa de suicídio. Nesse sentido, tem-se que os participantes sem histórico familiar de transtorno mental aderiram 1,34 vezes mais à terapêutica medicamentosa em comparação aos que apresentaram histórico familiar de transtorno mental (IC:1,08-1,67, $p=0,0100$), bem como os entrevistados com percepção regular e ruim aderiram respectivamente 0,67 (IC: 0,48-0,93, $p=0,0143$) e 0,69 (IC: 0,50-0,97, $p=0,0143$) vezes menos à terapêutica medicamentosa comparados aos que consideravam sua saúde muito boa.

Portadores de transtorno mental com diagnóstico de depressão associada a outro transtorno aderiram 0,42 vezes menos à terapêutica medicamentosa em comparação aos que tinham outro transtorno mental (IC=0,18-1,00, $p=0,0415$), e aqueles com esquizofrenia aderiram 1,52 vezes mais ao uso do medicamento em comparação aos que tinham outros diagnósticos de transtorno mental (IC: 1,22-1,90, $p=0,0049$).

Quanto ao tempo de doença, os participantes que tinham diagnóstico de transtorno mental há menos de um ano, aderiram 1,74 vezes mais ao uso do medicamento comparados aos que tinham mais de 10 anos (IC:1,27-2,38, $p=0,0292$). Do mesmo modo, os que faziam tratamento no CAPS há mais de dois

anos aderiram 0,40 vezes menos à terapêutica medicamentosa em relação aos que faziam tratamento há menos de um ano (IC=0,18-0,87, $p=0,0103$).

Verificou-se que os portadores de transtorno mental que tentaram suicídio aderiram 0,68 vezes menos ao uso do medicamento em comparação aos que não tentaram (IC: 0,55-0,84, $p=0,0008$).

Em relação as variáveis farmacoterapêuticas, deixar de tomar o medicamento alguma vez no último mês foi relacionada à adesão à terapêutica medicamentosa, os participantes que não deixaram de fazer uso do medicamento alguma vez no último mês aderiram 1,74 vezes mais em comparação aos que deixaram de tomar o medicamento no mesmo período (IC:1,20-2,53, $p<0,0001$).

A participação da família também foi associada à adesão, sendo que os portadores de transtorno mental cuja família participava da terapêutica medicamentosa aderiram 1,54 vezes mais em relação àqueles que a família não participava (IC:1,12-2,12, $p=0,0029$).

Diante da complexidade e dinamicidade do fenômeno da adesão ao uso do medicamento por portadores de transtorno mental, os profissionais de saúde devem estar atentos aos fatores que predispõe a má adesão, dispor de ações estratégicas como grupos de medicação, de orientação/informação, inclusão da família a fim de minimizar as dificuldades apresentadas e promover a segurança do paciente no seguimento da terapêutica medicamentosa. Além disso, é preciso enfatizar a necessidade de políticas que garantam o acesso à medicação.

Sugere-se a realização de estudos longitudinais para melhor explicar as associações entre as variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e farmacoterapêuticas à adesão à terapêutica medicamentosa por portadores de transtorno mental e de estudos de intervenção para a análise pontual de variáveis, para subsidiar ações dos profissionais de saúde no sentido de melhorar a adesão ao uso dos medicamentos nessa população.

O estudo apresenta limitações referentes ao delineamento transversal, no qual as informações sobre a exposição e o desfecho são coletadas simultaneamente, o que inviabiliza o conhecimento de qual acontecimento antecede o outro. Outras limitações dizem respeito a verificação da adesão por meio do auto relato do participante, o que pode superestimar a adesão à terapêutica medicamentosa e a não liberação de dois serviços para a realização do estudo.

REFERÊNCIAS

ADELUFOSI, A. O. et al. Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 34, n. 1, p. 72-79, jan./feb. 2012.

ADEWUYA, A. O. et al. Prevalence and correlates of poor medication adherence amongst psychiatric outpatients in southwestern Nigeria. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 31, n. 2, p. 167-174, mar./abr. 2009.

ALENE, M. et al. Adherence to medication for the treatment of psychosis: rates and risk factors in an Ethiopian population. **BMC Pharmacology and Toxicology**, London, v. 12, n. 10. 2012. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3416691/>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 7, n. 2. 2012. Disponível em:
<<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0031879#s3>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

ARVILOMMI, P. et al. Predictors of adherence to psychopharmacological and psychosocial treatment in bipolar I or II disorders-an 18-month prospective study. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, n. 155, p. 110-117, fev. 2014. Disponível em:
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503271300774X>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

ASCHER-SAVANUM, H. et al. Reasons for discontinuation and continuation of antipsychotics in the treatment of schizophrenia from patient and clinician perspectives. **Current Medical Research e Opinion**, London, v. 26, n. 10, p. 2403-2410, out. 2010.

BALOUSH-KLEINMAN, V. et al. Adherence to antipsychotic drug treatment in early-episode schizophrenia: a six-month naturalistic follow-up study. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 130, n. 1-3, p. 176-181, ago. 2011.

BARBOSA, I. G. et al. Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 271-276. 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n4/a07v60n4.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

BARROS, F. C. R. de. et al. Cigarette smoking among psychiatric patients in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1195-1206, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/0102-311X-csp-30-6-1195.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

BEATON, D. et al. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**. Institute for Work & Health. Toronto,

2007. Disponível em: <<http://dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

BERGER, A. et al. Medication adherence and utilization in patients with schizophrenia or bipolar disorder receiving aripiprazole, quetiapine, or ziprasidone at hospital discharge: a retrospective cohort study. **BMC Psychiatry**, London, v. 12, n. 99. 2012. Disponível em: <<http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-99>>. Acesso em: 11 out. 2014.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por overdose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n7/15.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2015.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 61-70, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2015.

BOLKAN, C. R. et al. Family involvement, medication adherence, and depression outcomes among patients in veterans affairs primary care. **Psychiatric Services**, Washington, v. 64, n. 5, p. 472-478, mai. 2013. Disponível em: <<http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201200160>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. Tradução de: CESAR, J. A. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010. Título original: Basic Epidemiology.

BORBA, L. de O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

BORBA, L. de O. et al. Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 88-94, jan./fev. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4689/12361>>. Acesso em: 15 out. 2015.

BORDIN, S. et al. Tabaco. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em dependência química**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2015. p. 69-96.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**: apostila de monitoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Educação. Acordo unificará língua portuguesa. Portal do MEC. 2007. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/busca-geral/222-noticias/537011943/8901-sp-1518415448>>. Acesso em: 30 maio. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Implementação da Lei 10,216 e a Política Nacional de Saúde Mental: cenário atual e perspectivas para 2009. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Prêmio nacional de incentivo à promoção do uso racional de medicamentos 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** Brasília, DF, 26 dez. 2011b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** Brasília, DF, 31 jan. 2012a. disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Nota técnica n. 25/2012. Brasília, DF, 05 jun. 2012b. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/mentalsaude/NotaTecnicaPT1482012Leito sSMnoHG.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013a.

_____. Decreto nº 8.166, de 23 de dezembro de 2013. Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização a longo prazo. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 dez. 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8166.htm>. Acesso em: 05 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12.** Informativo eletrônico. Brasília, 2015.

BRAZIL, C. M.; MENEZES, E. S. de. **Psicofarmacologia para a enfermagem.** Pelotas: Educat, 2013.

CALFAT, E. L. de B. et al. The compliance to prescribed drug treatment and referral in a psychiatric emergency service: a follow-up study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 149-154. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34n2/v34n2a06.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2013.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 343-348. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a15v19n3.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 161-167. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/21.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2012.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 87-94. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/12.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

CARDOSO, L. et al. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, set./out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_12.pdf>. Acesso em 14 mar. 2012.

CARIAS, C. M. et al. Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 233-240. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2065.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

CARVALHO, A. R. S. et al. Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_02.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2012.

CLATWORTHY, J. et al. Understanding medication non-adherence in bipolar disorders using a necessity-concerns framework. **Journal Affective Disorders**, Amsterdam, v. 116, n. 1-2, p. 51-55, jul. 2009.

CLEMENTE, A. S. et al. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 155-161. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v37n2/1516-4446-rbp-1516-4446-2014-1493.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA (CPLP). Língua, cultura e educação. Disponível em: <<http://www.cplp.org/id-2604.aspx>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

CONTI, V. et al. Persistence with pharmacological treatment in the specialist mental healthcare of patients with severe mental disorders. **European Journal of Clinical Pharmacology**, Berlin, v. 68, n. 12, p. 1647-1655, mai. 2012.

CORDIOLI, A. V. (Coord.). **Psicofármacos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CORDEIRO, D. C.; DIEHL, A. Comorbidades psiquiátricas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência química**. Prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 106-118.

CRUZ, L. P. da. et al. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_13.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2013.

CUEVAS, C. De las; PEÑATE, W.; SANZ EJ. The relationship of psychological reactance, health locus of control and sense of self-efficacy with adherence to treatment in psychiatric outpatients with depression. **BMC Psychiatry**, London, v. 14, n. 324. 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12888-014-0324-6.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

CUNHA, M. da F.; GANDINI, R. de C. Adesão e não adesão ao tratamento farmacológico para depressão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 409-418, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a15v25n3.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2015.

DALGALARRONDO, P. Síndromes psicóticas (quadros do espectro da esquizofrenia e outras psicoses). In: _____. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 327-333.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 81-100. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

DiBONAVENTURA, M. et al. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. **BMC Psychiatry**, London, v. 12, n. 20. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3342101/>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Abuso de *cannabis* em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, supl I, p. S41-S45, maio. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s1/a07v32s1.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

ELKIS, H. et al. Consenso brasileiro sobre antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 77-85. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n1/a14v30n1.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

FAROOQ, S. et al. Schizophrenia medication adherence in a resource-poor setting: randomised controlled trial of supervised treatment in out-patients for schizophrenia (STOPS). **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 199, n. 6, p. 467-472, dez. 2011. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/199/6/467.long>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

FERRREIRA, A. C. Z. A complexa vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos. 2015. 169 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

FILIZOLA, C. L. A. et al. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 418-425. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a16.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, supl I, p.S7-17. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a03v31s1.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica**. Elementos essenciais. Tradução de: MARTINS, R. M. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Título original: Clinical epidemiology: the Essentials.

FORNARO, M. et al. Treatment adherence towards prescribed medications in bipolar-II acute depressed patients: relationship with cyclothymic temperament and "therapeutic sensation seeking" in response towards subjective intolerance to pain. **Journal Affective Disorders**, Amsterdam, v. 151, n. 2, p. 596-604, nov. 2013.

FRIEMANN, K.; WCIÓRKA, J. Four measures of treatment compliance among patients recovering from psychotic episodes – a comparative study. **Psychiatria Polska**, Warszawa, v. 47, n. 5, p. 759-773, set./out. 2013.

GIBSON, S. et al. Understanding treatment non-adherence in schizophrenia and bipolar disorder: a survey of what service users do and why. **BMC Psychiatry**, London, v. 13, n. 153. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3695802/>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, v. 1, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2013.

GOMES, F. A.; KUNZ, M. Depressão e comorbidades clínicas. In: GOMES, F. A. **Comorbidades clínicas em psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 47-62.

GOMES, F. A. Introdução. In: _____. **Comorbidades clínicas em psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 1-4.

GOMES, F. A. et al. Cardiovascular risk factors in outpatients with bipolar disorder: a report from the Brazilian Research Network in Bipolar Disorder. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 126-130, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v35n2/1516-4446-rbp-2013-35-2-126.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

GUIMARÃES, A. N. et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 361-369, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

HAJDA, M. et al. Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission – a cross sectional study. **Activitas Nervosa Superior**, Praha, v. 57, n. 1-2, p. 6–11. 2015. Disponível em: <<http://www.rediviva.sav.sk/57i1/6.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

HERT, M. de. et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). **European Psychiatry**, Paris, v. 24, n. 6, p. 412-424, set. 2009.

HUNG, C. I. et al. Comorbidities and factors related to discontinuation of pharmacotherapy among outpatients with major depressive disorder. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 52, n. 4, p. 370-377, jul./ago. 2011.

IBANEZ, G. et al. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 556-562, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0556.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoa com deficiência**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.

JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, nov./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a03.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

JUNGERMAN, F. S. et al. Maconha. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em dependência química**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2015. p. 161-181.

KAMEI, K. et al. Affective temperaments and psychotropic adherence. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 150, n. 3, p. 1142-1147. 2013.

KANTORSKI, L. P. et al. Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na região sul brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1481-1487. 2011a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a29.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

KANTORSKI, L. P. et al. Análise do estado de saúde geral dos usuários de CAPS I e II da região sul do Brasil. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 5, n. 4, p. 1024-1031, jun. 2011b. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1568/pdf_527>. Acesso em: 15 nov. 2013.

KANTORSKI, L. P. et al. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 4-13, jan./mar. 2011c. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3401/2792>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

KANTORSKI, L. P. et al. Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1022-1029, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/19.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

KESSING, L. V. et al. Adherence to lithium in naturalistic settings: results from a nationwide pharmacoepidemiological study. **Bipolar Disorders**, Copenhagen, v. 9, n. 7, p. 730-736, nov. 2007.

KOOIJ, J. J. S. et al. Predictors and impact of non-adherence in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder receiving OROS methylphenidate: results from a randomized, placebo-controlled trial. **BMC Psychiatry**, London, v. 13, n. 36. 2013. Disponível em: <<http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-36>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

LAWRENCE, D.; MITROU, F.; ZUBRICK, S. R. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 285. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2734850/pdf/1471-2458-9-285.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Adesão à terapia medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

LEUCHT, S. et al. A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. **The American Journal Psychiatry**, Arlington, v. 166, n. 2, p. 152-163. 2009.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1263-1274. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

LIMA, D. B. de. **Perfil de fatores de risco para doença cardiovascular em amostra de estudo epidemiológico populacional de morbidade psiquiátrica: Estudo São Paulo Megacity**. 170 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Ciências Médicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LIMA, I. B.; SILVA, J. E.; CRUZ, S. de S. Políticas públicas de saúde mental e economia solidária: construção de uma nova concepção. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. esp, p. 1008-1015, mar. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3526/pdf_2302>. Acesso em: 07 nov. 2015.

LUCENA, D. F. de.; MASSUDA, R.; GAMA, C. S. Esquizofrenia e comorbidades clínicas. In: GOMES, F. A. **Comorbidades clínicas em psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 27-45.

LUSSI, I. A. de O.; PEREIRA, M. A. O. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 515-521. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a29.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

MACHADO, L. V.; LESSA, P. dos S. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 741-743. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3093/309326585028.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

MACHADO, V. C.; SANTOS, M. A. dos. O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 793-806. jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/aop3712.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1. p.45-54. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

MAGALHÃES, A. P. N. de. et al. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 16-22. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n1/047-2085-jbpsiq-63-1-0016.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.

MAHAYE, S. et al. Medication adherence of psychiatric patients in an outpatient setting. **African Journal of Pharmacy and Pharmacology**, Nigéria, v. 6, n. 9, p. 608-612, mar. 2012. Disponível em:

<http://academicjournals.org/article/article1380871721_Mahaye%20et%20al.pdf>. Acesso em: 26 out. 2015.

MARKOWITZ, M. et al. Antipsychotic adherence patterns and health care utilization and costs among patients discharged after a schizophrenia-related hospitalization. **BMC Psychiatry**, London, v. 13, n. 246. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3853885/>>. Acesso em: 21 nov. 2015.

MARTÍNEZ, I. P. et al. Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician su consumo. **Atencion Primaria**, Barcelona, v. 46, n. 7, p. 357-366. 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713003089>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MERCEDES, B. P. do C. **Adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com depressão unipolar**. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MIASSO, A. I. **Entre a cruz e a espada: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar**. 2006. 261 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. de B.; PEDRÃO, L. J. Transtorno afetivo bipolar e terapêutica medicamentosa: identificando barreiras. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_14.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2012.

MIASSO, A. I.; MONTESCHI, M.; GIACCHERO, K. G. Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, jul./ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_18.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

MIASSO, A. I. et al. Interação entre paciente com transtorno afetivo bipolar e equipe ambulatorial quanto à terapêutica medicamentosa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 624-630. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/05.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. de B.; PEDRÃO, L. J. Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa: analisando as condições causais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 433-441, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a18.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

MIASSO, A. I.; CARMO, B. P. do.; TIRAPELLI, C. R. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Revista da Escola de Enfermagem**

da **USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 689-695. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/22.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2013.

MIASSO, A. I. et al. Adesão, conhecimento e dificuldades relacionados ao tratamento farmacológico entre pessoas com esquizofrenia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 186-195, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v17/n2/pdf/v17n2a03.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015.

MONTESCHI, M. M.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 709-718, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/14.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

MONTES, J. M. et al. Suboptimal treatment adherence in bipolar disorder: impact on clinical outcomes and functioning. **Patient Preference and Adherence**, Auckland, v. 7, p. 89-94. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3553333/>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

MONTREUIL, T. C. et al. Case manager- and patient-rated alliance as a predictor of medication adherence in first-episode psychosis. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, Baltimore, v. 32, n. 4, p. 465-469, ago. 2012.

MUNHOZ, T. N.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. Major depressive episode among Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 150, n. 2, p. 401-407, set. 2013.

NAGAOKA, A. P.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e sua vivência com a doença mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 912-917. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a17.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

NICOLINO, P. S. et al. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 708-715, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a23.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2012.

NOTO, C. S. et al. Tratamento eficaz: abordagem farmacológica, manejo de efeitos colaterais e estratégia para a prevenção de recaídas. In: NOTO, C. S.; BRESSAN, R. A. (Org.). **Esquizofrenia - avanços no tratamento multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 135 -148.

NOVICK, D. et al. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. **BMC Psychiatry**, London, v. 1, n. 189. 2015. Disponível em: <<http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0560-4>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

OLIVEIRA, M. de.; FUREGATO, A. R. F. Esquizofrenia e dependência de tabaco: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, Murcia, v. 11, n. 25, p. 381-402. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_revision5.pdf>. Acesso em: 23 out 2015.

OLIVEIRA, J. F. M. de.; SILVA, R. J. G. da. Perfil sociodemográfico de pessoas com transtorno mental: um estudo num Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 862-872. 2014. Disponível em: <<http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/992/pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

OLIVEIRA, R. M. de. et al. Dependência nicotínica nos transtornos mentais, relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 685-692, jul./ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00685.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

OLIVEIRA, M. M. de. et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 273-278. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00273.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Informe sobre la salud en el mundo. **Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**. Genebra: WHO, 2001.

_____. **Adherence to long-term therapies**. Evidence for action. Genebra: WHO; 2003.

_____. **Report on mental health system in Brazil**. WHO and Ministry of Health. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf. Acesso em: 03/05/2013.

_____. **Improving health systems and services for mental health**. Genebra: WHO; 2009.

_____. **Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud**. Washington: WHO, 2010.

_____. **Prevención del suicidio: un imperativo global**. Washington, DC: OPS, 2014. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/. Acesso em: 30/10/2015.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine**, Melbourn, v. 353, n. 5, p. 487-497. 2005.

PAES, M. R.; BORBA, L. de O.; MAFTUM, M. A. Contenção física de pessoas com transtorno mental: percepções da equipe de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 240-247, abr./jun. 2011. Disponível em:

<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9295/pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

PAES, M. R. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 407-412, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14207/pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

PELLEGRINELLI, K. B.; ROSO, M. C.; MORENO, R. A. A relação entre a não adesão ao tratamento e falsas crenças de pacientes bipolares e seus familiares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 183-184. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n4/v37n4a09.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

PEUKER, A. C. et al. Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 46, p. 165-173, mai./ago, 2010.

PINHEIRO, T. de L. S. et al. Fatores relacionados com as reinternações de portadores de esquizofrenia. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 302-307, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17865/11657>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

POMPILI, M. et al. Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk. **Expert Review of Neurotherapeutics**, London, v. 9, n. 7, p. 985-1004, jul. 2009.

PRATT, S. I. et al. Medication nonadherence in older people with serious mental illness: prevalence and correlates. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, Boston, v. 29, n. 4, p. 299-310. 2006.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.15, n. 37, p. 519-527, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop1411>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J. Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 434-439, abr./jun. 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/Pavillion/Downloads/v17n2a15%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Pavillion/Downloads/v17n2a15%20(1).pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2015.

RATTO, L. R. C.; CORDEIRO, D. C. Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em dependência química**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2015. p. 267-287.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13,

sup 2, p. 2299-2306. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. de. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinante em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 126-136, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00126.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

RODRIGUES, J. T. A medicalização como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan/jun. 2003.

RODRIGUES, C. G. S. S. et al. Perfil sócio-demográfico, diagnóstico e internação psiquiátrica de usuários da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 2, suppl., p. 141-150. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3489/2874>>. Acesso em: 30 out. 2014.

SADOCK, B. J.; SADOCK V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução de: DORNELLES, C. O. et al. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Título original: Kaplan e Sadock's synopsis of psychiatry.

SAJATOVIC, M. et al. Factors associated with prospective long-term treatment adherence among individuals with bipolar disorder. **Psychiatric Services**, Washington, v. 59, n. 7, p. 753-759, jul. 2008.

SAJATOVIC, M. et al. The relationship of gender and gender identity to treatment adherence among individuals with bipolar disorder. **Gender Medicine**, Hillsborough, v. 8, n. 4, p. 261-268, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153885/>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

SANTIAGO, E.; YASUI, S. Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 700-711. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n3/1807-0310-psoc-27-03-00700.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

SANTOS, E. G. dos.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a23.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

SILVA, A. G. da.; BUENO, J. R.; MORENO, R. A. Especial transtorno bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, set./out. 2011. Disponível em: <http://www.abp.org.br/download/revista_debates_5.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SILVA, T. F. C. da. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 242-251. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/08.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

SILVA, C. J. da. et al. Álcool. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em dependência química**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2015. p. 46-67.

SILVEIRA, M. S. et al. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 27-32. 2011. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_1/artigos/CSC_v19n1_27-32.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2013.

SOUZA, T. T. et al. Evaluation of adherence to treatment by patients seen in a psychosocial care center in northeastern Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 787-795, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjps/v47n4/16.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2015.

SOUZA, C. de. et al. Transtorno bipolar e medicamentos: adesão, conhecimento dos pacientes e monitorização sérica do carbonato de lítio. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, mar./abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0624.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.

STEFANELLI, M. C. et al. Assistência de enfermagem à pessoa com manifestações de comportamento decorrentes de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. In: STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. (Org.). **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008. p. 415-438.

STUART, G. W; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

SUNDELL, K. A. et al. Socio-economic determinants of early discontinuation of anti-depressant treatment in young adults. **The European Journal of Public Health**, Stockholm, v. 23, n. 3, p. 433-440, jun. 2011. Disponível em: <<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/23/3/433.long>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

SYLVIA, L. G. et al. Association between therapeutic alliance, care satisfaction, and pharmacological adherence in bipolar disorder. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, Baltimore, v. 33, n. 3. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3873324/pdf/nihms545704.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2014.

SYLVIA, L. G. et al. Medication adherence in a comparative effectiveness trial for bipolar disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 129, n. 5, p. 359-365. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975824/pdf/nihms527378.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2015.

TRANULIS, C. et al. Becoming adherent to antipsychotics: a qualitative study of treatment-experienced schizophrenia patients. **Psychiatric Services**, Washington, v. 62, n. 8, p. 888-892, ago. 2011. Disponível em: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.62.8.pss6208_0888>. Acesso em: 15 jan. 2016.

TEFERRA, S. et al. Perspectives on reasons for non-adherence to medication in persons with schizophrenia in Ethiopia: a qualitative study of patients, caregivers and health workers. **BMC Psychiatry**, London, v. 13, n. 168. 2013. Disponível em: <<http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-168>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

TEIXEIRA, P. J. R.; FONSECA, E. V.; SANTOS, I. A. M. dos. Epidemiologia das comorbidades clínicas em pacientes com transtornos psiquiátricos – uma visão geral. In: GOMES, F. A. **Comorbidades clínicas em psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 5-25.

TELLES FILHO, P. C. P. et al. Efeitos colaterais causados pela utilização de medicamentos psicotrópicos em pacientes em sofrimento psíquico. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 5, n. 3, p. 652-657. 2011. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1430/pdf_476>. Acesso em: 05 mar. 2013.

TESFAY, K. et al. Medication non-adherence among adult psychiatric out patients in Jimma University specialized hospital, southwest Ethiopia. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, Jimma, v. 23, n. 3, p. 227-236, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847532/>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

TOMASI, E. et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 807-815, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/22.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

TOY, E. C.; KLAMEN, D. **Casos clínicos em psiquiatria**. Tradução de: PIZZATO, R. 3. ed. Porto Alegre: AMGH, 2011. Título original: Case files psychiatry.

VARGAS, T. de S.; SANTOS, Z. E. de A. Prevalência de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 4-8. 2011.

VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. A interação entre pessoas com esquizofrenia e familiares interfere na adesão medicamentosa? **Acta Paulista de Enfermagem**, São

Paulo, v. 25, n. 6, p. 830-836. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a02.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

VEDANA, K. G. G. et al. Agindo em busca de alívio: enfrentamento da esquizofrenia e dos incômodos ocasionados pelo tratamento medicamentoso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 365-374, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20342/pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. O significado do tratamento farmacológico para a pessoa com esquizofrenia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 670-678, jul./ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00670.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015.

VELLIGAN, D. et al. A randomized trial comparing in person and electronic interventions for improving adherence to oral medications in schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, Budapest, v. 39, n. 5, p. 999-1007, set. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3756784/>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 27, n. 2, p. 149-156. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a10v27n2.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

WEBER, N. S. et al. Psychiatric and general medical conditions comorbid with bipolar disorder in the National Hospital Discharge Survey. **Psychiatric Services**, Washington, v.62, n. 10. 2011. Disponível em: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.62.10.pss6210_1152>. Acesso em: 15 out. 2015.

ZAGO, A. C. **Adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários dos CAPS em Pelotas, RS, com transtornos de humor e esquizofrenia**. 60 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Portador de Transtorno Mental - Estudo Quantitativo

Eu Mariluci Alves Maftum, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, estou convidando você a participar de um estudo intitulado “Adesão ao uso de medicamento pelo portador de transtorno mental”, o qual se justifica pela necessidade de prestar cuidado de enfermagem que vá ao encontro das necessidades dessa clientela.

a) Os objetivos desta pesquisa são: analisar a adesão ao tratamento medicamentoso pelo portador de transtorno mental; caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico do portador de transtorno mental; verificar a adesão do portador de transtorno mental à terapia medicamentosa pela aplicação do instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento, e, verificar as associações entre as variáveis demográfica, socioeconômica, clínica e farmacoterapêutica com a adesão ao tratamento medicamentoso na saúde mental.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas dirigidas a você durante uma entrevista que dura em torno de 40 minutos.

c) Para tanto você deverá comparecer ao CAPS para o atendimento de saúde conforme já é estabelecido em sua agenda de tratamento.

d) A sua participação na pesquisa implica no risco de relembrar e/ou verbalizar situações que tenham sido vivenciadas por você de maneira desagradável. Entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos.

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados a contribuir com a manutenção do estado de saúde dos portadores de transtorno mental e melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso em saúde mental. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

f) A pesquisadora Mariluci Alves Maftum, Enfermeira. Docente da Universidade Federal do Paraná, responsável por este estudo poderá ser contatada no endereço Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPR. Av. Prof. Lothario Meissner, 632. 3º andar – Jardim Botânico. Curitiba/PR, pelo telefone (41) 3361-3756, de segunda a sexta-feira em horário comercial e pelo e-mail: maftum@ufpr.br, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
de Ciências da Saúde da UFPR.
Número CEP/SD-PB nº 406.158
Data de 25/09/2013.

Rubricas:

Participante da Pesquisa - _____

Pesquisador Responsável - *Maftum*

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto de Glória – Curitiba/PR. CEP.: 80060-240
Telefone (41) 3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisador responsável e pesquisadores colaboradores da pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.

m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

n) Informações referentes ao nome dos medicamentos que você faz uso para o tratamento do transtorno mental, a dose e horário de ingestão serão complementadas por consulta em seu prontuário por pessoas autorizadas e sob supervisão da pesquisadora responsável.

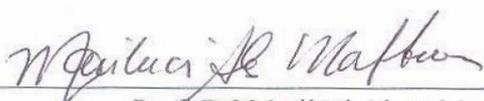
n) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivos do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o meu atendimento no CAPS.

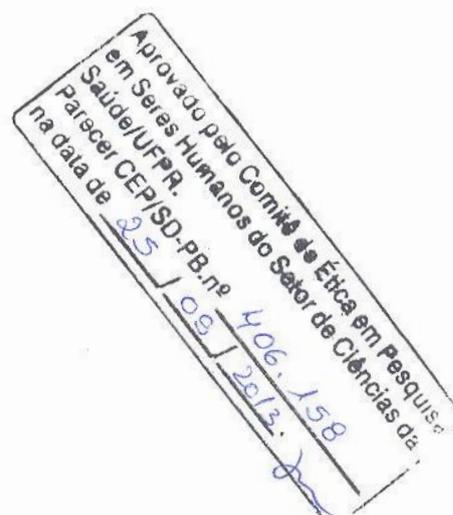
Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

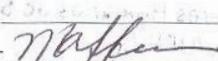
Assinatura do participante de Pesquisa

Curitiba, ___/___/___.



Profª Drª Mariluci Alves Maftum
Pesquisadora Responsável



Rubricas:
Participante da Pesquisa - _____
Pesquisador Responsável - 

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO 1

Universidade Federal do Paraná Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Doutorado em Enfermagem	
Adesão à terapêutica medicamentosa pelo portador de transtorno mental	
<p>Atenção Entrevistador! Antes de iniciar a entrevista e o preenchimento deste instrumento, você deve entregar duas cópias do TCLE para assinatura do participante do estudo, bem como fornecer-lhe todas as informações necessárias. Uma via deve ficar com o participante e a outra via deve ser anexada a este instrumento.</p>	
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
Bloco A – Identificação da Entrevista	
Número de identificação:	nid__ __ __
Entrevistador: _____ Data da entrevista: __/__/____ CAPS: (1) II B (2) III D Nome do participante: _____	ser __
Bloco B – Caracterização do Participante	
1. Qual a sua idade? __ __ anos	ida __ __
2. Sexo (observado): (1) feminino (2) masculino	gen __
3. Qual a sua cor? (Cor auto referida pelo participante) (1) branca (2) parda (3) indígena (ou índia) (4) preta (5) amarela (de origem oriental/ chinesa/ coreana)	cor __
4. Qual o seu estado civil? (Leia as opções de resposta) (1) solteiro (a) (2) casado (a) ou vive com companheiro (a) (3) separado/divorciado (a) (4) viúvo (a)	est __
5. Qual a sua religião? _____	rel __

<p>15. Em relação ao hábito de fumar, o (a) senhor (a): (Leia as opções de resposta) (1) ex-fumante (2) fumante atual (3) nunca fumou</p>	fum __
<p>16. O (a) senhor (a) faz uso de bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não</p> <p>Se não, passe para a questão 17.</p> <p>Se sim, qual a frequência do uso? (1) esporadicamente (2) uma vez na semana (3) de dois a seis dias na semana (4) a cada 15 dias (5) todos o dias</p>	alc __ freq __
<p>17. No último ano, o (a) senhor (a) fez uso de drogas? (Excluir álcool e tabaco) (1) Sim (2) Não</p> <p>Se não, passe para a questão 19.</p> <p>18. Quais as drogas que o (a) senhor (a) usou? (Possível marcar mais de uma opção) (1) maconha (2) LSD (3) crack (4) ecstasy (5) cocaína (6) outras. Quais? _____</p>	dri __ udr1 __ udr2 __ udr3 __
<p>19. O (a) senhor (a) possui algum problema de saúde além do transtorno mental? (1) Sim (2) Não</p> <p>Se não, passe para a questão 22.</p> <p>20. Se sim, poderia me dizer quais são? _____</p>	psa __ psa1 __ __ psa2 __ __ psa3 __ __ psa4 __ __
<p>21. O (a) senhor (a) toma medicação para estes outros problemas de saúde? (1) Sim (2) Não</p>	tme __
<p>22. O (a) senhor (a) tem algum familiar com diagnóstico de transtorno mental? (1) Sim (2) Não</p>	fdt __
<p>23. Em geral, o (a) senhor (a) considera sua saúde: (Leia as opções de resposta)</p>	csa __

(1) Ruim (2) Regular (3) Boa (4) Muito boa (5) Excelente	
Bloco C – Tratamento em Saúde Mental	
24. O (a) senhor (a) sabe informar o seu diagnóstico de transtorno mental? (1) Sim (2) Não Se não, passe para a questão 28.	sdia ___
25. Qual é o seu diagnóstico de transtorno mental? (Possível marcar mais de uma opção). (01) Esquizofrenia (02) Transtorno Afetivo Bipolar (03) Depressão (04) Síndrome do Pânico (05) Transtorno de Personalidade (06) Outro. Qual? _____ Passe para a questão 28.	
Consulta ao Prontuário: 26. Diagnóstico de transtorno mental descrito no prontuário do (a) participante pelo médico (CID-10): _____ _____ _____ 27. Se o (a) participante respondeu afirmativamente à questão 24, o diagnóstico relatado está de acordo com a CID-10 que consta em seu prontuário? (1) Sim (2) Não	dia1 ___ ___ dia2 ___ ___ dia3 ___ ___ pdsn ___
28. Quantos anos o (a) senhor (a) tinha quando foi diagnosticado (a) como portador (a) de transtorno mental? ___ ___ anos	idd ___ ___
29. Alguma vez o (a) senhor (a) recebeu informação sobre o seu transtorno mental por um profissional de saúde? (1) Sim (2) Não Se não, passe para a questão 32.	inf ___
30. O (a) senhor (a) ficou satisfeito (a) com estas informações? (1) Sim (2) Não	sid ___
31. Dos profissionais de saúde listados abaixo, qual lhe forneceu informações sobre o seu transtorno mental?	

<p>(Leia cada uma das opções de resposta)</p> <p>Médico (1) Sim (2) Não</p> <p>Enfermeiro (1) Sim (2) Não</p> <p>Psicólogo (1) Sim (2) Não</p> <p>Assistente Social (1) Sim (2) Não</p> <p>Outro (1) Sim (2) Não Qual? _____</p>	<p>med1 __</p> <p>enf1 __</p> <p>psi1 __</p> <p>ass1 __</p> <p>ops __</p> <p>ops1 __</p>
<p>32. O (a) senhor (a) já necessitou de internação devido o transtorno mental?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>Se não, passe para a questão 35.</p>	<p>int __</p>
<p>33. Em qual local ocorreu essa internação? (Leia as opções de local uma por vez completando com o que se pede)</p> <p>No Hospital Psiquiátrico? (1) Sim (2) Não</p> <p>Quantas vezes? _____</p> <p>Motivo? _____</p> <hr/> <p>No Hospital Geral? (1) Sim (2) Não</p> <p>Quantas vezes? _____</p> <p>Motivo? _____</p> <hr/> <p>Na UPA (24 horas)? (1) Sim (2) Não</p> <p>Quantas vezes? _____</p> <p>Motivo? _____</p> <hr/> <p>No CAPS III? (1) Sim (2) Não</p> <p>Quantas vezes? _____</p> <p>Motivo? _____</p>	<p>hps __</p> <p>qth __ __</p> <p>mhg __ __</p> <p>mhg1 __ __</p> <p>mhg2 __ __</p> <p>he __</p> <p>qthg __ __</p> <p>mog __ __</p> <p>mog1 __ __</p> <p>mog2 __ __</p> <p>eme __</p> <p>qte __ __</p> <p>moe __ __</p> <p>moe1 __ __</p> <p>moe2 __ __</p> <p>moe3 __ __</p> <p>caps __</p> <p>qtc __ __</p> <p>moc __ __</p> <p>moc1 __ __</p> <p>moc2 __ __</p>
<p>34. Quando o (a) senhor (a) necessitou de internação devido o transtorno mental, estava fazendo o uso correto dos medicamentos prescritos?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não tinha diagnóstico ainda</p>	<p>cri __</p>
<p>35. Há quanto tempo o (a) senhor (a) faz tratamento aqui no CAPS?</p> <p>(1) 6 meses ou menos</p> <p>(2) de 7 a 11 meses</p>	<p>tto __</p>

(3) de 1 a 2 anos (4) mais do que 2 anos	
36. O (a) senhor (a) sabe informar o nome dos medicamentos que está tomando para o tratamento do transtorno mental? (1) Sim (2) Não Passa para a questão 40.	snme __
Consulta ao Prontuário 37. Cópia da última prescrição médica que consta no prontuário do (a) participante. _____ _____ _____ 38. Quantidade de medicamentos prescritos de acordo com a última prescrição médica que consta no prontuário do (a) participante: __ __ 39. Quantidade de comprimidos a ser ingerida por dia segundo a última prescrição médica constante no prontuário do (a) participante: __ __	usa1 __ __ usa2 __ __ usa3 __ __ usa4 __ __ usa5 __ __ usa6 __ __ usa7 __ __ usa8 __ __ usa9 __ __ qcid __ __ ncid __ __
40. Alguma vez o (a) senhor (a) recebeu informação sobre o uso desses medicamentos (sobre doses, horários e efeitos colaterais) por algum profissional de saúde? (1) Sim (2) Não Se não, passe para a questão 43.	ime __
41. O (a) senhor (a) ficou satisfeito (a) com essas informações? (1) Sim (2) Não	sin __
42. Dos profissionais de saúde listados abaixo, qual lhe forneceu informações sobre os medicamentos prescritos para o tratamento do transtorno mental? (Leia cada uma das opções de resposta) Médico (1) Sim (2) Não Enfermeiro (1) Sim (2) Não Psicólogo (1) Sim (2) Não Assistente Social (1) Sim (2) Não Outro (1) Sim (2) Não Qual? _____	med2 __ enf2 __ psi2 __ ass2 __ opm __ opm1 __
43. Na maioria das vezes, de que maneira o (a) senhor (a) consegue os medicamentos para o tratamento do transtorno mental? (Possível marcar mais de uma opção) (01) no CAPS	cme __ __ cme1 __ __

<p>(02) na Unidade Básica de Saúde (postinho) (03) na Farmácia Pública (Municipal, do CPM) (04) recurso próprio (comprou). (05) de outra maneira. Qual? _____</p>	<p>cme2 __ __ cme3 __ __</p>
<p>44. Alguma vez o (a) senhor (a) teve dificuldade para conseguir a medicação para o tratamento do transtorno mental? (1) Sim (2) Não Se não, passe para a questão 46.</p>	<p>dif __</p>
<p>45. Qual foi a sua dificuldade? (Leia as opções de resposta. Possível marcar mais de uma opção) (01) estava em falta na rede básica de saúde (CAPS, UBS, CPM) (02) não tinha dinheiro para comprar (03) não conseguia a receita (04) outra. Qual? _____</p>	<p>qdi __ __ qdi1 __ __ qdi2 __ __ qdi3 __ __ qdi4 __ __</p>
<p>46. O (a) senhor (a) se sente motivado (a) para seguir a terapêutica medicamentosa para o tratamento do transtorno mental? (1) Sim (Vá para a questão 48) (2) Não (Pergunte a questão 47 e pule a questão 48)</p>	<p>mot __</p>
<p>47. Poderia me dizer por que não se sente motivado (a) para seguir a terapêutica medicamentosa para o tratamento do transtorno mental? _____ _____</p>	<p>nmo1 __ __ nmo2 __ __ nmo3 __ __ nmo4 __ __</p>
<p>48. Poderia me dizer por que se sente motivado (a) para seguir a terapêutica medicamentosa para o tratamento do transtorno mental? _____ _____</p>	<p>smo1 __ __ smo2 __ __ smo3 __ __ smo4 __ __</p>
<p>49. No último mês, alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos prescritos para o tratamento do transtorno mental? (1) Sim (2) Não Se não, passe para a questão 51.</p>	<p>ntm __</p>
<p>50. Por quais motivos o (a) senhor (a) deixou de tomá-los? (Leia as opções de resposta caso o entrevistado não fale espontaneamente. Possível marcar mais de uma opção) (01) esquecimento</p>	

(1) Sim	(2) Não	
59. O (a) senhor (a) tem alguma dúvida sobre os medicamentos prescritos que precisa tomar para o tratamento do transtorno mental? (1) Sim (2) Não Se não, passe para a questão 61.		duv ___ duv1 ___ ___ duv2 ___ ___ duv3 ___ ___
60. Quais são as suas dúvidas? _____		
61. Além do uso do medicamento o (a) senhor (a) participa de outras atividades para o tratamento do transtorno mental? (1) Sim (2) Não		omt ___
62. O (a) senhor (a) alguma vez tentou suicídio? (1) Sim (2) Não Se não, aplique o instrumento 2. Se sim, vá para a questão 63.		sui ___
63. Quantas tentativas foram? ___ ___		qta ___ ___
64. Quais foram os métodos utilizados? (Possível marcar mais de uma opção) (01) Enforcamento (02) Intoxicação exógena. Por quais substâncias? _____ (03) Arma de fogo (revólver) (04) Arma branca (faca, vidro) (05) Precipitar-se (saltar de altura) (06) Outro? Qual? _____		met ___ ___ met1 ___ ___ met2 ___ ___ met3 ___ ___ met4 ___ ___ sub 1 ___ ___ sub 2 ___ ___ sub 3 ___ ___
65. Quando o (a) senhor (a) tentou suicídio, estava fazendo o uso correto dos medicamentos prescritos para o tratamento do transtorno mental? (1) Sim (2) Não (3) Não tinha diagnóstico Aplique o instrumento 2.		tsm ___

APÊNDICE 3 – CARTA CONVITE

Curitiba, 06 de Janeiro de 2014.

Prezado (a) xxxxx

Gostaria de convidá-lo (a) a participar do processo de adaptação transcultural do instrumento Medida de Adesão ao Tratamento – MAT a ser utilizado no projeto de pesquisa **“Adesão ao uso de medicamento pelo portador de transtorno mental”** de autoria da Dr.^a Mariluci Alves Maftum, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

O MAT é composto por sete itens que avaliam o comportamento do indivíduo em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, foi desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima em Lisboa /Portugal. Destes sete itens, os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky et al. (1986), o item 5 foi adaptado de Shea et al. (1992) e o item 6 adaptado de Ramalhinho (1994).

As respostas são obtidas por uma escala de *Likert*, com as seguintes respostas e pontuações: sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). O grau de adesão é obtido somando-se os valores de cada resposta (variam de 1 a 6) e dividindo-se pelo número de itens (7).

O valor encontrado é convertido numa escala dicotômica (adesão e não adesão). São considerados como não aderentes ao tratamento os valores obtidos de um a quatro, referentes às respostas sempre, quase sempre, com frequência e às vezes. Para a adesão ao tratamento, serão considerados os valores entre cinco e seis, referentes às respostas raramente e nunca.

No Brasil, foram encontrados alguns estudos que aplicaram o MAT a pacientes hipertensos, diabéticos e em uso de anticoagulação oral, nos quais foi realizada a adaptação do instrumento para o foco do estudo, com alterações na redação das questões.

Entretanto, na literatura consultada até o momento não foram encontrados estudos no Brasil que reportassem a aplicabilidade do MAT em amostras de pessoas com transtorno mental.

Assim, torna-se pertinente submeter o instrumento à avaliação por *experts* quanto à pertinência e clareza de cada item, equivalência de conteúdo,

compreensão e forma de apresentação, bem como adaptação do instrumento para o foco do estudo. Após a avaliação por *experts*, o instrumento será submetido a um pré-teste com a população alvo.

Na sequência apresento o instrumento Medida de Adesão ao Tratamento, a redação sem tarja se refere à redação original do instrumento, a redação tarjada em cinza se refere à redação adaptada para o foco do estudo para sua avaliação.

Agradeço antecipadamente suas contribuições.

Atenciosamente,



Prof.^a Dr.^a Mariluci Alves Maftum
Pesquisadora Responsável

Instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento

1 – Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

1 – Alguma vez o (a) senhor (a) se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2 – Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

2 – Alguma vez o (a) senhor (a) foi descuidado com o horário de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3 – Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

3 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4 – Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

4 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5 – Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

5 – Alguma vez o (a) senhor (a) tomou mais comprimidos do que deveria tomar (aumentou a dose da medicação) para a sua doença, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6 – Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

6 – Alguma vez o (a) senhor (a) interrompeu o tratamento para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7 – Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

7 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

APÊNCIDE 4
RÉGUA DE RESPOSTAS DO MAT

Para cada uma das perguntas a seguir o (a) senhor (a) deverá responder utilizando uma das opções abaixo:

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

APÊNDICE 5
INSTRUMENTO 2 - MAT ADAPTADO

1 – Alguma vez o (a) senhor (a) se esqueceu de tomar algum dos medicamentos para o transtorno mental?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2 – Alguma vez o (a) senhor (a) se descuidou com o horário de tomar os medicamentos para o transtorno mental?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para o transtorno mental, por sua iniciativa, por ter se sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para o transtorno mental, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5 – Alguma vez o (a) senhor (a) aumentou a dose dos medicamentos que estavam prescritos para o transtorno mental, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6 – Alguma vez o (a) senhor (a) interrompeu o tratamento para o transtorno mental por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para o transtorno mental por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Total de pontos: _____

() Adesão

() Não adesão

APÊNDICE 6 – MANUAL DE PREENCHIMENTO

Este manual foi elaborado com a finalidade de auxiliar o entrevistador no preenchimento dos instrumentos utilizados na coleta de dados da pesquisa: “Adesão do portador de transtorno mental ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental”. Portanto, na realização das entrevistas você deverá estar **sempre** de posse desse material. Recorra ao manual de instruções **sempre** que surgir uma dúvida.

1. Orientação inicial

No primeiro dia da coleta de dados os entrevistadores receberão um kit entrevista formado por todo o material necessário para a realização das entrevistas. Não peça material para os profissionais do serviço. **SEJA ORGANIZADO E TENHA O SEU KIT SEMPRE EM DIA.** Se houver necessidade de reposição de algum item entre em contato com a supervisora da coleta de dados da pesquisa.

Todos os portadores de transtorno mental cadastrados no serviço deverão ser convidados a participar da pesquisa. Ao término do turno (manhã/tarde) os entrevistadores deverão entregar todos os instrumentos preenchidos à supervisora da coleta de dados da pesquisa, bem como a planilha de controle diário das entrevistas preenchida (entrevistados, recusas e perdas).

Os entrevistadores serão divididos em escala para a operacionalização da coleta de dados. **FIQUE ATENTO A SUA ESCALA! NÃO SE ATRASE E NÃO FALTE!**

2. Abordagem do participante da pesquisa

Serão considerados elegíveis para a pesquisa todos os portadores de transtorno mental maiores de 18 anos, que estejam cadastrados no CAPS II e III, com prescrição medicamentosa para o tratamento do transtorno mental.

Serão excluídos os portadores de transtorno mental em tratamento nos CAPS II e III que se encontrem em situação de agudização dos sinais e sintomas do transtorno mental, em atendimento eventual ou que não apresentem condições para responder as perguntas durante a entrevista, segundo a avaliação da equipe de saúde do serviço.

Apresente-se, diga o seu nome, mantenha o crachá em local de fácil visualização. Explique o que está fazendo no serviço, lembre que conforme

informado previamente está acontecendo uma pesquisa e que ele (o portador de transtorno mental) está sendo convidado a participar, que sua participação é de extrema importância para nós.

Se o portador de transtorno mental estiver em atividade de grupo, não o interrompa. Faça a abordagem ao término da atividade que ele está desenvolvendo. Caso ele aceite participar, o conduza ao local reservado, explique os objetivos da pesquisa, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), peça a assinatura em duas vias, uma via fica com o participante, a outra deve ser anexada ao instrumento de pesquisa. Ressalte os aspectos éticos, o sigilo das informações e anonimato do sujeito. **NÃO INICIE A ENTREVISTA SEM ANTES TER O TCLE ASSINADO.**

Caso o participante se recuse a participar, você deverá abordá-lo mais uma vez em outro dia, caso a recusa persista anote a data e o motivo na lista de controle e comunique a supervisora da coleta de dados da pesquisa, ela fará mais uma tentativa de abordagem do portador de transtorno mental.

3. Instruções gerais

- Seja gentil, use sempre o crachá em local visível, não masque chicletes ou balas, use roupas adequadas, não beba e não ingira alimentos durante a entrevista.
- O instrumento deve ser preenchido a lápis com letra e números legíveis.
- Não realize a codificação das questões (última coluna do instrumento).
- Formule as perguntas exatamente como elas estão escritas no instrumento de pesquisa, se necessário explique de uma segunda forma – conforme foi orientado durante o treinamento. Atenção! As opções de resposta não devem ser lidas ao entrevistado. Só leia as opções quando na pergunta constar essa observação em negrito: **(Leia as opções de resposta)**. Tenha o cuidado de não induzir a resposta. Por ex.: mas o senhor tem certeza? O senhor não acha que...
- Os lembretes ao entrevistador que constam no instrumento de pesquisa estão em negrito e não devem ser lidos ao entrevistado.
- **Marque com X** a opção que corresponde a resposta dada pelo entrevistado.
- Sempre que houver dúvida escreva a lápis, por extenso a resposta, exatamente como foi dada pelo entrevistado e deixe para análise da supervisora da coleta de dados da pesquisa.

- Nas perguntas abertas, escreva exatamente o que o entrevistado falar, estas questões serão codificadas posteriormente.
- Não deixe perguntas em branco. Caso o entrevistado não saiba responder escreva: 'não soube informar'.
- Não faça cálculos durante a entrevista. Faça os cálculos necessários no término do turno.
- Procure manter uma postura imparcial durante a entrevista. Atente para a comunicação não verbal.
- Desligue o celular durante as entrevistas.
- Quando as opções de resposta forem SIM/NÃO, e o entrevistado falar mais ou menos, pergunte: mais para mais ou para menos e assinale a opção sim/não.

4. Instruções sobre o preenchimento do Instrumento 1:

4.1 Bloco A – Identificação da Entrevista

- Número de identificação: não preencher.
- Entrevistador: escreva seu nome completo em letra legível.
- Data da entrevista: preencha a data de realização da entrevista no modelo dia/mês/ano.
- CAPS: assinale com x em cima do número 1 ou 2, o qual representa o CAPS em que está sendo desenvolvida a pesquisa naquele momento.
- Nome do participante: escreva o nome completo do entrevistado com letra legível. Esclareça novamente sobre o sigilo e anonimato, o nome dele no primeiro momento é necessário para o controle interno, posteriormente será atribuído um código para cada um dos participantes.

4.2 Bloco B – Caracterização do Participante

- Questão 1: Qual a sua idade?

Preencha quantos anos completos o entrevistado refere ter.

Exemplo: tenho 32 anos e 5 meses. No instrumento de pesquisa você vai preencher 32 anos.

Se o entrevistado tiver 45 anos e fazer aniversário no dia seguinte, no instrumento de pesquisa você vai preencher 45 anos.

- Questão 2: Sexo (observado).

Não pergunte! Apenas observe e assinale a resposta no instrumento de pesquisa.

- Questão 3: Qual a sua cor? (Cor auto referida pelo participante).

Não leia as opções de resposta, faça a pergunta e marque com x a opção que corresponde ao que o entrevistado responder, independente do seu julgamento enquanto entrevistador.

- Questão 4: Qual o seu estado civil?

Leia as opções de resposta. Assinale no instrumento de pesquisa a opção que corresponde a resposta dada pelo entrevistado.

- Questão 5: Qual a sua religião?

Questão aberta. Anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 6: Qual a sua escolaridade?

Não leia as opções de resposta, faça a pergunta e assinale a opção que corresponde a resposta dada.

Exemplo: estudei até a 8ª série.

Pergunte se a pessoa terminou a 8ª série, se sim assinale a opção (03) ensino fundamental completo, se a resposta for não assinale a opção (02) ensino fundamental incompleto e assim sucessivamente.

- Questão 7: Houve abandono dos estudos?

Resposta em uma escala dicotômica: sim/não.

Se a resposta indicada pelo entrevistado for a opção (2) Não, você deve pular a questão 8.

- Questão 8: Por qual motivo o (a) senhor (a) abandonou os estudos?

Questão aberta. Anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 9: Em relação ao trabalho, no momento o (a) senhor (a) está:

Leia as opções de resposta ao entrevistado, assinale a opção que corresponde a resposta dada.

- Questão 10: Qual a sua principal fonte de renda?

Questão aberta. Anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 11: Qual foi a sua renda individual no último mês?

Escreva em reais. Se o entrevistado não souber dizer exatamente, pergunte aproximadamente e faça essa observação (valor aproximado) a lápis no instrumento de pesquisa. Se o entrevistado responder em salário mínimo, anote a lápis e no final do turno antes de entregar o instrumento faça a conversão, considerando 1 salário mínimo = R\$ 724,00.

Exemplo: Minha renda individual no último mês foi de 1 salário mínimo e meio.

$$724,00/2= 362,00$$

$$724 + 362,00 = 1086$$

Resposta final: R\$ 1.086,00.

- Questão 12: Qual foi a sua renda familiar no último mês?

Siga a mesma orientação referente a questão 11.

- Questão 13: Quantas pessoas dependem da renda familiar?

Não leia as opções de resposta ao entrevistado, marque a opção que corresponde a resposta dada.

- Questão 14: Com quem o (a) senhor (a) mora atualmente?

Não leia as opções de resposta ao entrevistado, assinale a opção que corresponde a resposta dada. Atenção! Esta questão permite a marcação de mais de uma opção de resposta.

- Questão 15: Em relação ao hábito de fumar, o (a) senhor (a):

Leia as opções de resposta ao entrevistado e assinale a opção que corresponde a resposta dada.

- Questão 16: O (a) senhor (a) faz uso de bebida alcoólica?

Resposta em uma escala dicotômica: sim/não.

Se não, vá para a questão 17.

Se sim, pergunte a frequência do uso.

- Questão 17: No último ano, o (a) senhor (a) fez uso de drogas?

Resposta em uma escala dicotômica: sim/não. Atenção! Excluir álcool e tabaco, considerando que o entrevistado já respondeu sobre estas duas drogas específicas nas questões anteriores.

Se a resposta indicada pelo entrevistado for a opção (2) Não, você deve pular a questão 18.

- Questão 18: Quais as drogas que o (a) senhor (a) usou?

Não leia as opções de resposta ao entrevistado. Esta questão possibilita marcar mais de uma opção. Se o entrevistado falar apenas uma, por ex.: maconha. Pergunte: alguma outra droga além dessa?

Se a resposta for a opção (6) outras. Quais? Anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 19: O (a) senhor (a) possui algum problema de saúde além do transtorno mental?

Resposta em uma escala dicotômica: sim/não. Se o entrevistado não compreender a pergunta, você pode perguntar dessa maneira: o (a) senhor (a) tem algum outro problema de saúde, além desse que vem tratar aqui no CAPS?

Se a resposta indicada pelo entrevistado for a opção (2) Não, você deve pular a questão 20 e 21.

- Questão 20: Se sim, poderia me dizer quais são?

Questão aberta. Anote exatamente o que o entrevistado falar. Pergunte sobre os problemas de saúde que ele tem agora. Se o entrevistado falar que tinha um problema no coração quando criança, pergunte: mas hoje este problema ainda persiste?

Se o entrevistado falar que teve câncer há cinco anos, pergunte: mas hoje este problema ainda persiste?

- Questão 21: O (a) senhor (a) toma medicação para estes outros problemas de saúde?

Resposta em uma escala dicotômica: sim/não.

- Questão 22: O (a) senhor (a) tem algum familiar com diagnóstico de transtorno mental?

Resposta em uma escala dicotômica: sim/não.

Se o entrevistado falar que alguém da família comentou que um familiar tem transtorno mental, questione se alguma vez um profissional médico disse isso ao familiar. Dúvidas anote a lápis no instrumento de pesquisa.

- Questão 23: Em geral, o (a) senhor (a) considera sua saúde:

Leia as opções de resposta ao entrevistado e assinale a resposta que ele indicar.

4.3 Bloco C – Tratamento em Saúde Mental

- Questão 24: O (a) senhor (a) sabe informar o seu diagnóstico de transtorno mental?

Resposta em uma escala dicotômica: sim/não.

Se a resposta indicada pelo entrevistado for a opção (2) Não, você deve ir para a questão 28.

- Questão 25: Qual é o seu diagnóstico de transtorno mental?

Não leia as opções de resposta ao entrevistado. Assinale a opção que corresponde a resposta dada. É possível marcar mais de uma opção, porém, pergunte se são todos diagnósticos atuais e não que ele já recebeu ao longo do curso da doença.

Se o entrevistado falar outro diagnóstico psiquiátrico que não se encontra listado, marque a opção (06) Outro. Qual? Anote exatamente o que ele falar. Após essa pergunta passe para a questão 28.

- Questão 26: Consulta ao prontuário:

Diagnóstico de transtorno mental descrito no prontuário do (a) participante pelo médico (CID-10).

Essa questão será preenchida pela supervisora da coleta de dados após consulta ao prontuário do participante.

- Questão 27: Se o (a) participante respondeu afirmativamente à questão 24, o diagnóstico relatado está de acordo com a CID-10 que consta em seu prontuário?

Não assinale nenhuma opção, essa questão será respondida pela supervisora da coleta de dados após consultar o prontuário do participante.

- Questão 28: Quantos anos o (a) senhor (a) tinha quando foi diagnosticado (a) como portador de transtorno mental?

Anote a resposta em anos completos.

- Questão 29: Alguma vez o (a) senhor (a) recebeu informação sobre o seu transtorno mental por um profissional de saúde?

Resposta em uma escala dicotômica: sim/não.

Se o entrevistado responder (2) Não, você deve pular as questões 30 e 31.

- Questão 30: O (a) senhor (a) ficou satisfeito (a) com estas informações?

Resposta em uma escala dicotômica: sim/não.

- Questão 31: Dos profissionais de saúde listados abaixo, qual lhe forneceu informações sobre o seu transtorno mental?

Leia cada uma das opções de resposta ao entrevistado e assinale a resposta em uma escala dicotômica: sim/não.

Exemplo: médico – sim/não

E assim sucessivamente.

Se na opção 'Outro', o entrevistado citar algum outro profissional de saúde que não está listado, anote exatamente o que ele falar.

Questão 32: O (a) senhor (a) já necessitou de internação devido o transtorno mental?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

Se o entrevistado responder (2) Não, você deverá pular as questões 33 e 34.

- Questão 33: Em qual local ocorreu essa internação?

Você deverá ler as opções de local uma por vez completando com o que se pede.

Exemplo: Foi no hospital psiquiátrico?

Resposta: (1) Sim

O (a) senhor (a) se recorda quantas vezes foram?

Resposta: 05

O (a) senhor (a) sabe me dizer o motivo destas internações?

Resposta: estava nervoso em casa.

Todas as cinco vezes foi porque o (a) senhor (a) estava nervoso em casa?

Resposta: Não.

Por favor, me diga por quais motivos mais o (a) senhor (a) precisou de internação devido o transtorno mental.

Resposta: via vultos e escutava vozes.

Foi no hospital geral? Foi na UPA? Foi no CAPS III? Seguindo para cada uma destas opções o modelo acima.

A resposta pode ser aproximada caso o entrevistado não tenha certeza de quantas vezes necessitou de internação.

Fique atento a questão do hospital geral, se o entrevistado não entender, dê exemplo, hospitais assim como o Hospital de Clínicas, o Hospital do Trabalhador e esclareça que a internação deve ter sido em função da situação psiquiátrica.

Exemplo: fiquei internado 1 vez, 10 dias no Hospital de Clínicas porque tentei me matar ingerindo veneno.

Hospital Geral: sim Quantas vezes: 01 Motivo: tentativa de suicídio por envenenamento.

- Questão 34: Quando o (a) senhor (a) necessitou de internação devido o transtorno mental, estava fazendo o uso correto dos medicamentos prescritos?

Não leia as opções de resposta. Assinale a resposta dada pelo entrevistado.

- Questão 35: Há quanto tempo o (a) senhor (a) faz tratamento aqui no CAPS?

Não leia as opções de resposta ao entrevistado. A pergunta se refere ao CAPS específico, não considerando o tempo que ele fez tratamento em outros serviços ou até mesmo em outros CAPS. Assinale a opção que corresponde a resposta dada.

Exemplo: há 8 meses.

A resposta que você deve marcar no instrumento de pesquisa é a alternativa (2) de 7 a 11 meses.

- Questão 36: O (a) senhor (a) sabe informar o nome dos medicamentos que está tomando para o tratamento do transtorno mental?

Resposta em uma escala dicotômica: sim/não.

Passe para a questão 40.

- Questão 37: Consulta ao prontuário

Cópia da última prescrição médica que consta no prontuário do (a) participante.

Essa questão será preenchida pela supervisora da coleta de dados da pesquisa após consultar o prontuário do (a) entrevistado (a).

- Questão 38: Quantidade de medicamentos prescritos de acordo com a última prescrição médica que consta no prontuário do (a) participante.

Essa questão será preenchida pela supervisora da coleta de dados da pesquisa após consultar o prontuário do (a) participante.

- Questão 39: Quantidade de comprimidos a ser ingerida por dia segundo a última prescrição médica constante no prontuário do (a) participante.

Essa questão será preenchida pela supervisora da coleta de dados da pesquisa após consultar o prontuário do (a) participante.

- Questão 40: Alguma vez o (a) senhor (a) recebeu informação sobre o uso desses medicamentos (sobre doses, horários e efeitos colaterais) por algum profissional de saúde?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

Se o entrevistado responder a opção (2) Não, você deve pular as questões 41 e 42.

- Questão 41: O (a) senhor (a) ficou satisfeito (a) com essas informações?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

- Questão 42: Dos profissionais de saúde listados abaixo, qual lhe forneceu informações sobre os medicamentos prescritos para o tratamento do transtorno mental?

Leia cada uma das opções de resposta ao entrevistado e assinale a resposta em uma escala dicotômica: sim/não.

Exemplo: médico – sim/não.

E assim sucessivamente.

Se na opção 'outro', o entrevistado citar algum outro profissional de saúde que não está listado, anote exatamente o que ele falar.

- Questão 43: Na maioria das vezes, de que maneira o (a) senhor (a) consegue os medicamentos para o tratamento do transtorno mental?

Não leia as opções de resposta ao entrevistado. Possível marcar mais de uma opção. Se a resposta corresponder a opção (05) de outra maneira. Qual? Anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 44: Alguma vez o (a) senhor (a) teve dificuldade para conseguir a medicação para o tratamento do transtorno mental?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

Se o entrevistado responder a opção (2) Não, você deve pular a questão 45.

- Questão 45: Qual foi a sua dificuldade?

Leia as opções de resposta ao entrevistado. Nesta questão é permitido marcar mais de uma resposta. Se a resposta for a opção (04) outra. Qual? Anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 46: O (a) senhor (a) se sente motivado (a) para seguir a terapêutica medicamentosa para o tratamento do transtorno mental?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

Se o entrevistado responder a opção (1) Sim, você deve pular a questão 47.

Se o entrevistado responder a opção (2) Não, você deve perguntar a questão 47 e pular a questão 48.

- Questão 47: Poderia me dizer por que não se sente motivado (a) para seguir a terapêutica medicamentosa para o tratamento do transtorno mental?

Questão aberta. Anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 48: Poderia me dizer por que se sente motivado (a) para seguir a terapêutica medicamentosa para o tratamento do transtorno mental?

Questão aberta. Anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 49: No último mês, alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos prescritos para o tratamento do transtorno mental?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

Se o entrevistado responder a opção (2) Não, você deve pular a questão 50.

- Questão 50: Por quais motivos o (a) senhor (a) deixou de tomá-los?

Leia as opções de resposta ao entrevistado. É possível marcar mais de uma resposta.

Caso seja preciso utilizar a opção (07) outros motivos. Quais? Anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 51: O (a) senhor (a) sente alguma mudança agradável no seu estado geral quando faz uso regular da medicação?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

Se o entrevistado responder a opção (2) Não, você deve pular a questão 52.

- Questão 52: O que o (a) senhor (a) sente?

Questão aberta. Anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 53: O (a) senhor (a) sente alguma mudança desagradável no seu estado geral quando faz uso regular da medicação?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

Se o entrevistado responder a opção (2) Não, você deve pular a questão 54.

- Questão 54: O que o (a) senhor (a) sente?

Questão aberta. Anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 55: O (a) senhor (a) cuida sozinho (a) dos horários e das doses da medicação que precisa tomar para o tratamento do transtorno mental?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

Se o entrevistado responder a opção (1) Sim, você deve pular a questão 56.

- Questão 56: Quem lhe ajuda com as doses e horários da medicação?

Leia as opções de resposta ao entrevistado. Possível marcar mais de uma opção.

- Questão 57: Sua família lhe incentiva a seguir a terapêutica medicamentosa para o tratamento do transtorno mental?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

Questão 58: Sua família participa da terapêutica medicamentosa?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

Questão 59: O (a) senhor (a) tem alguma dúvida sobre os medicamentos prescritos que precisa tomar para o tratamento do transtorno mental?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

Se o entrevistado responder a opção (2) Não, você deve pular a questão 60.

- Questão 60: Quais são as suas dúvidas?

Questão aberta. Anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 61: Além do uso do medicamento o (a) senhor (a) participa de outras atividades para o tratamento do transtorno mental?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

- Questão 62: O (a) senhor (a) alguma vez tentou suicídio?

Resposta em escala dicotômica: sim/não.

Se o entrevistado responder a opção (2) Não, agradeça a participação e encerre a entrevista.

Se a opção de resposta for a (1) Sim, vá para a questão 63.

- Questão 63: Quantas tentativas foram?

Anote a resposta em números inteiros. Pode ser o número de tentativas aproximado caso o entrevistado não se recorde com exatidão.

- Questão 64: Quais foram os métodos utilizados?

Não leia as opções de resposta ao entrevistado. Possível marcar mais de uma opção.

Se o entrevistado falar que foram 2 tentativas, por exemplo, e com métodos diferentes, você vai marcar duas opções de resposta.

Se a opção de resposta for a (06) Outro. Qual? Anote exatamente o que o entrevistado falar.

Caso a resposta dada pelo entrevistado seja a alternativa (02) Intoxicação exógena. Pergunte por quais substâncias ocorreu a intoxicação, anote exatamente o que o entrevistado falar.

- Questão 65: Quando o (a) senhor (a) tentou suicídio, estava fazendo o uso correto dos medicamentos prescritos para o tratamento do transtorno mental?

Assinale a alternativa que corresponde a resposta dada pelo entrevistador.

5. Instruções sobre o preenchimento do Instrumento 2

Aplicação do MAT adaptado

Leia as opções de resposta a cada pergunta que você fizer, use a régua como auxílio para facilitar o entendimento do entrevistado. Marque um x no número que indica (sempre/ quase sempre/ com frequência/ às vezes/ raramente e nunca).

Régua:

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Observe que no instrumento algumas palavras do enunciado das questões do MAT estão em destaque, a fim de ajudá-lo a ressaltar o sentido da pergunta. Não escreva nada no espaço: Total de pontos: ____.

Não assinale nenhuma das alternativas (adesão/ não adesão).

Essas duas informações serão preenchidas pela supervisora da coleta de dados da pesquisa.

APÊNDICE 7 – PLANILHA DE CONTROLE DIÁRIO DAS ENTREVISTAS

Nome do portador de transtorno mental	Situação			Nome do entrevistador
	Entrevistado	Recusa (anotar motivo)	Perda (anotar motivo)	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adesão ao uso de medicamento pelo portador de transtorno mental

Pesquisador: Mariluci Alves Maftum

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20816713.9.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 406.158

Data da Relatoria: 18/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa quali-quantitativo que visa estudar os fatores ligados a aderência ou não aderência às medicações psiquiátricas em usuários dos CAPS II e III de Curitiba. O projeto ocorrerá de 2013 a 2018. Além da pesquisadora principal, a equipe de pesquisa é composta por Aline Cristina Zerwes Ferreira, Letícia de Oliveira Borba, Marina Marques Fogaça. Os participantes do estudo serão os portadores de transtorno mental, os familiares e os profissionais da equipe de enfermagem que prestam assistência aos portadores de transtorno mental nos CAPS II e III de Curitiba/PR. Os participantes serão recrutados nas assembleias realizadas pelo serviço uma vez por semana. Os familiares dos portadores de transtorno mental serão abordados nas reuniões de família realizadas pelo serviço. O número de sujeitos portadores de transtorno mental e familiares será estabelecido pela saturação dos dados, porém serão realizadas pelo menos vinte entrevistas a cada um dos grupos amostrais. Em relação aos membros da equipe de enfermagem, todos (4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem) serão convidados a participar da pesquisa. Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela análise temática. A coleta dos dados quantitativos envolverá dois instrumentos estruturados, um questionário que abordará o perfil demográfico, socioeconômico e clínico e o segundo a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), que serão aplicados a 550 portadores de transtorno mental, em

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 406.158

uma entrevista durando em torno de 40 minutos.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a adesão ao uso de medicamento na perspectiva do portador de transtorno mental, de familiares e da equipe de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco e o benefício aos sujeitos estão adequadamente descritos, após correção de pendências da primeira versão deste relatório.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Há um TCLE para a enfermagem, familiares e usuários do estudo qualitativo e um TCLE para o estudo quantitativo.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se de acordo com a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 406.158

Considerações Finais a critério do CEP:

Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação

CURITIBA, 25 de Setembro de 2013

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – PARECER DE VIABILIDADE DA SMS DE CURITIBA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Mariluci Alves Maftum protocolou sob o número 67/2013 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: “Adesão ao Uso de Medicamento pelo Portador de Transtorno Mental”. (CAAE: 20816713.9.0000.0102).

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Informamos que o projeto recebeu parecer de aprovação quanto à viabilidade, porém com as seguintes restrições/orientações: **“a) coleta de dados no CAPS do Portão seja realizada até abril de 2014 e no CAPS Bigorrião até junho de 2014; b) a equipe destes serviços se reservará o direito de solicitar a interrupção da pesquisa se necessário for; c) deverão ser comunicadas pelo pesquisador ao Comitê de Ética da Instituição Proponente, as alterações citadas”.**

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 13 de novembro de 2013.

Samuel Jorge Moysés
Coordenador do CEP/SMS

ANEXO 3 – MAT ORIGINAL

1 – Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2 – Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3 – Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4 – Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5 - Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6 – Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7 – Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO PARA ADAPTAÇÃO E USO DO MAT

Assunto:	Re: Autorização para uso do instrumento Medida de Adesão aos Tratamentos
De:	Luísa Lima (luisa.lima@iscte.pt)
Para:	leticia_ufpr@yahoo.com.br;
Data:	Segunda-feira, 2 de Dezembro de 2013 7:27

Cara Letícia,

Muito obrigada pelo seu contato e pelo seu interesse no nosso trabalho. Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie corretamente em publicações futuras desta investigação:

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças, 1*, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luisa Lima

--

Luisa Pedroso de Lima
 Professora Catedrática
 Departamento de Psicologia Social e das Organizações
 Escola de Ciências Sociais e Humanas do ISCTE-IUL

No dia 2 de Dezembro de 2013 às 00:04, Letícia Borba <leticia_ufpr@yahoo.com.br> escreveu:

Prezados,

Me chamo Letícia Borba, sou aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - Brasil, e pretendo desenvolver um estudo sobre a adesão ao tratamento medicamentoso pelo portador de transtorno mental. Para isso, como instrumento de coleta de dados gostaria de utilizar o MAT criado e validado por Artur Barata Delgado e Maria Luísa Lima.

Este instrumento será adaptado para a realidade do portador de transtorno mental com mudança apenas de algumas palavras na redação das perguntas, sem mais alterações, sendo submetido à avaliação de juízes.

Desse modo, gostaria de solicitar a autorização para uso do instrumento MAT na pesquisa que pretendo desenvolver.

Desde já, agradeço a atenção e colaboração. Estou à disposição para qualquer esclarecimento que se faça pertinente.

Atenciosamente,
 Letícia Borba