



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
DOS USUÁRIOS DOS CAPS EM PELOTAS, RS, COM
TRANSTORNOS DE HUMOR E ESQUIZOFRENIA

Ana Carolina Zago

Orientador: Prof^a. Dr^a. Elaine Tomasi

Pelotas, RS

2009

ANA CAROLINA ZAGO

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
DOS USUÁRIOS DOS CAPS EM PELOTAS, RS, COM
TRANSTORNOS DE HUMOR E ESQUIZOFRENIA**

Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Elaine Tomasi

Pelotas, RS

2009

Agradecimentos

À minha orientadora Elaine, pela orientação segura, eficiente, pela referência como professora e pesquisadora, pelas valiosas contribuições e pelo carinho, paciência e atenção a mim dispensados.

Aos meus familiares, meu pai Luiz Ari, minha mãe Antonia, minhas irmãs Gabriela e Alethea e ao Douglas que não me fizeram desanimar e são grandes exemplos de persistência, caráter, seriedade e vontade de crescer cada vez mais.

Aos colegas do mestrado, pelo convívio enriquecedor, especialmente à Carla Pastore, à Eliane Lopes e à Patrícia Barboza, pelo apoio e incentivo.

Aos meus colegas da URCAMP e do HGUBA, em especial à Noêmia, ao Ten. Cel. Mallman e Maj. Costa e Silva pelo estímulo a este trabalho.

SUMÁRIO DA DISSERTAÇÃO

SEÇÃO	PAG.
PROJETO DE PESQUISA	1
ARTIGO	40

ANA CAROLINA ZAGO

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
DOS USUÁRIOS DOS CAPS EM PELOTAS, RS, COM
TRANSTORNOS DE HUMOR E ESQUIZOFRENIA**

Projeto de pesquisa apresentado
ao Mestrado em Saúde e Comportamento
da Universidade Católica de Pelotas,
sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Elaine Tomasi

PELOTAS, NOVEMBRO DE 2007

Sumário

	Página
1. Introdução	03
2. Justificativa	04
3. Objetivos	05
4. Hipóteses	05
5. Revisão de Literatura	05
Tabela 1. Resumo dos principais estudos localizados	13
6. Métodos	15
6.1 Delineamento	15
6.2 População alvo	15
6.3 Amostragem e logística	15
6.4 Pessoal envolvido	15
6.5 Instrumentos	16
6.6 Variáveis	16
6.6.1 Variável dependente	16
6.6.2 Variáveis independentes	17
6.6.3 Modelo de análise	17
6.7 Controle de qualidade	18
6.8 Análise e processamento de dados	18
6.9 Divulgação dos resultados	19
6.10 Aspectos éticos	19
7. Cronograma	20
8. Referências	21
Anexo I - QUESTIONÁRIO DO USUÁRIO - ACOMPANHAMENTO	24
Anexo II - FOLHA EXTRA PARA CADA PSICOFÁRMACO	35
Anexo III - TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	37

1. INTRODUÇÃO

A assistência psiquiátrica vem passando por profundas mudanças em muitos países, inclusive no Brasil. Essas mudanças culminaram com a reforma psiquiátrica em 2001, com a promulgação da Lei n. 10.216 e a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos no país. A lei estabelece que as pessoas portadoras de transtornos mentais devem ser tratadas preferencialmente em serviços comunitários (ANTUNES & QUEIROZ, 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições brasileiras, vinculadas ao SUS, criadas para substituir os hospitais psiquiátricos e que constituem um serviço comunitário com o objetivo de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais.

Desde a reforma psiquiátrica brasileira, reduziu-se o número de internações, e, aos poucos, o número de CAPS tem se ampliado de forma constante. Em 1996, eram 154 CAPS em todo o país. Em 2002, o número passou para 424, representando um incremento da ordem de 175% (ANTUNES & QUEIROZ, 2007). Em 2007, já são mais de mil unidades do CAPS em funcionamento no Brasil (BRASIL, 2007).

Uma das inúmeras atribuições deste serviço é a dispensação de medicamentos de forma gratuita aos seus usuários cadastrados.

Em doenças crônicas, que requerem tratamento de forma contínua, faz-se necessário que haja adesão do paciente ao regime medicamentoso prescrito, de forma a assegurar uma maior eficácia da terapêutica (DEWULF *et al.*, 2006).

Adesão ao tratamento refere-se à extensão com que os pacientes aceitam e seguem as recomendações, de médicos ou de outros profissionais de saúde, em relação ao uso de uma determinada terapêutica (ROSA *et al.*, 2006; DEWULF *et al.*, 2006; KURITA & PIMENTA, 2002; SANTIN, CERESER & ROSA, 2005).

A baixa adesão ao tratamento tem sido responsável por grandes frustrações na psiquiatria, pois leva à falta de eficácia dos tratamentos médicos, a prejuízos sócio-econômicos e a altas taxas de mortalidade (SCHUMANN *et al.*, 1999; DHARMENDRA e EAGLES, 2003 *apud* ROSA *et al.*, 2006).

Vários fatores contribuem para a baixa adesão, como por exemplo os efeitos colaterais dos medicamentos, a necessidade de administração contínua e a própria natureza dos transtornos psiquiátricos (OLIVEIRA *et al.*, 2003). Outros fatores que também podem levar à não-adesão são aspectos do relacionamento com a equipe multiprofissional, características demográficas e sócio-econômicas, regimes complexos de tratamento, interações medicamentosas e a própria negação da existência da doença (ROSA *et al.*, 2006;

LEITE & VASCONCELLOS, 2003; KURITA & PIMENTA, 2002; GONÇALVES, *et al.*, 1999).

A adesão ao tratamento em transtornos mentais é imprescindível para que se obtenha o sucesso da terapia. Diante da escassez de trabalhos na área, considera-se pertinente um estudo sobre esse assunto em pacientes psiquiátricos ligados ao SUS.

Baseado nesse contexto, este trabalho pretende verificar a adesão ao tratamento dos usuários do CAPS em uma cidade da região Sul do país.

2. JUSTIFICATIVA

No contexto da reforma psiquiátrica, cresce a responsabilidade sobre os pacientes atendidos pelos CAPS e por seu bem-estar. Em virtude da importância da adesão medicamentosa entre pacientes com sofrimento psíquico e dos riscos inerentes à interrupção do tratamento de doenças crônicas, este estudo se justifica como uma forma de avaliar como se dá a aderência ao tratamento por pacientes psiquiátricos atendidos pelo SUS.

A identificação dos fatores que dificultam a adesão entre esses usuários pode, ainda, subsidiar programas de incentivo à capacitação profissional e a terapias de adesão aos pacientes que estão com dificuldade de aderir aos seus tratamentos contínuos com profissionais da área de saúde capacitados e vinculados aos CAPS.

3. OBJETIVOS

1. Avaliar a adesão a medicamentos psicofármacos entre usuários dos Centros de Atenção Psicossocial em Pelotas com transtornos de humor e com esquizofrenia.
2. Investigar associação entre adesão e características sociodemográficas, do déficit cognitivo e do sofrimento psíquico.
3. Descrever as principais razões de não adesão ao tratamento com psicofármacos dos usuários do CAPS de Pelotas.

4. HIPÓTESES

1. Independentemente do tipo de transtorno, a adesão aos psicofármacos é maior em mulheres, entre os usuários mais jovens, entre os mais escolarizados, os de maior renda familiar percapita e os com menor déficit cognitivo.
2. Independentemente do tipo de transtorno, a adesão é inversamente proporcional ao número de medicamentos utilizados e à quantidade de efeitos adversos.
3. A adesão varia conforme o diagnóstico da doença e conforme o tipo de medicamento.

5. REVISÃO DE LITERATURA

As seguintes estratégias de busca foram utilizadas para a localização de estudos relevantes:

Pubmed (13/08/07), busca realizada por palavras

#1- compliance = 78385 resumos

#2- psychoactive = 3777 resumos

#3- drugs = 734639 resumos

#4- adherence = 45393 resumos

#5- #1 AND #2 = 47 resumos

#6- #1 AND #3 = 9367 resumos

#7- #1 OR #4 AND #2 = 53 resumos

#8- #5 AND #3 = 3348 resumos

Limites:

Idioma: Inglês, português e espanhol

Humanos

Tipo de artigo: Ensaio clínico randomizado, metanálise e revisão.

Idade: Todos os adultos (19 anos ou mais)

Tempo de publicação: 5 anos

Resultado da busca: 271 resumos

Lilacs (27/08/07), busca realizada por palavras

#1- adesão = 1230 resumos

#2- tratamento medicamentoso = 342 resumos

#3- #1 AND #2 = 24 resumos

Scielo (27/08/07), busca realizada por palavras

#1- adesão = 398 resumos

#2- tratamento = 8889 resumos

#3- #1 AND #2 = 148 resumos

Nota: Até o momento, foram selecionados 80 trabalhos, excluindo-se aqueles não relacionados ao tema.

Em abril de 2008 foi realizada uma busca no Pubmed com a palavra “Morisky” onde foram selecionados 117 trabalhos.

Aderir ao tratamento significa aceitar a terapêutica proposta e segui-la adequadamente (KURITA & PIMENTA, 2002). A adesão à terapêutica tem sido considerada fundamental para a resolubilidade de um tratamento (LEITE & VASCONCELLOS, 2003). Segundo Oliveira *et al.* (2003), “a adesão ao tratamento diminui o número de hospitalizações”.

Para Chatkin *et al.* (2006), os pacientes considerados não aderentes a um tratamento podem ter recebido poucas orientações e podem não ter entendido corretamente as informações que lhes foram repassadas.

Em fases assintomáticas de doenças, há tendência de menor utilização dos fármacos prescritos, e nos períodos de maior gravidade e presença de sintomas, o doente tende a tornar-se mais aderente à prescrição e às orientações do médico (LEITE *et al.* 2003, CHATKIN *et al.* 2006).

De acordo com Leite e Vasconcellos (2003), as razões de não adesão ao tratamento medicamentoso são: o acesso econômico aos medicamentos, o número muito alto de medicações prescritas e o esquema terapêutico, mesmo quando o medicamento é fornecido gratuitamente, os efeitos colaterais e a ausência de sintomas em algumas fases da doença. Alguns pacientes não aderem ao tratamento porque se recusam a aceitar que possuem a doença (SANTIN, CERESER & ROSA, 2005).

Leite e Vasconcellos (2003) destacam ainda o importante papel do profissional prescritor. Um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no próprio médico. Sendo assim, é essencial para uma melhor adesão algumas atitudes do prescritor, como linguagem, tempo dispensado para consulta, motivação para o cumprimento da terapia, entre outras.

Conforme salientam Kurita e Pimenta (2002), estudos com doenças crônicas apontam que a melhora do quadro sintomático indica adesão ao tratamento.

Ainda segundo as mesmas autoras, há uma forte relação entre ocorrência de efeitos colaterais e adesão ao tratamento. Essa posição é ratificada por vários autores. É comum os pacientes que apresentam efeitos desagradáveis interromperem o tratamento.

Existem estudos relacionados à adesão ao tratamento medicamentoso contínuo no Brasil e em outros países. Esses estudos procuram traçar um perfil das razões de aderência e não aderência ao tratamento, através de instrumentos de pesquisas variados.

Segundo Rosa *et al.* (2006) e Santin, Cereser e Rosa (2005), existem diversos métodos para medir adesão ao tratamento medicamentoso. Dentre esses métodos, destacam-se: entrevista com o paciente, análise de prescrições anteriores, escalas de adesão, monitoramento terapêutico do fármaco ou metabólico, contagem de pílulas e monitoramento eletrônico da embalagem.

Oliveira *et al.* (2003) realizaram um estudo, em Pelotas, RS, entre maio de 2001 e junho de 2003, em que foi avaliada a adesão ao tratamento entre pacientes que realizavam aplicações de Flufenazina *Depot* no Hospital Espírita de Pelotas. Com pacientes preencheram os critérios de inclusão no estudo. Analisaram-se as seguintes variáveis: idade, sexo, procedência, diagnóstico, posologia, adesão ao tratamento e número de hospitalizações. Considerou-se com boa adesão ao tratamento aqueles pacientes que nos últimos dois meses não apresentaram atraso ou adiamento maior que sete dias nas aplicações. Dos 100 pacientes incluídos no estudo, 59 eram do sexo feminino. Do total de pacientes, 34 não mais se encontravam em tratamento, enquanto 66 permaneciam em regime de aplicação *depot*. Desses, 61% apresentavam boa adesão.

Em estudo de coorte realizado em São Paulo (KURITA E PIMENTA, 2002) sobre adesão ao tratamento da dor crônica, foram selecionados por conveniência 30 pacientes com dor crônica não oncológica, dos quais 26 eram mulheres. As variáveis utilizadas no estudo foram: o número de comprimidos prescritos e ingeridos diariamente, as razões da não adesão relatadas pelo paciente, a ocorrência de efeitos colaterais e o uso de automedicação. A avaliação da adesão foi feita mediante o relato do paciente e classificada em adesão plena (uso correto de todas as medicações), adesão parcial (uso de pelo menos uma das medicações) e não adesão (não utilização de nenhuma das medicações prescritas). Ao final de seis meses, 27 pacientes foram considerados parcialmente aderentes e apenas três plenamente aderentes. A razão mais citada para adesão plena foi “o remédio melhora a dor” (54% a 63,9%). Para a adesão parcial foi citada “sente-se mal, tem efeitos colaterais” (55,6% a

66,6%) e para não adesão “indisponibilidade da farmácia do hospital” (23,1% a 28,9%), “sente-se mal, tem efeitos colaterais” (25%) e “dinheiro insuficiente para comprar” (15,4% a 23,7%). Neste estudo, o índice de adesão ao tratamento foi considerado insuficiente.

Andrade *et al.*, (2002) investigaram aspectos epidemiológicos de aderência ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Foram estudados 401 pacientes hipertensos de 10 cidades da Bahia que não estavam em tratamento com anti-hipertensivo por no mínimo 60 dias. Os questionários foram distribuídos para 31 cardiologistas com consultórios privados, e em ambulatorios do SUS, nas cidades selecionadas. Dos 401 pacientes estudados, 58,4% eram do sexo feminino. A principal causa do abandono do tratamento foi a normalização da pressão arterial (41,3% de homens e 42,3% de mulheres), seguida por efeitos adversos da medicação (31,7% em homens e 24,8% de mulheres), esquecimento do uso da medicação (25,2% de homens e 20,1% de mulheres) e o custo das medicações (21,6% de homens e 20,1% de mulheres).

Chatkin *et al.* (2006) realizaram estudo sobre adesão ao tratamento de manutenção em asma. Médicos de vários estados foram contactados para selecionar pacientes asmáticos moderados ou graves. Foram incluídos 131 pacientes maiores de doze anos oriundos de 15 estados. Os pacientes receberam medicação para o tratamento da asma durante 90 dias, sendo orientados que, após este período, deveriam retornar as embalagens originais para conferência da dosagem total utilizada. Receberam telefonemas da equipe no início e no final de 90 dias para que fosse avaliada a adesão. Foi considerado aderente o paciente que utilizasse no mínimo 85% das doses do medicamento prescrito. A taxa geral de adesão foi de 51,9%. A adesão ao tratamento entre os asmáticos moderados foi de 43% e entre os asmáticos graves foi de 64%. Observou-se neste estudo maior adesão ao tratamento em pacientes com sintomatologia mais grave.

Seidl *et al.* (2006) conduziram um estudo transversal no Distrito Federal sobre adesão ao tratamento anti-retroviral, do qual participaram 101 pacientes HIV+. Mais de 70% dos pacientes apresentaram adesão ao tratamento satisfatória (igual ou superior a 95% no último mês e semana). A adesão foi medida com base no auto-relato sobre o número de comprimidos/cápsulas prescrito em relação ao número de comprimidos/cápsulas não ingeridos. As principais razões para não adesão ao tratamento anti-retroviral relatadas pelos pacientes foram: presença de efeitos colaterais, uso de substâncias psicoativas, dificuldade de adaptação à rotina do tratamento, presença de sentimentos de desesperança e/ou depressão, decisão pessoal de interrupção do uso e crenças de invulnerabilidade diante da AIDS.

No Rio Grande do Norte, Uip e Strabelli (2006) relataram um percentual de 64% de adesão ao tratamento anti-retroviral em 498 pacientes adultos com AIDS.

Em um estudo de coorte (ROSA, MARCOLIN E ELKIS, 2005) sobre avaliação dos fatores de aderência ao tratamento medicamentoso para esquizofrenia, foram incluídos 50 pacientes de dois hospitais públicos de São Paulo, sendo 20 homens e 30 mulheres, acompanhados por um ano. Foi considerada não aderência à falta a duas consultas consecutivas e ingestão de menos de 75% da medicação, o que ocorreu para 48% da amostra. Foi realizada uma entrevista clínica e aplicada uma versão expandida da ROMI (Escala de Influências Medicamentosas), indicando que 88% responderam que aderem ao tratamento porque percebem os benefícios diários, 6% aderem para prevenir recaídas, 4% respeitam a autoridade e 2% têm medo de hospitalização. Pela mesma escala, as razões de não aderência foram, principalmente, efeitos colaterais (36%), o desejo de ser normal (10%) e o constrangimento associado ao tratamento/medicamento (4%).

Em um estudo transversal realizado por Dewulf *et al.*, (2006) sobre adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças crônicas gastrointestinais acompanhados no ambulatório de um hospital universitário da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, foram estudados 110 pacientes, através do teste de Morisky. Este teste é composto por quatro perguntas, com o objetivo de avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento. O paciente é classificado no grupo de alto grau de adesão quando as respostas a todas as perguntas são negativas. Porém, se pelo menos uma resposta é afirmativa, o paciente é classificado no grupo de baixo grau de adesão. O teste também permite discriminar se o comportamento de adesão é do tipo intencional ou não intencional.

Dos pacientes estudados, 63,6% eram homens e 58,2% foram classificados como baixo grau de adesão. Desses, 78,1% apresentaram comportamento de baixa adesão do tipo não intencional, indicando padrões de esquecimento ou de descuido com o horário para tomar o medicamento, 9,4% apresentaram comportamento do tipo intencional, em que o paciente toma a decisão de parar de usar o medicamento quando se sente bem ou quando se sente mal com o uso e 12,5% apresentaram ambos os tipos de comportamento, intencional e não intencional.

Além do estudo de Dewulf *et al.* (2006), também foram encontrados artigos sobre adesão ao tratamento medicamentoso avaliada pelo teste de Morisky em doenças crônicas, como por exemplo: pacientes que utilizavam medicação para tratar hipertensão arterial

(SAMAN *et al.*, 2007), pacientes HIV positivos que faziam uso de anti-retrovirais (PRATT *et al.*, 2001) e pacientes com transtorno bipolar (COPELAND *et al.*, 2008).

Em um estudo realizado por Kikkert *et al.* (2006) sobre aderência à medicação em esquizofrenia, explorando a visão dos pacientes, acompanhantes e profissionais, foram incluídos 27 pacientes, 29 acompanhantes e 28 profissionais de quatro países europeus (Inglaterra, Alemanha, Itália e Holanda). Cuidadores e profissionais tinham que estar acompanhando pacientes por pelo menos dois anos. Pacientes tinham que estar tomando antipsicótico por pelo menos um ano. Os participantes deveriam ter experiência com não adesão e foram incluídos porque tiveram um período clinicamente instável no ano anterior. Através do método de mapa conceitual, cinco relevantes temas clínicos que afetam a aderência foram identificados por pacientes, cuidadores e profissionais: eficácia da medicação, fatores externos (apoio ao paciente e aliança terapêutica), percepção da doença, efeitos adversos, atitudes em relação à medicação. O objetivo do estudo foi explorar fatores que influenciam comportamento de aderência em pacientes com Esquizofrenia.

Pacientes e cuidadores consideraram a eficácia da medicação como a mais importante razão para aderência ao tratamento. Também consideraram importante o apoio profissional e não profissional. Os três grupos consideraram percepção da doença importante, sendo que os profissionais consideraram este como o fator mais importante de aderência ao tratamento. O autocontrole dos efeitos colaterais foi considerado uma característica positiva que os pacientes consideraram muito importante. Os pacientes e cuidadores consideraram mais importantes os efeitos positivos da medicação, os profissionais consideraram os aspectos negativos mais importantes. Os profissionais consideraram os efeitos colaterais o segundo fator mais importante, e conseqüentemente parecem superestimar a importância relativa dos efeitos colaterais (KIKKERT *et al.*, 2006).

Esse estudo apresenta limitações, na medida em que se baseia apenas em fatores que envolvem o processo de tomada de decisões do paciente. Alguns fatores que são correlatos com o comportamento de aderência ficaram de fora, como por exemplo, características sócio-demográficas. Pacientes incluídos no estudo tiveram período de instabilidade no ano anterior, e talvez isso pode ter feito com que eles ressaltassem fatores que influenciam negativamente a adesão. O mapeamento conceitual não só ajudou a traçar um panorama geral dos fatores que levam à decisão da aderência como também ajudou a diferenciar as visões de pacientes e profissionais.

Na Tailândia, através de ensaio clínico randomizado (MANEESAKORN *et al.*, 2006), foi avaliada a efetividade da terapia de aderência em pacientes esquizofrênicos, comparada

com o tratamento usual para melhorar os sintomas psicóticos. Nesse estudo, 32 pacientes foram randomicamente alocados para receber oito sessões semanais de terapia de aderência ou continuar com seus tratamentos usuais (16 em cada grupo).

No grupo de terapia de aderência participaram 13 homens e no de tratamento usual, 10 homens. Nove semanas depois, foi identificada uma melhora estatisticamente significativa nos sintomas psicóticos, em atitudes referentes à medicação e satisfação com os medicamentos nos pacientes que receberam terapia de aderência em relação ao outro grupo. Desses, um paciente teve piora dos sintomas clínicos. Foram utilizados quatro instrumentos para avaliar as diferenças do tratamento usual e de terapia de aderência. O número de efeitos colaterais foi menor no grupo de tratamento usual, pois estes tomaram mais antipsicóticos atípicos do que o outro grupo. Os autores concluem que uma boa relação com o terapeuta pode ter impacto nos sintomas do paciente.

Entre as limitações do estudo, pode-se citar o fato de ter sido utilizado um único terapeuta, o pequeno número de pacientes, os critérios estritos de exclusão, o acompanhamento a curto prazo e a ausência de uma medida tailandesa confiável de aderência.

Sajatovic *et al.* (2006) realizaram um estudo nos Estados Unidos em que foram avaliados quanto à aderência ao tratamento através de auto-relato, 323 veteranos com desordem bipolar. A aderência ao tratamento foi obtida por entrevistas enquanto os pacientes estavam internados. Foram questionados pelo uso da medicação nos últimos 30 dias. A taxa de adesão foi derivada de cinco possíveis respostas dos pacientes.

- 1: Nunca deixou de tomar a medicação;
- 2: Deixou de tomar algumas vezes, mas pelo menos tomou 90% das dosagens prescritas;
- 3: Deixou de tomar várias vezes, mas tomou pelo menos metade do que foi prescrito;
- 4: Tomou menos da metade da medicação;
- 5: Parou de tomar toda a medicação.

Dos pacientes estudados, 35% nunca deixaram de tomar a medicação prescrita, 22% pararam de tomar toda a medicação (29 pacientes) ou tomaram menos da metade (42 pacientes), 28% tomaram pelo menos 90% e 14% tomaram pelo menos a metade dos medicamentos. Os indivíduos que eram aderentes estavam tomando mais medicamentos do que os não aderentes.

Em um estudo de Cooper *et al.* (2007), 12.792 adultos entre 16 e 74 anos foram pesquisados através de um questionário. Desses, 6,3% (634) responderam tomar pelo menos

uma droga psiquiátrica oral (antidepressivo, antipsicótico, antimaníaco, hipnótico ou ansiolítico). Foi considerada não aderente ao tratamento a pessoa que relatou pelo menos uma vez não tomar o medicamento prescrito, o que ocorreu para 34,2% da amostra. As principais razões apontadas para o não uso da medicação foram: esquecimento (37,4%), achar que é desnecessário tomar o fármaco (24,6%), não querer tomar o fármaco (18,9%), efeitos colaterais (14,2%) e 7,2% dos entrevistados deram outros motivos, dentre eles, a preocupação de combinar a medicação com álcool.

Tabela 1. Resumo dos principais estudos localizados.

Autor/Ano/Local	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Resultados	Observações
Marcolin e Elkis (2005) São Paulo	50 pacientes de 2 hospitais públicos com Esquizofrenia acompanhados por 1 ano	Coorte	Não aderência 48% Razões de não aderência: Efeitos colaterais, Desejo de ser normal, constrangimento associado ao tratamento/medicamento, negação à doença, não percepção dos benefícios diários do tratamento, considerar dispensável a medicação, esquecimento	40% dos entrevistados relataram que não tinham nenhum motivo para não aderência
Andrade <i>et al.</i> (2002) Bahia	401 pacientes com HAS de 10 cidades do estado da Bahia	Transversal	Aproximadamente 50% de aderência Razões de não aderência: Normalização da PA, efeitos adversos, Esquecimento, custo da medicação	
Chatkin <i>et al.</i> (2006) 15 estados	131 pacientes asmáticos oriundos de 15 estados que receberam medicação para tratamento da asma	Ensaio Clínico	Taxa geral de adesão 51,9% 43% adesão asmáticos moderados 64% adesão asmáticos graves	Maior adesão entre pacientes com sintomatologia grave
Seidl <i>et al.</i> (2006) Distrito Federal	101 pacientes HIV+	Transversal	72,3% adesão satisfatória Razões para não adesão: Efeitos colaterais, uso de substâncias psicoativas, dificuldade de adaptação à rotina do tratamento, sentimento de desesperança e/ou depressão, decisão pessoal de interrupção,	

Autor/Ano/Local	Amostra	Tipo de Estudo	Principais Resultados	Observações
Kurita e Pimenta (2003) São Paulo	30 pacientes com dor crônica	Coorte	crença de invulnerabilidade diante da AIDS 27 pacientes parcialmente aderentes 3 pacientes plenamente aderentes Razões de não aderência: indisponibilidade da farmácia do hospital, efeitos colaterais, dinheiro insuficiente para comprar	A adesão ao tratamento foi considerada insuficiente
Sajatovic <i>et al.</i> (2006) Estados Unidos	323 veteranos com transtorno bipolar	Transversal	35% nunca deixou de tomar a medicação 22% parou de tomar tudo ou tomou menos da metade 28% tomou pelo menos 90% da medicação 14% tomou pelo menos a metade	Baixo número de mulheres no estudo
Maneesakorn <i>et al.</i> (2007) Tailândia	32 pacientes com esquizofrenia, metade recebeu terapia de aderência, outra metade recebeu tratamento convencional	Ensaio clínico randomizado	Pacientes que receberam terapia de adesão tiveram melhora de mais de 25% em relação ao tratamento usual	Quatro instrumentos para avaliar as diferenças entre os tratamentos
Kikkert <i>et al.</i> (2006) Europa	27 pacientes com esquizofrenia 29 cuidadores 28 profissionais	Coorte	Pacientes e cuidadores consideraram eficácia do tratamento como a principal razão de aderência Profissionais consideraram percepção da doença a principal razão de aderência	

6. MÉTODOS

6.1 Delineamento

Estudo transversal aninhado a uma coorte.

6.2 População alvo

Portadores de sofrimento psíquico, usuários de todos os CAPS da cidade de Pelotas.

6.3 Amostragem e Logística

Após a apresentação do projeto ao Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, foram visitados todos os sete CAPS da cidade a fim de coletar os dados necessários à constituição da coorte.

Através de um formulário especialmente confeccionado para a extração dos dados, uma equipe de auxiliares de pesquisa identificou 1.151 usuários em atendimento nos meses de abril e maio de 2006. Após a sistematização desses formulários em planilhas por CAPS, uma equipe de auxiliares de pesquisa – aqui denominados de batedores - percorreu a cidade para localizar os endereços, explicar os propósitos do estudo, convidar para participar e agendar as entrevistas. A primeira visita foi feita a 1.013 usuários (88%) entre junho e agosto de 2006. Nos meses de maio a agosto de 2007 foi realizada a segunda visita, ocasião em que foram obtidos os dados para a avaliação da adesão aos medicamentos. Foi possível entrevistar 875 usuários (86%), com uma perda de acompanhamento de 138 usuários em relação à primeira visita.

6.4 Pessoal envolvido

Os entrevistadores foram selecionados entre alunos de Psicologia, Serviço Social e Comunicação – da UCPEL – e de Enfermagem e Obstetrícia, da UFPEL. Participaram de uma oficina de capacitação de oito horas e foram acompanhados semanalmente para supervisão do trabalho de campo.

6.5 Instrumentos

Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, com justificativa, objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa, bem como garantia de sigilo dos participantes, os usuários e seus responsáveis, foram entrevistados através de questionários próprios especialmente desenvolvidos para este fim. O primeiro continha informações gerais sobre os usuários e o segundo continha informações específicas sobre cada medicamento psicofármaco utilizado (Anexo I e Anexo II, respectivamente). Para cada um desses instrumentos foi elaborado um manual de instruções com o objetivo de padronizar a coleta de dados.

6.6 Variáveis

6.6.1 Variável dependente

A variável dependente é adesão ao tratamento, aferida através dos seguintes indicadores:

- 1) necessidade de uso diário do medicamento, se deixou de usar nos 15 dias anteriores à entrevista e os motivos para isso
- 2) não adesão intencional
- 3) não adesão não intencional

O teste de Morisky, constituído das seguintes questões, será utilizado para os indicadores 2 e 3, da seguinte forma:

Para o indicador 3:

1. Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio?
2. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?

Para o indicador 2:

3. Quando você se sente bem, algumas vezes, você deixa de tomar seu remédio?
4. Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?

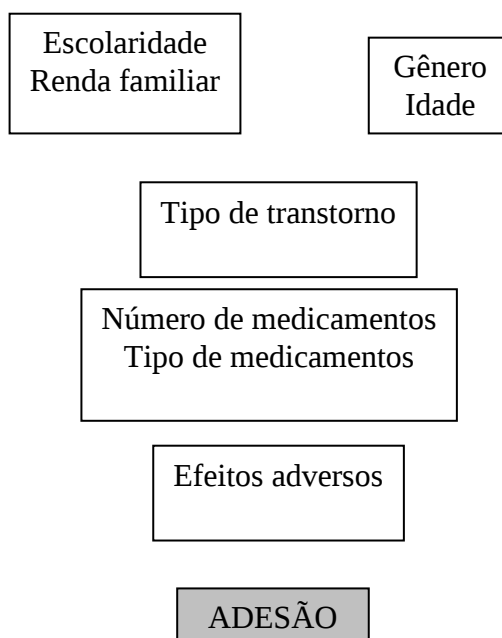
6.6.2 Variáveis independentes

O Quadro abaixo apresenta as principais variáveis independentes:

Quadro I. Variáveis independentes.

Variável	Categorias
Gênero	Masculino / Feminino
Idade	Em anos completos
Escolaridade	Em anos completos
Renda familiar	Em salários mínimos <i>per capita</i>
Diagnóstico principal	Orgânicos Abuso de substâncias Esquizofrenia Transtornos do humor Neuroses Transtornos de personalidade Retardo mental Outros
Número de medicamentos	Um, dois, três ou mais
Efeitos adversos	Tipo e quantidade

6.6.3 Modelo de análise



6.7 Controle de Qualidade

Durante os dois acompanhamentos, por amostragem aleatória, 15% dos questionários aplicados foram refeitos através de contato telefônico por um entrevistador independente para verificação de consistência entre as respostas. Ao final das análises, será possível calcular o coeficiente Kappa, que mede a concordância inter-observadores não devida ao acaso.

6.8 Processamento e análise de dados

Após a coleta dos dados, inicialmente os questionários tiveram suas questões fechadas codificadas. As respostas às perguntas abertas foram tabuladas e codificadas. Por fim, foram revisados por auxiliares de pesquisa que não haviam feito a codificação. Duas digitações independentes foram realizadas no Programa EPI-INFO 6.04d, cuja estrutura foi preparada para verificação de amplitude e consistência das variáveis. Após a edição final dos bancos de dados, estes foram convertidos para o pacote estatístico SPSS 13.0, no qual foram feitas as análises.

Para o questionário da adesão, utilizou-se a classificação de medicamentos apresentada no Anexo III.

Serão obtidas frequências simples de todas as variáveis. Para as quantitativas serão obtidas as medidas de tendência central e dispersão, de modo a testar a normalidade de suas distribuições.

Uma vez que o desfecho é dicotômico, as prevalências entre as categorias das variáveis independentes serão comparadas através do teste do qui-quadrado. Como o estudo é transversal, a medida de efeito a ser obtida nas análises será a Razão de Prevalências com intervalo de confiança de 95%.

Para estimar os efeitos independentes dos fatores estudados sobre o desfecho, será utilizada a regressão de Poisson (para prevalências maiores do que 10%). Para a entrada das variáveis, considerar-se-á associações com $p < 0,20$, de acordo com modelo hierárquico.

6.9 Divulgação dos resultados

Os relatórios parciais e finais do estudo serão a fonte inicial de divulgação dos resultados para os CAPS e para a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, serão elaborados artigos e apresentações para divulgação dos resultados para os meios acadêmicos e para o público em geral.

Prevê-se a realização de um seminário ao final do estudo, com os profissionais dos CAPS, para apresentação e discussão dos resultados, como forma de devolução e aprimoramento da estrutura dos CAPS locais.

Todos os instrumentos e materiais utilizados na pesquisa serão disponibilizados aos profissionais de saúde dos serviços e dos níveis centrais de gestão, bem como às Escolas de Medicina, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, de ambas as Universidades.

Os resultados serão publicados em periódicos de divulgação científica de primeira linha, contribuindo para a qualificação dos pesquisadores e programas de pós-graduação das instituições envolvidas, além de disponibilizar referências para iniciativas de organização e avaliação de serviços de saúde mental;

6.10 Aspectos Éticos

A proposta envolve exclusivamente a realização de observações e entrevistas, aplicação de questionários e discussão em grupos focais, não incluindo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. Esta característica torna o estudo de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde na publicação “*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*” (CIOMS, 1993).

A participação dos indivíduos no estudo – tanto de usuários dos CAPS e seus familiares, como de profissionais de saúde, – ocorrerá através de consentimento informado. A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar serão plenamente garantidos.

A proposta de pesquisa foi submetida às Comissões de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, instituição colaboradora neste projeto, tendo sido aprovada.

8. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Jadelson P. *et al.* Epidemiological Aspects of Adherence to Treatment of Hypertension. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Salvador, Bahia, v. 79, n. 4, p. 380-384, 2002.

ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Ministério da Saúde: Brasília, 2007, 85p.

CHATKIN, José Miguel *et al.* Adesão ao tratamento de manutenção em asma (estudo ADERE). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 32, n. 4, 2006.

COOPER, C. *et al.* Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. **Acta Psychiatric Scandinavian**, Inglaterra, v.116, p. 47-53, 2007.

COPELAND, L. A., *et al.* Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. **Journal of Nervous and Mental Disease**, United States, v. 196, 16-21, 2008.

DEWULF, Nathalie de Lourdes Souza *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 4, 2006.

GONÇALVES, Helen *et al.* Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 1999.

KIKKERT, Martijn J. *et al.* Medication Adherence in Schizophrenia: Exploring Patients', Carers' and Professionals' Views, **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 32, n. 4, 2006.

KURITA, Geana Paula; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Adesão ao Tratamento da Dor Crônica: Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 2B, 2002.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2003.

MANEESAKORN, Suparpit *et al.* Na RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. **Journal of Clinical Nursing**, Londres, v. 16, p. 1302-1312, 2007.

OLIVEIRA, José Menna *et al.* Adesão ao tratamento e hospitalizações entre pacientes que realizam aplicações de Flufenazina Depot. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, 2003.

PRATT, Robert *et al.* Adherence to antiretroviral therapy: appropriate use of self-reporting in clinical practice. **HIV Clinical Trials**, Inglaterra, v. 2, 146-59, 2001.

ROSA, Adriane Ribeiro *et al.* Monitoramento da adesão ao tratamento com lítio. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, 2006.

ROSA, Alexandre Moacyr; MARCOLIN, Marco Antônio; ELKIS, Hélio. Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, 2005

SAJATOVIC, Martha *et al.* Self-Reported Medication Treatment Adherence Among Veterans With Bipolar Disorder. **Psychiatric Services**, EEUU, v. 57, n. 1.

SAMAN, Hashmik *et al.* Factors associated with adherence to anti-hipertensive treatment in Pakistan. **Plos One**, v. 2 (3), n. 280, 2007.

SANTIN, Aínda; CERESER, Keila; ROSA, Adriane. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, suppl. 1, 2005.

SEIDL, Maria Fleury *et al.* Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2007.

UIP, David Everson; STRABELLI, Tânia Mara Varejão. Adesão ao tratamento anti-retroviral. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 2, 2006.

ANEXO I - QUESTIONÁRIO DO USUÁRIO - ACOMPANHAMENTO

 CAPS e cuidados psicossociais em Pelotas UCPM UPM CAPS	PROJETO CAPS - QUESTIONÁRIO DO USUÁRIO ACOMPANHAMENTO Escola de Psicologia - UCPEL Faculdade de Medicina e Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia – UFPEL			
CAPS: _____		caps ____		
USUÁRIO (A): _____		nu ____		
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____				
PONTO DE REFERÊNCIA / OBSERVAÇÕES:				
ÔNIBUS: _____				
FONE: _____				
FAMILIAR / CUIDADOR: _____				
<u>APRESENTAÇÃO</u> BOM DIA (BOA TARDE). MEU NOME É ____ E TRABALHO NA PESQUISA DAS UNIVERSIDADES CATÓLICA E FEDERAL SOBRE OS CAPS AQUI DE PELOTAS. ESSA É A SEGUNDA VISITA QUE ESTAMOS LHE FAZENDO E SE O SR(A) PUDESSE COLABORAR, GOSTARIA DE FAZER UMAS PERGUNTAS, MAS ANTES EU QUERO ENTREGAR ESTE DOCUMENTO QUE EXPLICA A PESQUISA E PEDE SUA AUTORIZAÇÃO PARA CONTINUARMOS. (APRESENTAR TERMO DE CONSENTIMENTO).				
PERGUNTE SOBRE O FAMILIAR / CUIDADOR: (1) Cuidador é o mesmo do TC1 → QUEST DE FAMILIAR → A (2) Cuidador não é mais o mesmo do TC1 → QUEST DE FAMILIAR → B (3) Não tinha familiar / cuidador no TC1, e agora tem → QUEST DE FAMILIAR → B (4) Tinha cuidador no TC1, agora não tem → APLIQUE APENAS ESTE QUESTIONÁRIO. (5) Continua não tendo cuidador → APLIQUE APENAS ESTE QUESTIONÁRIO.		sitfatc2 ____		
4. DATA DA PRIMEIRA ENTREVISTA: ____ / ____ / 2 0 0 ____ 5. Data da entrevista: ____ / ____ / 2007 6. Hora de início: ____ : ____		de2 ____		
7. Entrevistador: _____		entrev2 ____		

8. Local da entrevista: (1) domicílio do usuário (2) domicílio do cuidador (3) CAPs (4) outro local:		local2 __
ANTES DE FALAR SOBRE SUA SAÚDE GOSTARIA DE SABER SE:		
9. Atualmente, vive com algum(a) companheiro(a)? (1) Sim (2) Não CRS: (1) sim (2) não		comp2 __ crcom2 __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA SAÚDE		
10. Por qual problema o Sr.(a) está se tratando (ou se tratava) no CAPS? _____ CRS: (1) sim (2) não		probus2 __ __ __ __ crprob2 __
11. Pense em todos os remédios que usou nos últimos 15 dias. Pode ser qualquer remédio, como pílulas, comprimidos, xaropes, gotas, chás, ervas, produtos naturais ou qualquer outro, que use <u>para seu problema sempre ou só de vez em quando</u>. Nos últimos 15 dias, o(a) Sr.(a) usou algum remédio para seu problema? (1) sim (2) não PULAR PARA 13 CRS: (1) sim (2) não		medic2 __ crmedi2 __
12. Qual o nome dos remédios que o(a) Sr.(a) está usando nos últimos 15 dias? SE O(A) SR.(A) tem em casa ou com o Sr.(a), PODERIA me TRAZER AGORA AS RECEITAS ou AS CAIXAS DOS REMÉDIOS QUE USOU nos ÚLTIMOS 15 DIAS? 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ Total de remédios usados: __ __ remédios AGORA VAMOS FALAR DE ALGUNS DESSES REMÉDIOS → FOLHAS EXTRAS		psi12 __ __ psi22 __ __ psi32 __ __ psi42 __ __ psi52 __ __ psi62 __ __ psi72 __ __ psi82 __ __ totre2 __ __
13. Nos últimos 3 meses, o(a) Sr.(a)... LER OPÇÕES Consultou no posto de saúde mais perto da sua casa? (1) sim (2) não Consultou em outro posto de saúde? (1) sim (2) não Consultou com especialista? Qual? _____ (1) sim (2) não Consultou com médico particular? (1) sim (2) não Foi atendido(a) no Pronto-Socorro? (1) sim (2) não Foi atendido no Hospital Espírita? (1) sim (2) não Foi atendido(a) em outro local? Qual? _____ (1) sim (2) não CRS: (1) sim (2) não		conpsaa2 __ conoup2 __ conesp2 __ cqesp2 __ __ conpart2 __ atenps2 __ athesp2 __ atenout2 __ cqout2 __ __ crambu2 __

14. E desde <DATA ENTREVISTA 1 >, o(a) Sr.(a)... <i>LER OPÇÕES</i> Baixou no hospital Espírita? (__ __) Número de vezes (00) Nenhuma vez Baixou em algum outro hospital? (__ __) Número de vezes (00) Nenhuma vez SE SIM: Onde foi que internou pela última vez? _____ Qual o motivo da internação? _____ Precisou se internar, mas não tinha leito? Quantas vezes? __ __ (00) Nenhuma vez (77) Muitas vezes, não sabe quantas CRS: (1) sim (2) não	baihesp __ __ baixout __ __ locbaix __ __ motbaix __ __ nleito2 __ __ crhosp2 __
15. O(a) Sr.(a) descreveria a sua saúde nos últimos 30 dias como... <i>LER OPÇÕES</i> (1) Ruim (2) Regular (3) Boa (4) Muito boa (5) Excelente CRS: (1) sim (2) não	saufis2 __ crsauf2 __
AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE RELIGIÃO E ESTUDO	
16. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) foi à missa, ou culto, ou sessão... <i>LER OPÇÕES</i> (1) todos os dias (2) mais de uma vez por semana (3) uma vez por semana (4) uma vez por mês (5) quando precisa (6) nenhuma vez CRS: (1) sim (2) não	frere302 __ crfrer2 __
17. O Sr.(a) está estudando ou fazendo algum curso em algum colégio? (1) Sim (2) Não PULAR PARA 19 18. SE SIM: O que o(a) Sr.(a) está estudando / cursando e qual série o(a) Sr.(a) está fazendo? Estudando _____ Série __ __ Grau __ __ CRS: (1) sim (2) não	estago2 __ qestag2 __ __ qser2 __ qgra2 __ crestag2 __
AGORA VOU LHE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA	
19. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício. __ __ dias (0) nenhum → PULAR PARA 21 (9) IGN CRS: (1) sim (2) não	acamdia __ cracamd __
20. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, <u>caminhou por dia</u>? __ __ __ minutos por dia (888) NSA (999) IGN CRS: (1) sim (2) não	aminca __ __ __ craminc __
AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA	
21. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez <u>atividades fortes</u>, que fizeram o(a) sr(a) suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos <u>pesados</u> em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo. __ __ dias (0) nenhum → PULAR PARA 23 (9) IGN CRS: (1) sim (2) não	afordia __ craford __

22. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, <u>fez atividades fortes por dia</u> ____ minutos por dia (888) NSA (999) IGN	aminfor ____
23. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) fez <u>atividades médias</u> , que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u> ? Por exemplo: pedalar em ritmo <u>médio</u> , nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc. ____ dias (0) nenhum → PULAR PARA 25	amedia ____
24. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias por dia? ____ minutos p/dia (888) NSA (999) IGN CRS: (1) sim (2) não	amind ____ cramind ____
AGORA VAMOS FALAR DE OUTRAS COISAS QUE O(A) SR.(A) PARTICIPA	
25. Desde <DATA ENTREVISTA 1> até agora, o(a) Sr.(a) participou de reunião na Associação dos Familiares e Usuários dos CAPS? (1) Sim (2) Não PULAR PARA 29 CRS: (1) sim (2) não	assus2 ____ crassu2 ____
26. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) participou? ____ Há ____ anos e ____ meses (00) menos de um ano / menos de um mês (99) Não sabe / não lembra CRS: (1) sim (2) não	assus2a ____ assus2m ____ crassut2 ____
27. De que atividades o(a) Sr.(a) participou nesta Associação? ____ CRS: (1) sim (2) não	ativas2 ____ crassua2 ____
28. O que mais o(a) Sr.(a) acha que esta associação deveria fazer? ____ CRS: (1) sim (2) não	maisas2 ____ crmais2 ____
29. Também desde <DATA ENTREVISTA 1> até agora, o(a) Sr.(a) participou de alguma Associação de Bairro? (1) Sim (2) Não PULAR PARA 31 CRS: (1) sim (2) não	assoba2 ____ crassob2 ____
30. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) participou? ____ Há ____ anos e ____ meses (00) menos de um ano / menos de um mês (99) Não sabe / não lembra CRS: (1) sim (2) não	assob2a ____ assob2m ____ crassb2 ____
31. Também desde <DATA ENTREVISTA 1> até agora, o(a) Sr.(a) participou de alguma reunião em algum sindicato ou associação de empregados? (1) Sim (2) Não PULAR PARA 33 (8) NSA (não trabalha) CRS: (1) sim (2) não	sindic2 ____ crsind2 ____
32. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) participou? ____ Há ____ anos e ____ meses (00) menos de um ano / menos de um mês (99) Não sabe / não lembra CRS: (1) sim (2) não	sindi2a ____ sindi2m ____ crsind2 ____
33. Também desde <DATA ENTREVISTA 1> até agora, o(a) Sr.(a) participou de algum partido político? (1) Sim (2) Não PULAR PARA 35 CRS: (1) sim (2) não	ppol2 ____ crppol2 ____
34. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) participou? ____ Há ____ anos e ____ meses (00) menos de um ano / menos de um mês (99) Não sabe / não lembra	ppol2a ____ ppol2m ____

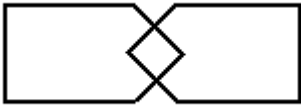
CRS: (1) sim (2) não		crppot2 __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O QUE O(A) SR(A) FAZ PARA SE DIVERTIR / DISTRAIR		
35. Nos últimos 15 dias, o(a) Sr.(a) assistiu televisão? (1) Sim (2) Não (8) Não tem televisão PULE PARA 38 36. Quando assiste televisão, o(a) Sr.(a) gosta de ver ... <i>LER OPÇÕES</i> Filmes? (1) Sim (2) Não Novelas? (1) Sim (2) Não Noticiário? (1) Sim (2) Não Jogos? (1) Sim (2) Não Outro? Qual? _____		tv152 __ film2 __ nove2 __ notitv2 __ jogtv2 __ outtv2 __ crtv2 __
CRS: (1) sim (2) não		
37. Quando assiste TV, quantas horas por dia, mais ou menos, o(a) Sr.(a) costuma ver televisão? __ __ horas (99) Não sabe (88) Não vê TV 38. Nos últimos 15 dias, o(a) Sr.(a) escutou rádio? (1) Sim (2) Não (8) Não tem rádio PULE PARA 40 39. Quando o(a) sr(a) escuta rádio, gosta de escutar... <i>LER OPÇÕES</i> Música? (1) Sim (2) Não Noticiário? (1) Sim (2) Não Jogos? (1) Sim (2) Não Outro? Qual? _____		tvhdia2 __ __ rad302 __ musi2 __ notrad2 __ jograd2 __ outrad2 __ crrad2 __
CRS: (1) sim (2) não		
40. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) ... <i>LER OPÇÕES</i> Leu algum jornal? (1) Sim (2) Não Leu alguma revista? (1) Sim (2) Não Foi ao cinema? (1) Sim (2) Não Foi a algum jogo? (1) Sim (2) Não Foi a algum bingo? (1) Sim (2) Não Foi a uma festa? (1) Sim (2) Não Foi passear? (1) Sim (2) Não Jogou cartas? (1) Sim (2) Não Viajou para outra cidade? (1) Sim (2) Não Fez outra coisa, qual? _____		jornal2 __ revist2 __ cinem2 __ jogo2 __ bingo2 __ festa2 __ passe2 __ carta2 __ viajou2 __ oullaz2 __ crlaz2 __
CRS: (1) sim (2) não		
<i>Agora eu vou lhe mostrar uma série de rostos que vai desde uma pessoa que está muito feliz (apontar para a face que mostra alegria máxima) até uma pessoa que está muito triste (apontar para a face que mostra tristeza máxima), passando por estas faces (apontar para as faces intermediárias).</i> 41. Qual destes rostos mostra o jeito como o(a) Sr.(a) se sentiu na maior parte do tempo, desde <MÊS> do ano passado? __		carin2 __ crcari2 __
CRS: (1) sim (2) não		
42. Nos últimos 15 dias, o (a) Sr.(a) teve relação sexual? (1) Sim (2) Não		sex152 __ crsex2 __
CRS: (1) sim (2) não		
43. Se comparar a sua saúde em geral hoje e a de um ano atrás, como o(a) Sr.(a) diria que ela está agora ... <i>LER OPÇÕES</i> (1) Muito melhor agora do que há um ano atrás (2) Um pouco melhor agora do que há um ano atrás (3) Quase a mesma de um ano atrás (4) Um pouco pior agora do que há um ano atrás (5) Muito pior agora do que há um ano atrás		sfano2 __ __ crsfano2 __
CRS: (1) sim (2) não		

não	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O CAPS	
44. O(A) Sr.(a) continua se tratando no CAPS? (1) sim PULAR PARA 47 (2) não CRS: (1) sim (2) não 45. Quando ou qual data (dia/ mês e ano) é que o(a) sr.(a) foi ao CAPs pela última vez? ____/____/____ 46. Por que o(a) Sr.(a) não está indo no CAPS? _____ _____ _____ → PULAR PARA 51 47. Qual é o CAPS que o Sr.(a) está indo agora? _____ (8) NSA	contin ____ crconti2 ____ dtcault ____/____/____ pqncap ____ capsago ____
48. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) foi neste CAPS... LER AS OPÇÕES (1) Todos os dias (2) Duas ou três vezes por semana (3) Uma vez por semana (4) De 15 em 15 dias (5) Uma vez por mês (6) Não foi nenhuma vez (8) NSA SE NÃO FOI NENHUMA VEZ NESTES ÚLTIMOS 30 DIAS (OPÇÃO 6): Por que não foi nos últimos 30 dias? _____ _____	ufre30d ____ pqnaof ____
49. Desde <DATA ENTREVISTA 1> até agora, alguém do CAPS veio / foi na sua casa lhe fazer uma visita? (1) Sim (2) Não PULAR PARA 51 CRS: (1) sim (2) não	vdse2 ____ crvd2 ____
50. SE SIM: Por que vieram / foram lhe fazer uma visita? _____ (99) não sei CRS: (1) sim (2) não	sitvd2 ____ crpqv2 ____
51. Pensando no CAPS, o que o(a) Sr.(a) <u>mais gosta / gostava</u> de lá? _____ _____ CRS: (1) sim (2) não	gcps12 ____ gcps22 ____ gcps32 ____ crmago2 ____
52. E do que o(a) Sr.(a) <u>menos gosta / gostava</u> no CAPS? _____	ngcps12 ____ ngcps22 ____

_____ CRS: (1) sim (2) não	ngcps32 __ __ crmegeo2 __
<u>ATENÇÃO: AS PERGUNTAS 53 A 61 SÓ DEVEM SER FEITAS SE O USUÁRIO AINDA ESTÁ FREQUENTANDO O CAPS. SE NÃO FREQUENTA MAIS, VÁ PARA A PERGUNTA 63.</u>	
53. O(A) Sr.(a) está participando de alguma oficina no CAPS? (1) sim (2) sim, mas não foi no último mês (RESPOSTA 6 DA PERG. 48) (3) não PULAR PARA 57 (8) NSA 54. SE SIM: Qual(is) a(s) oficina(s) que o(a) sr(a) está participando? a. _____ b. _____ (88) NSA 55. Qual a sua opinião sobre a(s) oficina(s)? a. _____ b. _____ (88) NSA 56. O(a) Sr.(a) gostaria de participar de outras oficinas? (00) Não () Sim, qual(is)? _____ (88) NSA CRS: (1) sim (2) não	ofic2 __ qofic12 __ __ qofic22 __ __ opifi12 __ __ opifi22 __ __ goutof2 __ __ crofic2 __
57. Sem ser as oficinas, o(a) Sr.(a) participou de algum grupo no CAPS nos últimos 30 dias? (1) sim (2) não PULAR PARA 60 (8) NSA 58. SE SIM: Qual(is) o(s) grupo(s) que o(a) Sr.(a) está participando? a. _____ b. _____ (88) NSA 59. Qual a sua opinião sobre o(s) grupo(s)? a. _____ (88) NSA b. _____ CRS: (1) sim (2) não	grup2 __ qgrup12 __ __ qgrup22 __ __ opigru12 __ __ opigru22 __ __ crgru2 __
60. E fora as oficinas e os grupos, quando o(a) Sr.(a) vai no CAPS, o que mais faz lá? a. _____ b. _____ c. _____ (88) NSA CRS: (1) sim (2) não	outat12 __ __ outat22 __ __ outat32 __ __ crouat2 __
61. Na sua opinião, o atendimento no CAPS poderia ser melhorado? (1) Sim (2) Não PULAR PARA 63 (8) NSA CRS: (1) sim (2) não	melhor2 __ crmelh2 __
62. SE SIM: O que o(a) Sr.(a) sugeriria para melhorar? _____ _____ CRS: (1) sim (2) não	mel12 __ __ mel22 __ __ crsuge2 __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE TRABALHO	
63. O(A) Sr.(a) está trabalhando? (1) Sim (2) Não PULAR PARA 71 (3) Nunca trabalhou PULAR PARA 71 CRS: (1) sim (2)	trab2 __ crjatra2 __

não		
SE ESTÁ TRABALHANDO:		
64. Onde trabalha? _____		onde12 __ __
65. Que tipo de trabalho faz? _____		tra12 __ __ __
66. Quem mais participa deste trabalho? _____		mais12 __
67. Há quanto tempo está neste trabalho? __ __ anos e __ __ meses		tra1a2 __ __
		tra1m2 __ __
		dinhe12 __
68. Recebe dinheiro por este trabalho? (1) Sim (2) Não PULAR PARA 70		reais12 __ __ __
SE RECEBE DINHEIRO:		
69. Quanto recebeu no mês passado? __ __ __ __ reais		__
SE NÃO RECEBE DINHEIRO:		
70. O(a) Sr.(a) recebeu alguma outra coisa pelo trabalho, sem ser dinheiro, como roupas, comida, presentes? (1) Sim (2) Não		outrec12 __
71. O(A) sr(a) está aposentado(a)? (1) sim (2) não PULAR PARA 75		apose2 __
SE SIM:		
72. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está aposentado(a)? __ __ anos e __ __ meses (88) NSA		aposa2 __ __
73. Está aposentado(a) por qual motivo? _____		aposm2 __ __
74. Quanto o(a) Sr.(a) recebe de aposentadoria por mês? __ __ __ __ reais por mês		apoq2 __ __
		renap2 __ __ __ __
75. O(a) Sr.(a) está encostado(a) ou recebe pensão? (1) sim, encostado (2) sim, pensionista (3) não PULAR PARA 79		encos2 __
SE SIM:		
76. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está encostado(a) ou recebe pensão? __ __ anos e __ __ meses		encosa2 __ __
		encosm2 __ __
77. Está encostado(a) ou recebe pensão por qual motivo? _____		encpq2 __ __
78. Quanto recebe por estar encostado ou da pensão por mês? __ __ __ __ reais por mês		renlic2 __ __ __ __
		crapos2 __
CRS: (1) sim (2) não		
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUNS HÁBITOS		
79. O(A) Sr.(a) tomou alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não <u>MINI-MENTAL</u> CRS: (1) sim (2) não		bbalc2 __
		crbba2 __
80. Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (1) Sim (2) Não CRS: (1) sim (2) não		cage12 __
		crcag12 __
81. As pessoas lhe aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não CRS: (1) sim (2) não		cage22 __
		crcag22 __
82. O(A) Sr.(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não CRS: (1) sim (2) não		cage32 __
		crcag32 __
83. O(A) Sr.(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (1) Sim (2) Não CRS: (1)		cage42 __
		crcag42 __

sim (2) não		
PARA TERMINAR, GOSTARIA DE FAZER DE NOVO PERGUNTAS SOBRE SUA MEMÓRIA E RACIOCÍNIO. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS E EU GOSTARIA QUE O SR.(A) PRESTASSE ATENÇÃO E RESPONDESSE TODAS AS PERGUNTAS DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.		
84. Qual é a <LEIA AS ALTERNATIVAS> em que estamos? • O dia da semana: _____ • O dia do mês: _____ • O mês: _____ • O ano: _____ • A hora aproximada: _____: _____		dias2 ____ diam2 ____ mês2 ____ ano2 ____ hora2 ____
85. Qual é <LEIA AS ALTERNATIVAS> onde estamos? • A cidade () Pelotas () outra () não sabe • O bairro: _____ () outro () não sabe • O estado () RS () outro () não sabe • O país () Brasil () outro () não sabe • A peça da casa/apto: _____ () outra () não sabe SE ESTIVER NA RUA, PERGUNTE: • Em que lado da sua casa estamos? _____ () outro () não sabe		cidade2 ____ bairro2 ____ estado2 ____ pais2 ____ peça2 ____
86. Eu vou lhe dizer o nome de três objetos: CARRO, VASO, TIJOLO. O Sr(a) poderia repetir para mim? () carro () outro () não sabe () vaso () outro () não sabe () tijolo () outro () não sabe		carrro2 ____ vaso2 ____ tijolo2 ____
REPITA AS RESPOSTAS ATÉ APRENDER AS 3 PALAVRAS → (5 TENTATIVAS)		
87. Agora eu vou lhe pedir para fazer algumas contas. Quanto é: • 100 – 7: _____ • 93 – 7: _____ • 86 – 7: _____ • 79 – 7: _____ • 72 – 7: _____		conta2 ____
88. O(A) sr(a) poderia me dizer o nome dos 3 objetos que eu lhe disse antes? () carro () outro () não sabe () vaso () outro () não sabe () tijolo () outro () não sabe		carro2 ____ vaso2 ____ tijolo2 ____
89. Como é o nome destes objetos? <MOSTRAR> • Um lápis (padrão): () lápis () outro • Um relógio de pulso () relógio () outro		lapis2 ____ relo2 ____
90. Eu vou dizer uma frase “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”. O sr(a) poderia repetir? () repetiu () não repetiu		repet2__
91. Eu gostaria que o(a) sr(a) fizesse de acordo com as seguintes instruções:		
PRIMEIRO LEIA AS 3 INSTRUÇÕES E <u>SOMENTE DEPOIS</u> O(A) ENTREVISTADO(A) DEVE REALIZÁ-LAS		
• Pegue este papel com a mão direita () cumpriu () não cumpriu • Dobre ao meio com as duas mãos () cumpriu () não cumpriu • Coloque o papel no chão () cumpriu () não cumpriu		etapa12 ____ etapa22 ____ etapa32 ____

92. Eu vou lhe mostrar uma frase escrita. O(A) sr(a) vai olhar e sem falar nada, vai fazer o que a frase diz. Se usar óculos, por favor, coloque, pois ficará mais fácil. MOSTRAR A FRASE NA CARTELA “FECHE OS OLHOS” () realizou tarefa () não realizou tarefa () outro	lei2 __
93. O(A) sr(a) poderia escrever uma frase de sua escolha, qualquer frase: ORIENTAR O ENTREVISTADO A ESCREVER NA LINHA A SEGUIR	
_____ ESPAÇO DESTINADO PARA A FRASE	frase2 __
94. E para terminar esta parte, eu gostaria que o sr(a) copiasse esse desenho: MOSTRAR DESENHO E ORIENTAR PARA COPIAR AO LADO 	praxia2 __ total2 __ __
HORA DE TÉRMINO: __ __ : __ __	

AGRADEÇA MUITO A QUEM RESPONDEU O QUESTIONÁRIO

O questionário foi respondido:

resp2 __

- (1) todo pelo(a) usuário(a), sem ajuda
- (2) todo pelo(a) usuário(a), com ajuda
- (3) algumas respostas foram dadas por outra pessoa
- (4) maior parte das respostas foi dada por outra pessoa
- (5) todas as respostas foram dadas por outra pessoa

SE TIVER OBSERVAÇÕES, FAÇA NO VERSO DESTA FOLHA

ANEXO II - FOLHA EXTRA PARA CADA MEDICAMENTO PSICOFÁRMACO

FOLHA EXTRA PARA CADA MEDICAMENTO PSICOFÁRMACO	
1. Número de identificação do usuário: ____	ques ____
2. Nome do medicamento: _____	medic ____
3. Número sequencial do medicamento no questionário: ____	nseq ____
4. Há quanto tempo usa este remédio? ____ a ____ m	tempa ____ tempm ____
5. Tem que tomar este remédio todos os dias? (1) Sim (2) Não	conti ____
6. Nos últimos 15 dias, deixou de tomar este remédio alguma vez? (1) Sim (2) Não PULAR PARA 8	deixou ____
7. SE SIM: Por que? _____ (88) NSA	pqnao ____
8. Agora eu vou lhe dizer uma lista de coisas e o(a) sr.(a) me diga como se sente quando toma este remédio e se quando para de tomar, deixa de sentir, ou diminui: Insônia (1) sim (2) não (3) se para de tomar, melhora Falta de apetite (1) sim (2) não (3) se para de tomar, melhora Muito sono (1) sim (2) não (3) se para de tomar, melhora Muito apetite (1) sim (2) não (3) se para de tomar, melhora Outra coisa 1: _____ (1) sim (2) não (3) se para de tomar, melhora Outra coisa 2: _____ (1) sim (2) não (3) se para de tomar, melhora	inso ____ faltep ____ muison ____ muiape ____ outsin1 ____ outsin2 ____
9. Quantas vezes por dia precisa tomar este remédio? ____ vezes	vezdia ____
10. E ontem, quantas vezes tomou? ____ vezes	ontem ____
11. Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio? (1) Sim (2) Não	esque ____
12. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio? (1) Sim (2) Não	descui ____
13. Quando você se sente bem, algumas vezes, você deixa de tomar seu remédio? (1) Sim (2) Não	bemdei ____
14. Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? (1) Sim (2) Não	maldei ____
15. Quem indicou este remédio? (1) médico do CAPs (2) outro médico (3) outra pessoa não médico (4) ninguém	indic ____
16. Como conseguiu este remédio? (ou como consegue na maioria das vezes?). (1) Grátis do SUS (2) Grátis por doação (3) Teve que comprar Outra situação: _____	conseg ____
SE TEVE QUE COMPRAR: 17. Quanto gastou para comprar desta última vez? R\$ ____ reais	gast ____
18. Tem mais alguém na casa que toma este remédio? (1) sim (2) não	maistom ____

ANEXO III – TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

CÓDIGO	GRUPO FARMACOLOGICO	NOME QUÍMICO	NOME COMERCIAL
1	Anticonvulsivante	Ácido Valproico – 01	Depakene, Valpakine, Epilenil, Valprene, Valproato de sódio (genérico)
		Carbamazepina – 01	Tegretol, Tegretard, Tegrex, Carmazin, Carbamazepina (genérico), Tegrezin, Uni-carbamaz, Carbamazepina
		Fenitoina – 01	Epelin, Hidantal, Fenital, Dantalin, Feniton, Fenidantal, Dialudon, Taludon
		Fenobarbital – 01	Gardenal, Edhanol, Fenocris, Garbital, Unifenobarb, Barbitron, Vagostesyl, Gastruminal
		Oxcarbamazepina - 01	Auram, Trileptal, Oxcarbamazepina
2	Antipsicótico	Haloperidol – 02	Haldol, Haldol decanoato, Halo, Haloperideno, Haloperidol (genérico), Loperidol, Uni haloper, Haloper
		Clorpromazina – 02	Ampectil, Longactil, Clorpromaz, Cloridrato de Clorpromazina (genérico), cloridrato de Dorpromazina
		Flufenazina – 02	Anatensol, Flufenan
		Penfluridol – 02	Semap
		Periciazina – 02	Periciozina, Neuleptil
		Sulpirida – 02	Equilid, Dogmatil
		Pimozida – 02	Orap, Irap
		Levomepromazina - 02	Neozine, Levozine, Cloridrato de levomipromazina
		Risperidona – 02	Risperidona, Zargus, Risperdal, Respidon, Risperidon, Respirodona
		Tioridazina – 06	Melleril, Cloridrato de tioridazina (genérico)
		Onlazapina – 02	Ziprex
3	Antidepressivo tricíclico	Amitriptilina – 03	Tryptanol, Amytril, Neo amitriptilin, Protanol, Tripsol
		Imipramina – 03	Imipra, Tofranil, Tofranil Pamoato, Depramina, Pramianan, Uni Imiprax, Imitriptilina, cloridrato de Imipramina
		Trazodona – 03	Donaren
		Nortriptilina – 03	Pamelor
		Clomipramina – 03	Anafranil, Clomipran, Clomipramida
4	Antidepressivo ISRS	Fluoxetina – 09	Prozac, Fluxene, Eufor, Daforin, Deprax, Depress, Neo Fluoxetin, Nortec, Prozen, Psiquial, Verotina, Cloridrto de Fluoxetina (genérico)
		Sertralina – 09	Assert, Novativ, Sercerin, Serenata, Seronip, Tolrest, Zoloft, Cloridrato de sertralina (genérico)
		Paroxetina – 09	Aropax, Pondera, Cebrilin
		Citalopram – 09	Citalopram, Cipramil, Procimax, Denyl
		Fluvoxamina – 09	Luvox

CÓDIGO	GRUPO FARMACOLÓGICO	NOME QUÍMICO	NOME COMERCIAL
5	Antidepressivo (outros)	Venlafaxina – 09	Efexor, Venlift, Cloridrato de Venlafaxina, Venlaxin
		Milnaciprano – 09	Ixel
6	Antiparkinsoniano	Biperideno – 04	Depelideno, Akineton, Cinetol, Cloridrato de Biperideno (genérico), Parkinsol
		Amantadina – 04	Mantidan
		Selegina – 04	Jumexil
		Levodopa + cloridrato de benserazida - 04	Prolopa
7	Ansiolítico benzodiazepínicos	Diazepam – 06	Ansilive, Calmociteno, Compaz, Diazefast, Diazepam (genérico), Dienpax, Kiatrium, Noan, Pazolini, Relapax, Somaplus, Uni diazepam, Valium, Vetansil
		Clonazepam – 06	Rivotril, Clonotril, Navotrax, Clonazepam (genérico)
		Cloxacolam – 06	Olcadil
		Clobazam – 06	Urbanil
		Alprazolam – 06	Frontal, Apraz, Alpraz, Tranquinal, Altrox, Alprazolam (genérico)
		Clordiazepóxico – 06	Psicossedin
		Bromazepam – 06	Bromazepam (generico), Bromoxon, Lexotan, Neurilan, Somalium, Nervium, Uni bromazepam, Promazepan
		Lorazepam – 06	Lorazepam, Lorax
		Nitrazepam – 06	Sonebon, Nitrapan, Nitrazepam, Nitrazepol
8	Ansiolítico (outros)	Buspirona – 06	Buspar, Cloridrato de buspirona (genérico), Buspanil, Ansitec
9	Anti-histamínico	Prometazina – 08	Alergiderm, Lisador, Alergosan, Fenergan, Pamergan, Fenalerg, Prometazol
		Hidroxizina – 08	Hidroxizini, Hixizine
		Dexclorferinamina - 08	Polaramine
10	Estabilizador do humor	Carbonato de Lítio - 05	Carbolitium, Litiocar, Neurolithium, Lítio, Carbolim, Carbonato de lítio (genérico)
11	Sensibilizante ao álcool	Dissulfiram – 07	Antietanol, Sarcoton
12	Anoxerígenos	Anfepramona/Dietilpropiona – 41	Dualid, Hipofagin, Inibex
		Fenproporex	Desobesi-m
		Mazindol	Absten-S

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
DOS USUÁRIOS DOS CAPS EM PELOTAS, RS, COM
TRANSTORNOS DE HUMOR E ESQUIZOFRENIA**

***ADHERENCE TO MEDICAMENTAL TREATMENT OF PCU USERS IN
PELOTAS, RS, WITH MOOD DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA***

Ana Carolina Zago¹

Elaine Tomasi¹

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas. Rua Almirante Barroso, 1202. Pelotas/RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo. Identificar a prevalência e fatores associados à não adesão a medicamentos psicofármacos entre usuários dos Centros de Atenção Psicossocial em Pelotas com transtornos de humor e com esquizofrenia.

Métodos. Estudo transversal aninhado a uma coorte prospectiva com 563 usuários dos CAPS de Pelotas, dos quais 201 com diagnóstico de esquizofrenia e 362 com transtorno do humor. Foram realizadas entrevistas domiciliares e aplicados dois questionários, um para obter informações demográficas, socioeconômicas e relacionadas ao transtorno do paciente e outro com informações sobre o uso de medicamentos e o teste de Morisky para verificar a falta de adesão.

Resultados. A prevalência de falta de adesão foi de 32%, sem diferença significativa de acordo com o gênero, a renda *per capita*, o tempo de doença, o diagnóstico e o tipo de medicamento. Indivíduos mais jovens, com maior escolaridade, com companheiro, com menor tempo de frequência aos CAPS e que apresentaram efeitos adversos foram menos aderentes ao tratamento. Na análise estratificada, somente os efeitos adversos permaneceram associados à falta de adesão.

Conclusão. A falta de adesão em indivíduos com transtornos mentais vinculados aos CAPS está principalmente relacionada aos efeitos adversos e as políticas de saúde deveriam dedicar-se ao enfrentamento deste problema, sabendo-se que a adesão ao tratamento ajuda a evitar recaídas e a necessidade de internações hospitalares, otimizando assim os recursos públicos.

Descritores. Falta de adesão, transtornos do humor, esquizofrenia, teste de Morisky.

ABSTRACT

Objective. To identify the prevalence of factors associated with the lack of adherence to psychopharmacs among Psychosocial Care Units users in Pelotas with mood disorders and schizophrenia.

Methods. Cross-sectional study gathered by a prospective cohort with 563 users of PCU in Pelotas, among which 201 had been diagnosed with schizophrenia and 362 with mood disorders. Home interviews were accomplished and two questionnaires were applied, one to obtain demographic, socioeconomic and patient's disorder-related information, and another one on the use of medication and Morisky test to verify the lack of adherence.

Results. The prevalence of the lack of adherence was 32%, with no significant difference according to gender, *per capita* income, period of the disorder, diagnostics and kind of medication. Younger individuals, with higher education, with a partner, with less frequency to PCU and that showed adverse effects were less adhering to treatment. In the stratified analysis, only adverse effects remained associated with the lack of adherence.

Conclusion. The lack of adherence in individuals with mental disorders linked to PCU is mainly related to adverse effects and health policies should be dedicated to facing this issue, since it is known that the adherence to treatment helps avoid relapse and the necessity of hospitalization, in order to optimize public resources.

Descriptors. Lack of adherence, mood disorders, schizophrenia, Morisky test.

Introdução

A atenção psiquiátrica vem passando por profundas mudanças em muitos países, inclusive no Brasil. Essas mudanças culminaram em 2001 com a promulgação da Lei n. 10.216, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica e a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos no país. A lei estabelece que pessoas portadoras de transtornos mentais devem ser tratadas preferencialmente em serviços comunitários¹.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) criados para substituir os hospitais psiquiátricos na atenção à saúde mental. Com marcada tendência ao crescimento desde o início da década de 90, o número de CAPS passava de 1000 já em 2007^{1, 2}.

Os cuidados prestados nos CAPS incluem, além dos atendimentos individuais e de grupo e das oficinas terapêuticas, a dispensação de medicamentos de forma gratuita aos seus usuários.

Em doenças crônicas, como os transtornos mentais, que requerem tratamento de forma contínua, faz-se necessário que haja adesão do paciente ao regime medicamentoso prescrito, de forma a assegurar uma maior eficácia da terapêutica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), adesão ao tratamento refere-se à extensão com que os pacientes aceitam e seguem as recomendações de médicos ou de outros profissionais de saúde em relação ao uso de uma determinada terapêutica³.

Em média, a não adesão em transtornos psiquiátricos situa-se em torno de 50%⁴⁻¹³.

Os transtornos do humor englobam episódios maníacos, episódios depressivos, transtorno afetivo bipolar, diversos tipos de depressão e outros transtornos afetivos¹⁴. São doenças altamente prevalentes tratadas preferencialmente com antidepressivos e estabilizadores do humor. A esquizofrenia acomete 1% da população mundial e o seu tratamento é normalmente com antipsicóticos¹⁵. Os fármacos para o tratamento dessas doenças provocam inúmeros efeitos colaterais que vão desde sintomas autonômicos – boca seca, retenção urinária e hipotensão postural - até sintomas no sistema nervoso central - sedação ou insônia, aumento ou diminuição de apetite, tonturas, agitação, irritabilidade, diminuição do raciocínio, diminuição dos reflexos, tremores, entre outros^{15, 16}. A falta de adesão nessas patologias pode gerar grandes problemas de saúde pública, principalmente aumentando a demanda por atendimentos de urgência e hospitalizações para estabilização dos quadros.

Estudos prévios realizados em diversos países apontam como fatores associados à falta de adesão em transtornos do humor e esquizofrenia: efeitos adversos dos medicamentos^{5, 7, 10, 17, 18}, idade jovem^{4, 5}, baixa renda⁶, esquecimento^{4, 5, 10}, negação à doença¹⁰, achar que a medicação é desnecessária^{5, 10} e não querer tomar a medicação prescrita⁵.

O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência e fatores associados à não adesão a medicamentos psicofármacos entre usuários dos Centros de Atenção Psicossocial em Pelotas com transtornos de humor e com esquizofrenia.

Métodos

O estudo teve delineamento transversal aninhado a uma coorte prospectiva. Os indivíduos foram identificados e incluídos na coorte a partir dos prontuários dos sete CAPS do município, dos quais se obteve o endereço da residência. O segundo acompanhamento, de onde os dados do presente artigo se originaram, ocorreu de maio a agosto de 2007. Foram realizadas entrevistas domiciliares por uma equipe de acadêmicos de Psicologia e de Serviço Social (UCPEL) e de Enfermagem (UFPEL), selecionados e capacitados, após estudo piloto. Foram incluídos os usuários com diagnóstico de esquizofrenia (CID-10 de F20.0 a F29.9) e de transtornos de humor (CID-10 de F30.0 a F39.9).

Após assinatura de termos de consentimento livre e esclarecido, os usuários e familiares responderam dois questionários. O primeiro continha informações gerais sobre os usuários e seus tratamentos e o segundo continha informações específicas sobre cada medicamento psicofármaco utilizado. Para cada um desses instrumentos foi elaborado um manual de instruções com o objetivo de padronizar a coleta de dados.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (protocolo 20051, de 14 de dezembro de 2005).

O teste de Morisky¹⁹⁻²¹ foi utilizado para aferir a falta de adesão, dividida em intencional e não intencional. Para a primeira, perguntou-se: 1) *Quando você se sente bem, algumas vezes, você deixa de tomar seu remédio?* 2) *Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?* Para a falta de adesão não intencional, perguntou-se: 1) *Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio?* 2) *Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?*

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

O diagnóstico (CID-10), o tempo de frequência ao CAPS e a modalidade de atendimento – intensivo, semi-intensivo e não intensivo - foram obtidos dos prontuários e as informações sobre internações hospitalares foram coletadas com os familiares. As demais informações utilizadas nestas análises foram fornecidas diretamente pelos usuários dos CAPS. Todas as informações e instrumentos utilizados na coleta dos dados estão disponíveis no sítio do estudo: www.capspelotas.com.br.

Após codificação, tabulação e revisão, duas digitações independentes dos instrumentos foram realizadas no programa EPI-INFO 6.04, cuja estrutura foi preparada para verificação de amplitude e consistência. Após a edição final do banco de dados, este foi convertido para o pacote estatístico SPSS 13.0, no qual foram feitas as análises. O teste do qui-quadrado foi utilizado para a verificação das diferenças entre as proporções, considerando-se o nível de significância estatística de 5% e também foram calculadas as razões de prevalência e intervalos de confiança de 95%.

Resultados

Na visita de acompanhamento, foram incluídos 563 usuários dos CAPS, dos quais 201 tinham diagnóstico de esquizofrenia (36%) e 362 tinham transtorno do humor (64%). Esta amostra correspondeu a 74% dos usuários com esquizofrenia e 80% dos usuários com transtornos de humor identificados no estudo de linha de base.

A média de idade dos entrevistados foi de 47 anos $\pm$ 12 anos de desvio-padrão (DP). Quanto ao sexo, 66% eram do sexo feminino e aproximadamente 73% das pessoas eram de cor branca. Com relação à situação conjugal, 47% dos entrevistados relataram ter companheiro (a). A média de escolaridade foi de 5,1 anos (DP=3,4). A média de renda *per capita* em salários mínimos (SM) foi de 1,2 (DP=1,2). O tempo de doença foi em média 15,8 anos (DP=14,8). A média de tempo de tratamento nos CAPS, de acordo com o prontuário dos entrevistados, foi de 3,6 anos (DP=1,9).

Quase todos os usuários (95%) utilizavam algum tipo de medicamento. No total, o uso de 1418 medicamentos foi referido para os 15 dias que antecederam a entrevista, com média de 2,7 medicamentos por usuário (DP=1,5). Cerca de 20% dos indivíduos relataram não ter acesso gratuito a todos os medicamentos e os principais motivos foram à indisponibilidade do medicamento no CAPS e as dificuldades financeiras para adquiri-los.

Do total de medicamentos utilizados, 30% eram antidepressivos, 26% antipsicóticos, 24% ansiolíticos e 20% outros medicamentos. Dos medicamentos utilizados por usuários com transtorno do humor, 40% eram antidepressivos, 26% ansiolíticos, 18% antipsicóticos e 16% outros. Já os usuários com esquizofrenia, 41% eram antipsicóticos, 20% ansiolíticos, 12% antidepressivos e 27% outros. (Figura 1).

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

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

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

A partir destes resultados, investigou-se a associação destas variáveis entre si, na busca de potenciais fatores de confusão. A escolaridade e o tempo de frequência ao CAPS

não estiveram associados à ocorrência de efeitos adversos, mas a idade sim, com maior relato entre os mais jovens. A análise estratificada para a idade revelou que a ocorrência de efeitos adversos só pode ser associada à falta de adesão para os grupos de idade intermediários, ou seja, entre 30 e 59 anos. Para os mais jovens e para os mais velhos, os efeitos adversos não se mantiveram associados à falta de adesão.

Discussão

No Brasil, são escassos estudos sobre adesão ao tratamento com usuários dos CAPS. Alguns dos encontrados referem-se principalmente a abandono de tratamento e faltas a consultas médicas em serviços primários e secundários da rede pública em determinadas regiões do país²²⁻²⁴. Existem trabalhos que avaliaram adesão ao tratamento em patologias psiquiátricas específicas, como por exemplo, depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia^{7, 8, 10, 11, 13, 25-28}.

A prevalência de falta de adesão foi de 32% nos usuários dos CAPS de Pelotas com esquizofrenia e transtornos do humor, semelhante à encontrada em um estudo do Reino Unido com 634 pacientes com doenças psiquiátricas que foi de 34,2%⁵. Em estudos com pacientes esquizofrênicos, encontraram-se 48%¹⁰ e 53%⁷ de falta de adesão ao tratamento. Perkins⁸ relatou que 40% dos pacientes tratados com antipsicóticos interromperam o tratamento antes de um ano e cerca de 75% dentro de dois anos.

Em estudo com pacientes com depressão, encontrou-se uma média de não adesão de 47% em dois anos, coletadas as informações em sete momentos¹³. Em outro estudo, com 367 pacientes com depressão, encontrou-se 44% de não adesão ao tratamento¹¹. Uma amostra de 223 pacientes com transtorno bipolar apresentou 30% de baixa adesão ao tratamento²⁵. Outro estudo realizado com portadores de transtorno bipolar encontrou 46% de não adesão ao tratamento²⁶. Sajatovic e colaboradores²⁷ pesquisaram falta de adesão em 323 portadores de transtorno bipolar, e encontraram que entre os 22% dos não aderentes estão aqueles que pararam de tomar ou tomaram menos que 50% da medicação prescrita.

Em uma coorte austríaca e alemã, três grupos de pacientes com transtornos mentais foram acompanhados por seis anos, dos quais 53,9% descontinuaram o tratamento pelo menos uma vez durante esse período¹².

Lanouete e colaboradores⁶ pesquisaram 17 estudos de não adesão com psicotrópicos, e perceberam que 41% dos latinos, 31% dos euro-americanos e 43% dos afro-americanos não aderem ao tratamento de forma correta.

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

Boa parte dos resultados destes estudos aqui citados podem não ser comparáveis ao realizado em Pelotas em função do instrumento de avaliação do desfecho. Na literatura revisada, predominam o auto-relato^{5, 13, 27} e escalas padronizadas que podem servir para medir adesão, como por exemplo, a escala de Rating of Medical Influences (ROMI)¹⁰, de Medication Possession Rate (MPR)¹¹, (2009) e a Medication Adherence Report Scale²⁵. Apesar de o teste de Morisky já estar disponível há mais de duas décadas, ele tem sido amplamente utilizado para aferir adesão em outras patologias e o único estudo encontrado foi o de Copeland e colaboradores²⁶ que estudaram em pacientes com transtorno bipolar.

Clatworthy e colaboradores²⁵ encontraram que as relações entre gênero e falta de adesão e entre idade e falta de adesão não foram significativas. Bulloch e Patten⁴ também não observaram associação entre falta de adesão e gênero para nenhuma das classes de medicamentos estudadas. Sawada e colaboradores¹¹ relataram um melhor cumprimento da terapia com antidepressivos por homens.

Os usuários dos CAPS com maior escolaridade (oito anos ou mais) aderiram 28% menos comparados aos de menor escolaridade. Cooper e colaboradores⁵ e Rosa e colaboradores¹⁰ relataram que as variáveis sócio-demográficas não foram associadas de forma significativa com falta de adesão ao tratamento. Em um estudo com latinos residentes nos Estados Unidos, o baixo nível socioeconômico esteve relacionado com a falta de adesão ao tratamento⁶.

A exemplo de Bulloch e Patten⁴ e Cooper e colaboradores⁵, em Pelotas também a falta de adesão foi maior entre os mais jovens. Uma possível explicação é que os mais jovens poderiam estar mais envolvidos em atividades produtivas e ter uma vida sexual mais ativa do que os mais velhos, o que, em ambos os casos, os efeitos adversos dos medicamentos seriam mais indesejáveis.

Os usuários com companheiro(a) aderiram 27% menos ao tratamento em relação aos que não possuem. Uma das hipóteses seria que esses indivíduos possuem um maior suporte afetivo e por isso não sentem necessidade de tomar a medicação prescrita e outra possível explicação seria que alguns psicotrópicos podem provocar disfunções sexuais, afetando negativamente o relacionamento conjugal^{15, 16, 29}.

Cerca de um terço (33%) dos medicamentos analisados apresentaram algum efeito adverso. Em estudos com esquizofrênicos, 12%⁷ e 36%¹⁰ dos pacientes apontaram os efeitos

adversos como o motivo para não aderir ao tratamento. Kikert e colaboradores¹⁸ fizeram um estudo em quatro países da Europa com pacientes esquizofrênicos e relataram que 21% deles justificaram sua falta de adesão por conta dos efeitos adversos. Entre um quarto e dois terços dos pacientes que deixam de tomar antipsicóticos relatam os efeitos adversos como a principal razão para não aderência¹⁷. Cooper e colaboradores⁵ apontaram os efeitos adversos como um dos motivos que os pacientes que utilizam psicotrópicos deixam de tomá-los, onde 14,2% referiram tal razão.

Além do viés de recordatório, limitação que pode estar presente em qualquer estudo transversal, a prevalência de falta de adesão aqui encontrada pode ter sido afetada por um déficit de memória adicional em função das características da amostra e das informações diretamente referidas pelo usuário. Particularmente para os portadores de esquizofrenia pode ter havido sub-relato de não adesão, uma vez que uma das características da doença é a distorção da realidade¹⁵. Neste estudo todos os dados foram coletados diretamente com os portadores de transtorno, não só os relativos à medicação.

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

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

Referências

1. Antunes SM, Queiroz Mde S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad Saude Publica* 2007; 23(1):207-15.
2. Brasil. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE; 2007.
3. World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2003.
4. Bulloch AG, Patten SB. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009.
5. Cooper C, Bebbington P, King M, Brugha T, Meltzer H, Bhugra D, et al. Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116(1):47-53.
6. Lanouette NM, Folsom DP, Sciolla A, Jeste DV. Psychotropic medication nonadherence among United States Latinos: a comprehensive literature review. *Psychiatr Serv* 2009; 60(2):157-74.
7. Liu-Seifert H, Adams DH, Kinon BJ. Discontinuation of treatment of schizophrenic patients is driven by poor symptom response: a pooled post-hoc analysis of four atypical antipsychotic drugs. *BMC Med* 2005; 3:21.
8. Perkins DO. Adherence to antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 21:25-30.
9. Rosa MA, Elkis H. Adesão em esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Clin* 2007; 34(2):189-92.
10. Rosa MA, Marcolin MA, Elkis H. Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(3):178-84.

11. Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. *BMC Psychiatry* 2009; 9:38.
12. Schumann C, Lenz G, Berghofer A, Muller-Oerlinghausen B. Non-adherence with long-term prophylaxis: a 6-year naturalistic follow-up study of affectively ill patients. *Psychiatry Res* 1999; 89(3):247-57.
13. ten Doesschate MC, Bockting CL, Schene AH. Adherence to continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *J Affect Disord* 2009; 115(1-2):167-70.
14. Organização Mundial da Saúde. CID-10. Sao Paulo: USP; 2007.
15. Porto CC, Porto AL. *Vademecum de Clínica Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
16. Cordioli AV. *Psicofármacos: consulta rápida*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
17. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997; 23(4):637-51.
18. Kikkert MJ, Schene AH, Koeter MW, Robson D, Born A, Helm H, et al. Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophr Bull* 2006; 32(4):786-94.
19. Dewulf NLS, Monteiro RA, Passos ADC, Vieira EM, Troncon LEA. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitario. *Rev Bras Cienc Farm* 2006; 42(4):575-84.
20. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24(1):67-74.
21. Morisky DE, Levine DM, Green LW, Smith CR. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. *Arch Intern Med* 1982; 142(10):1835-8.
22. Melo AP, Guimaraes MD. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(2):113-8.

23. Ribeiro MS, Alves MJM, Vieira EMM, Silva PM, Lamas CVD. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(1):16-22.
24. Ribeiro MS, Poço JLC. Motivos referidos para abandono de tratamento em um sistema público de atenção à saúde mental. *Rev APS* 2006; 9(2):136-45.
25. Clatworthy J, Bowskill R, Parham R, Rank T, Scott J, Horne R. Understanding medication non-adherence in bipolar disorders using a Necessity-Concerns Framework. *J Affect Disord* 2009; 116(1-2):51-5.
26. Copeland LA, Zeber JE, Salloum IM, Pincus HA, Fine MJ, Kilbourne AM. Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196(1):16-21.
27. Sajatovic M, Bauer MS, Kilbourne AM, Vertrees JE, Williford W. Self-reported medication treatment adherence among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2006; 57(1):56-62.
28. Santin A, Cereser K, Rosa A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev Psiquiatr Clin* 2005; 32(Suppl. 1):105-9.
29. Costa AM, Lima MS, Mari Jde J. A systematic review on clinical management of antipsychotic-induced sexual dysfunction in schizophrenia. *Sao Paulo Med J* 2006; 124(5):291-7.

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

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

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

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

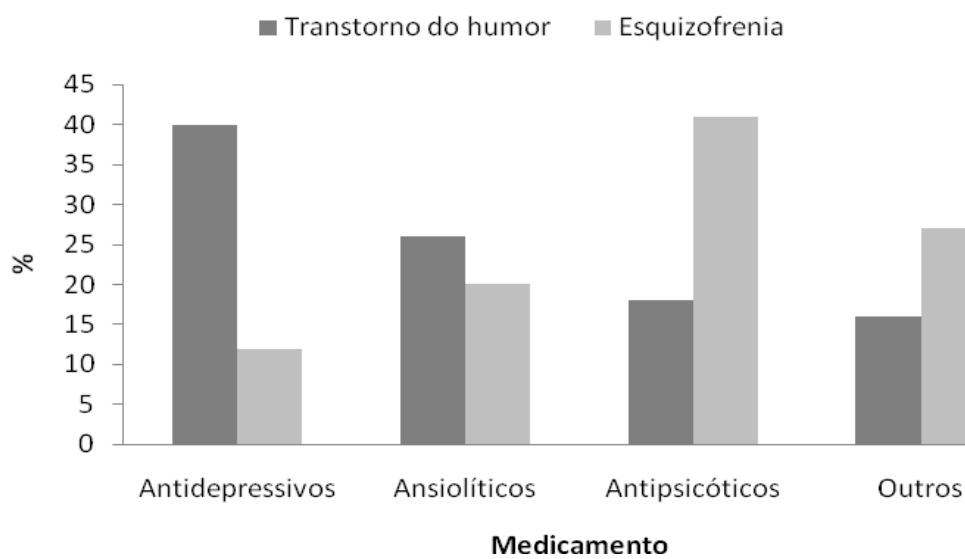


Figura 1. Distribuição dos medicamentos utilizados de acordo com o diagnóstico. Pelotas, RS, 2007.

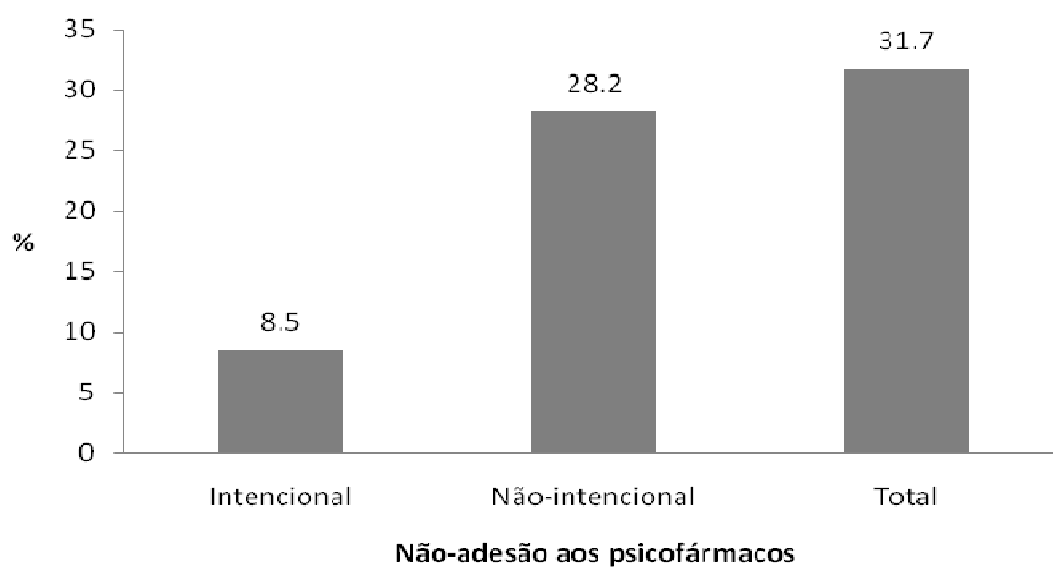


Figura 2. Prevalência de não-adesão aos psicofármacos: total e segundo a intenção. Pelotas, RS, 2007.