



## Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental\*

Adherence of mental disorder patients to drug therapy for mental health treatment

Adhesión del portador de trastorno mental a la terapéutica farmacológica en el tratamiento en salud mental

Letícia de Oliveira Borba<sup>1</sup>, Mariluci Alves Maftum<sup>2</sup>, Stela Adami Vayego<sup>3</sup>, Maria de Fátima Mantovani<sup>2</sup>, Jorge Vinícius Cestari Felix<sup>2</sup>, Luciana Puchalski Kalinke<sup>2</sup>

### Como citar este artigo:

Borba LO, Maftum MA, Vayego SA, Mantovani MF, Felix JVC, Kalinke LP. Adherence of mental therapy for mental disorder patients to drug health treatment. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03341. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017006603341>

\* Extraído da tese: “Adesão do portador de transtorno mental ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental”, Universidade Federal do Paraná, 2016.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná, Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Paraná, Departamento de Estatística, Curitiba, PR, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To assess the adherence of mental disorder patients to drug therapy for mental health treatment and the association between demographic, socioeconomic, clinical and pharmacotherapeutic variables to treatment adherence. **Method:** A cross-sectional study conducted with mental disorder patients in two Psychosocial Care Centers in Curitiba/Paraná in 2014. Data from structured interviews and medical records were submitted to descriptive and bivariate analysis. **Results:** 300 patients with mental disorders participated in the study. 51% of participants adhered to the drug therapy, the highest adherence was among males with no family history of mental disorder, diagnosed with schizophrenia, with disease duration of less than 1 year, who did not forget to take the medicine not even once in the previous month and who relied on family participation. Adherence was lower among the interviewees with individual income lower than one minimum wage, perception of regular and poor health, diagnosis of depression associated with another disorder, treatment time in the service over 2 years and with a history of attempted suicide. **Conclusion:** Low adherence to the drug therapy was observed. The variables associated with adherence were gender, individual income, family history of mental disorder, perception about their health, diagnosis of mental disorder, duration of illness and treatment, suicide attempt, failing to take the medication at least once in the previous month and family participation.

### DESCRIPTORS

Mental Disorders; Medication Adherence; Psychiatric Nursing; Mental Health.

### Autor correspondente:

Letícia de Oliveira Borba  
Rua General Carneiro 181, Alto da Glória  
CEP 80060-900 – Curitiba, PR, Brasil  
[leticia\\_ufpr@yahoo.com.br](mailto:leticia_ufpr@yahoo.com.br)

Recebido: 27/02/2017  
Aprovado: 31/01/2018

## INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais se caracterizam por sinais e sintomas específicos como as alterações de consciência, emoção, comportamento, pensamento, percepção e memória, que podem incorrer em prejuízos funcionais expressivos, dificuldades de autocuidado e de relacionamento interpessoal, baixa qualidade de vida e comprometimento social e ocupacional das pessoas por eles acometidas<sup>(1-2)</sup>. Nesse sentido, o tratamento ao portador de transtorno mental requer múltiplas intervenções, entre as quais a terapêutica medicamentosa.

O uso racional de medicamentos associado a outras modalidades terapêuticas busca a recuperação do melhor estado de saúde, o alívio dos sintomas e a redução de incapacidades e recaídas<sup>(1,3)</sup>. Entretanto, um dos problemas encontrados na prática clínica é o uso irregular ou o abandono da terapêutica medicamentosa por portadores de transtorno mental<sup>(4-5)</sup>.

A dificuldade de acesso ao medicamento, a complexidade do regime terapêutico, a falta de suporte familiar, os efeitos colaterais, a crença de que a medicação é ineficaz, a falta de *insight* sobre o transtorno, a percepção de cura frente à remissão da sintomatologia e a dificuldade em lembrar de tomar o medicamento são preditores de má adesão<sup>(2-3,6-7)</sup>.

O fenômeno da adesão constitui desafio importante para os profissionais de saúde mental, pois a não adesão pode impactar o aumento da frequência e da intensidade das crises, o número de hospitalizações/reinternações e onerar o sistema de saúde. Além disso, a não adesão está relacionada ao aumento da procura por atendimento nos serviços de emergência, ao aumento das taxas de suicídio, à piora do prognóstico e ao comprometimento da qualidade de vida dos portadores de transtorno mental<sup>(1,4)</sup>.

Desse modo, considerando-se que a melhor compreensão do fenômeno da adesão pode possibilitar mudanças na prática dos profissionais de saúde, no sentido de planejar ações de cuidado e implementar estratégias de promoção da adesão, o objetivo deste estudo foi verificar a adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental e as associações entre as variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e farmacoterapêuticas à adesão.

## MÉTODO

Estudo transversal<sup>(8)</sup>, realizado em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Curitiba/Paraná, de abril a junho de 2014, com 300 portadores de transtorno mental. Foram incluídos no estudo as pessoas maiores de 18 anos que frequentaram o CAPS para realização de suas atividades durante o período da coleta de dados e que tinham prescrição medicamentosa para o tratamento em saúde mental. Foram excluídos aqueles que se encontravam em situação de crise, atendimento eventual e que não apresentavam condições para responder às perguntas, segundo avaliação da equipe de saúde do serviço.

Os portadores de transtorno mental foram convidados a participar do estudo por meio de convite verbal. Do total de 510 cadastrados nos dois CAPS, foram abordados 370, dos quais 300 aceitaram participar, pois 14 recusaram e 56 não se enquadravam nos critérios de inclusão. Os 140 indivíduos que não foram abordados não frequentaram o CAPS durante o período de coleta dos dados.

Os dados foram coletados por entrevista estruturada e consulta aos prontuários, a coleta aconteceu, simultaneamente, nos dois serviços e foi realizada por 10 entrevistadores capacitados. Os entrevistadores permaneceram no local durante todo o horário de funcionamento do serviço, permitindo que todos os sujeitos que se enquadravam nos critérios de inclusão fossem abordados.

Utilizou-se de dois instrumentos, um com 65 questões relacionadas às características demográficas, socioeconômicas, clínicas e farmacoterapêuticas dos portadores de transtorno mental, desenvolvido para esta pesquisa, e o Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)<sup>(9)</sup>, composto por sete itens que avaliam o comportamento do indivíduo em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, ele apresenta consistência interna de 0,74, especificidade de 0,73 e sensibilidade de 0,77.

A variável dependente foi a adesão ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental. A adesão pode ser entendida como o grau em que a pessoa segue as recomendações do profissional de saúde, retorna ao serviço e mantém o tratamento indicado, seja ele comportamental ou medicamentoso. Trata-se de fenômeno multidimensional, o qual não depende unicamente do paciente, pois é produto da interação entre as dimensões relacionadas ao paciente, ao serviço de saúde, aos fatores socioeconômicos e à terapêutica proposta<sup>(10)</sup>.

As variáveis independentes foram: sexo, faixa etária, situação conjugal, religião, escolaridade, situação em relação ao trabalho, renda individual no último mês, uso de álcool e outras drogas, histórico familiar de transtorno mental, percepção sobre sua saúde, comorbidade clínica, uso de medicação clínica, diagnóstico de transtorno mental, tempo de doença e de tratamento no serviço, informação fornecida por profissionais de saúde sobre o transtorno mental e os medicamentos, tentativa de suicídio, medicamentos prescritos, dúvida sobre os medicamentos, aquisição dos medicamentos, motivação para uso dos medicamentos, sentir mudança agradável ou desagradável, deixar de tomar o medicamento alguma vez no último mês, participação da família e participação em outras atividades.

Em relação à variável participação da família, foi considerada participação qualquer atividade desenvolvida por ela junto ao portador de transtorno mental, tais como participar das atividades do serviço de saúde, prestar cuidado integral ao portador de transtorno mental, administrar ou supervisionar o uso dos medicamentos prescritos.

Para as análises estatísticas, houve dupla checagem da tabulação e codificação das questões. Os dados foram inseridos em um banco de dados do programa Excel<sup>®</sup> e, após a verificação e correção dos erros de digitação, transportados para o Programa BioEstat<sup>®</sup>. As variáveis independentes foram comparadas ao desfecho a partir de tabelas de contingência mediante os testes Qui-quadrado e G de Williams, com nível de significância de 5%. O cálculo da razão de prevalência foi aplicado quando *p-valor* foi  $\leq 0,05$ .

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, sob o número 406.158/2013, e conduzido de acordo com a Resolução n.º 466/2012. Para salvaguardar os direitos da pessoa com transtorno mental, todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, e o sigilo, o anonimato e a possibilidade de declinar a participação na pesquisa a qualquer tempo foram assegurados.

## RESULTADOS

Dos 300 indivíduos entrevistados, 63% eram do sexo feminino, 34,7% encontravam-se na faixa etária dos 40 aos 49 anos, 44,7% eram solteiros, 42% eram praticantes da religião católica, 59,4% tinham mais de 8 anos de escolaridade, 38,4% estavam desempregados, 45% indicaram a renda familiar como principal fonte de renda (dependiam

financeiramente da família), 85,3% residiam com familiares e 51% aderiram à terapêutica medicamentosa.

Os participantes do sexo masculino aderiram 1,47 vezes mais ao uso do medicamento no tratamento em saúde mental em relação aos do sexo feminino, e aqueles com renda individual inferior a um salário mínimo aderiram 0,51 vezes menos comparados aos que receberam mais de 2,5 salários mínimos, conforme Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas dos portadores de transtorno mental associadas à adesão – Curitiba, PR, Brasil, 2014.

Variáveis	Adesão		p-valor	RP <sup>s</sup>	IC [95%] <sup>y</sup>
	Sim n (%)	Não n (%)			
<b>Sexo</b>			0,0006*		
Masculino	71 (64)	40 (36)		1,47	[1,19; 1,83]
Feminino <sup>†</sup>	82 (43,4)	107 (56,6)		[1]	
<b>Faixa etária</b>			0,2671*		
18 a 29 anos	26 (57,8)	19 (42,2)			
30 a 39 anos	31 (45)	38 (55)			
40 a 49 anos	49 (47)	55 (53)			
≥ 50 anos	47 (57,3)	35 (42,7)			
<b>Situação conjugal</b>			0,5153*		
Solteiro	71 (53)	63 (47)			
Casado	51 (52,6)	46 (47,4)			
Outro	31 (45)	38 (55)			
<b>Religião</b>			0,7687*		
Católica	62 (49,2)	64 (50,8)			
Evangélica	59 (53,2)	52 (46,8)			
Sem religião	21 (55,3)	17 (44,7)			
Outra	11 (44)	14 (56)			
<b>Escolaridade</b>			0,5592 <sup>†</sup>		
Sem escolaridade	3 (75)	1 (25)			
Até 8 anos	58 (49,2)	60 (50,8)			
> 8 anos	92 (51,7)	86 (48,3)			
<b>Situação em relação ao trabalho</b>			0,1607*		
Desempregado	66 (57,4)	49 (42,6)			
Afastado do trabalho	36 (41,4)	51 (58,6)			
Aposentado	32 (52,5)	29 (47,5)			
Trabalhando	19 (51,4)	18 (48,6)			
<b>Renda individual no último mês</b>			0,0227 <sup>†</sup>		
Sem renda	62 (59,6)	42 (40,4)		0,89	[0,60; 1,32]
< 1 salário mínimo <sup>‡</sup>	12 (34,3)	23 (65,7)		0,51	[0,29; 0,92]
1 a 2,5 salários mínimos	62 (45,6)	74 (54,4)		0,68	[0,46; 1,02]
> 2,5 salários mínimos <sup>‡</sup>	10 (66,7)	5 (33,3)		[1]	
Não soube informar	7 (70)	3 (30)			

Notas: \*Teste Qui-Quadrado; <sup>†</sup>Teste G de Williams; <sup>‡</sup>Salário mínimo na época: R\$ 724,00; <sup>§</sup>Razão de Prevalência; <sup>y</sup>Intervalo com 95% de confiança; <sup>¶</sup>Categoria de referência. Nota: (N=300).

Na Tabela 2, verifica-se que os participantes sem histórico familiar de transtorno mental aderiram 1,34 vezes mais à terapêutica medicamentosa do que aqueles com histórico. Os indivíduos com percepção de saúde regular e ruim aderiram respectivamente 0,67 e 0,69 vezes menos comparados

aos que consideravam sua saúde muito boa. Os participantes com depressão associada a outro transtorno mental aderiram 0,42 vezes menos em relação aos que tinham outro diagnóstico. Já os indivíduos com esquizofrenia aderiram 1,52 vezes mais comparados aos que tinham outro transtorno.

**Tabela 2** – Distribuição das variáveis clínicas dos portadores de transtorno mental associadas à adesão – Curitiba, PR, Brasil, 2014.

Variáveis	Adesão		p-valor	RP**	IC [95%]**
	Sim n (%)	Não n (%)			
<b>Uso de tabaco</b>			0,7177*		
Sim	47 (49)	49 (51)			
Não	106 (52)	98 (48)			
<b>Uso de álcool</b>			0,9500*		
Sim	17 (51,5)	16 (48,5)			
Não	136 (51)	131 (49)			
<b>Uso de drogas ilícitas no último ano</b>			0,6167*		
Sim	14 (46,6)	16 (53,4)			
Não	139 (51,5)	131 (48,5)			
<b>Histórico familiar de TM*</b>			0,0100*		
Sim**	84 (45)	103 (55)		[1]	
Não	67 (60,4)	44 (39,6)		1,34	[1,08; 1,67]
Não soube informar	2 (100)	-			
<b>Percepção sobre sua saúde</b>			0,0143*		
Muito Boa**	22 (64,7)	12 (35,3)		[1]	
Boa	46 (63)	27 (37)		0,97	[0,48; 0,93]
Regular	45 (43,3)	59 (56,7)		0,67	[0,48; 0,93]
Ruim	40 (45)	49 (55)		0,69	[0,50; 0,97]
<b>Comorbidade clínica</b>			0,7529*		
Sim	92 (50,3)	91 (49,7)			
Não	61 (52,1)	56 (47,9)			
<b>Uso de medicação clínica</b>			0,7183*		
Sim	75 (49,3)	77 (50,7)			
Não	17 (54,8)	14 (45,2)			
<b>Sabe informar diagnóstico de TM</b>			0,2957*		
Sim	114 (49,4)	117 (50,6)			
Não	39 (56,5)	30 (43,5)			
<b>Diagnóstico de depressão</b>			0,0415*		
Depressão	26 (52)	24 (48)		0,98	[0,73; 1,31]
Depressão + outro TM	4 (22,2)	14 (77,8)		0,42	[0,18; 1,00]
Outro TM**	123 (53)	109 (47)		[1]	
<b>Diagnóstico de esquizofrenia</b>			0,0049*		
Esquizofrenia	40 (70,2)	17 (29,8)		1,52	[1,22; 1,90]
Esquizofrenia + outro TM	7 (53,8)	6 (46,2)		1,17	[0,69; 1,97]
Outro TM**	106 (46)	124 (54)		[1]	
<b>Diagnóstico de TAB<sup>§</sup></b>			0,2497*		
TAB	45 (47,9)	49 (52,1)			
TAB + outro TM	11 (39,3)	17 (60,7)			
Outro TM	97 (54,5)	81 (45,5)			
<b>Tempo de doença</b>			0,0292 <sup>†</sup>		
< 1 ano	12 (80)	3 (20)		1,74	[1,27; 2,38]
1 – 10 anos	78 (53)	69 (47)		1,16	[0,91; 1,47]
> 10 anos**	62 (46)	73 (54)		[1]	
Não soube informar	1 (33,3)	2 (66,7)			
<b>Tempo de tratamento no CAPS<sup>§</sup></b>			0,0103*		
< 1 ano**	110 (55)	90 (45)		[1]	
1 a 2 anos	38 (50,7)	37 (49,3)		0,92	[0,71; 1,19]
> 2 anos	5 (21,7)	18 (78,3)		0,40	[0,18; 0,87]
Não soube informar	-	2 (100)			
<b>Informação sobre o TM</b>			0,4870*		
Sim	94 (49,5)	96 (50,5)			
Não	59 (53,6)	51 (46,4)			
<b>Tentativa de suicídio</b>			0,0008*		
Sim	90 (44,3)	113 (55,7)		0,68	[0,55; 0,84]
Não**	63 (65)	34 (35)		[1]	

Notas: \*Teste Qui-Quadrado; †Teste G de Williams; ‡Transtorno Mental; §Transtorno Afetivo Bipolar; ¶Centro de Atenção Psicossocial; \*N=183; \*\*Razão de Prevalência; ††Intervalo com 95% de confiança; ‡‡Categoria de referência. Nota: (N=300)

Participantes com tempo de doença inferior a 1 ano aderiram 1,74 vezes mais comparados aos que tinham mais de 10 anos de transtorno, e os com tempo de tratamento no CAPS superior a 2 anos aderiram 0,40 vezes menos em relação aos que estavam em tratamento no serviço há menos de 1 ano. Ainda, indivíduos que tentaram suicídio aderiram 0,68 vezes menos à terapêutica medicamentosa do que aqueles que não tentaram.

Os participantes que não deixaram de tomar o medicamento nenhuma vez no último mês aderiram 1,74 vezes mais à terapêutica medicamentosa do que aqueles que deixaram de tomá-lo, pois deixar de tomar o medicamento, mesmo que de forma esporádica, compromete a adesão. Por fim, aqueles que tiveram a participação da família aderiram 1,54 vezes mais ao uso dos medicamentos em relação aos que não tiveram, conforme Tabela 3.

**Tabela 3** – Distribuição das variáveis farmacoterapêuticas dos portadores de transtorno mental associadas à adesão – Curitiba, PR, Brasil, 2014.

Variáveis	Adesão		p-valor	RP*	IC [95%] <sup>§</sup>
	Sim n (%)	Não n (%)			
<b>Informa os medicamentos para o TM<sup>¶</sup></b>			0,0655 <sup>†</sup>		
Sim	121 (48,6)	128 (51,4)			
Não	32 (62,7)	19 (37,3)			
<b>Comprimidos ingerido/dia<sup>†</sup></b>			0,8950 <sup>†</sup>		
1 comprimido	9 (56,3)	7 (43,7)			
2 a 5 comprimidos	63 (50)	63 (50)			
> 5 comprimidos	78 (50,6)	76 (49,4)			
<b>Informação sobre medicamentos</b>			0,0659 <sup>†</sup>		
Sim	84 (46,6)	96 (53,4)			
Não	69 (57,5)	51 (42,5)			
Dúvidas sobre os medicamentos			0,7388 <sup>†</sup>		
Sim	37 (49,3)	38 (50,7)			
Não	116 (51,6)	109 (48,4)			
<b>Aquisição dos medicamentos</b>			0,1885 <sup>†</sup>		
Recurso próprio	22 (61,2)	14 (38,8)			
Saúde pública	58 (45,3)	70 (54,7)			
Saúde pública + recurso próprio	67 (55,4)	54 (44,6)			
Outro	6 (40)	9 (60)			
<b>Dificuldade na aquisição dos medicamentos</b>			0,3133 <sup>†</sup>		
Sim	64 (47,8)	70 (52,2)			
Não	89 (53,6)	77 (46,4)			
<b>Motivação para usar o medicamento</b>			0,1358 <sup>†</sup>		
Sim	114 (53,8)	98 (46,2)			
Não	39 (44,3)	49 (55,7)			
<b>Sentir mudança agradável</b>			0,4970 <sup>†</sup>		
Sim	107 (49,8)	108 (50,2)			
Não	46 (54,1)	39 (45,9)			
<b>Sentir mudança desagradável</b>			0,0672 <sup>†</sup>		
Sim	94 (47,2)	105 (52,8)			
Não	59 (58,4)	42 (41,6)			
<b>Participação em outras atividades</b>			0,0710 <sup>†</sup>		
Sim	122 (54)	104 (46)			
Não	31 (41,9)	43 (58,1)			
<b>Deixar de tomar o medicamento</b>			<0,0001 <sup>†</sup>		
Sim <sup>¶</sup>	23 (27,4)	61 (72,6)		[1]	
Não	130 (60,2)	86 (39,8)		1,74	[1,20;2,53]
<b>Participação da família</b>			0,0029 <sup>†</sup>		
Sim	125 (56)	98 (44)		1,54	[1,12;2,12]
Não <sup>¶</sup>	28 (36,4)	49 (63,6)		[1]	

Notas: <sup>†</sup>Teste Qui-Quadrado; <sup>‡</sup>N=296, quatro entrevistados utilizavam apenas medicação injetável; <sup>§</sup>Razão de Prevalência; <sup>¶</sup>Intervalo com 95% de confiança; <sup>¶</sup>Transtorno Mental; \*Categoria de referência. Nota: (N=300).

## DISCUSSÃO

É preocupante concluir que 49% dos entrevistados não aderiram ao uso do medicamento, se considerarmos todas as implicações da não adesão ao portador de transtorno mental, como piora do prognóstico, crises mais frequentes e intensas,

aumento do risco de tentativa de suicídio e comprometimento da qualidade de vida<sup>(1,3-4)</sup>.

Outros estudos<sup>(11-16)</sup> corroboram os achados, contudo, a literatura não apresenta consenso em relação a isso, pois há relatos de prevalência de adesão superior a 71%<sup>(6,17-18)</sup>. O método

empregado para verificar a adesão, o delineamento do estudo, o tipo de medicação usada e o local de realização da pesquisa devem ser considerados na análise dos resultados, pois estas variáveis podem interferir na prevalência de adesão encontrada<sup>(4)</sup>.

A falta de adesão à terapêutica medicamentosa, quando não identificada adequadamente pelos profissionais de saúde, repercute em ajustes desnecessários, tais como inclusão ou substituição de medicamentos e aumento da dose frente à possível não efetividade do medicamento anteriormente prescrito<sup>(4,7)</sup>.

A adesão em determinado momento não garante a adesão posterior, pois o significado atribuído pelo indivíduo ao uso do medicamento e a motivação para fazê-lo não são permanentes, sofrem influência de sua vivência e de experiências anteriores. Assim, mesmo os pacientes aderentes necessitam de atenção e monitoramento quanto ao uso dos medicamentos<sup>(3,7,15)</sup>.

Observou-se que os participantes do sexo masculino aderiram mais à terapêutica medicamentosa em relação aos do sexo feminino. Estudos têm evidenciado que os homens apresentam menor risco de interromper o uso dos medicamentos e que o sexo feminino está associado à não adesão<sup>(5,19)</sup>.

Sobre esse achado, o aumento de peso, e a consequente alteração na imagem corporal, tem sido relatado pelas mulheres como um incômodo vivenciado durante a terapêutica medicamentosa. Tal fator pode causar insatisfação com a aparência física e implicar a interrupção ou o uso irregular do medicamento prescrito<sup>(20-21)</sup>.

A menor adesão entre aqueles que recebiam menos de um salário mínimo justifica-se, visto que, antes mesmo de decidir seguir ou não as recomendações dos profissionais de saúde sobre a terapêutica medicamentosa, o indivíduo precisa ter acesso ao medicamento, e a falta de recurso financeiro para a sua aquisição restringe ou impossibilita esse acesso e compromete sobremaneira o uso contínuo dos medicamentos prescritos.

No Brasil, apesar de existirem programas de distribuição gratuita de medicamentos para tratamento de enfermidades crônicas, os portadores de transtorno mental experimentam falhas no fornecimento do medicamento por parte dos serviços públicos de saúde<sup>(6,22)</sup>. Os medicamentos que não são fornecidos gratuitamente e que apresentam interrupção ou falhas na sua dispensação podem levar os usuários à não adesão à terapêutica medicamentosa devido a sua incapacidade de custear a compra dos medicamentos, pois, com renda inferior a um salário mínimo, a pessoa muitas vezes não consegue sequer arcar com suas necessidades básicas como alimentação, vestuário e moradia<sup>(23)</sup>.

Quanto ao histórico familiar, um estudo<sup>(24)</sup> desenvolvido na República Checa mencionou que a adesão não diferiu entre participantes com ou sem histórico familiar de transtorno mental. Dada a escassez de estudos que tenham investigado essa variável, sugere-se a realização de outras pesquisas para verificar se o padrão de associação se repete e permitir a discussão mais consistente sobre o achado.

Em relação aos que consideravam sua saúde ruim ou regular aderiram menos comparados aos que a consideravam muito boa, estudo com 11.842 portadores de doença crônica observou que a autopercepção de saúde mostrou-se fortemente associada à não adesão, sendo a probabilidade de não adesão três vezes maior nos indivíduos que apresentavam autopercepção de saúde ruim ou muito ruim<sup>(23)</sup>.

A vontade de interromper o uso do medicamento parece ser mais intensa quando a pessoa não observa melhora em seu estado de saúde, fato que a leva a crer na ineficácia do medicamento. Já a percepção de melhora na qualidade de vida, do bem-estar subjetivo, da diminuição dos sintomas e, conseqüentemente, das limitações e do sofrimento, são benefícios atribuídos por portadores de transtorno mental ao uso dos medicamentos<sup>(2,7)</sup>. Essa percepção pode reforçar a adesão à terapêutica medicamentosa, pois a pessoa deseja manter-se bem, o que corrobora o resultado encontrado.

Porém, a literatura também descreve a correlação entre sentir-se bem e a interrupção do uso do medicamento, uma vez que o indivíduo não percebe a necessidade de seguir a terapêutica na ausência dos sintomas do transtorno, pois acredita estar recuperado e prioriza como se sente no seu dia a dia, não pautando sua decisão em seguir a terapêutica medicamentosa nas possíveis complicações que possam ocorrer devido ao abandono ou ao uso irregular do medicamento<sup>(6,14)</sup>.

Os participantes com diagnóstico de depressão associada a outro transtorno mental aderiram menos à terapêutica medicamentosa. A presença de comorbidade psiquiátrica requer o uso de mais de um medicamento, e os regimes complexos de tratamento tendem a ser associados à baixa adesão<sup>(6,12)</sup>. Além disso, os sintomas da depressão, tais como falta de energia e iniciativa, dificuldades para tomar decisões, desesperança e ideias de menos valia, podem por si só comprometer a adesão à terapêutica medicamentosa, pois o portador de transtorno mental, sentindo-se desmotivado para viver, estará mais propenso à não adesão<sup>(25)</sup>.

Os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia aderiram mais quando comparados aos indivíduos com outro transtorno mental. Os portadores de transtorno mental, na maior parte das vezes, consideram a esquizofrenia um transtorno grave, que impõe sérias limitações às suas vidas; eles também verbalizam receio em vivenciar novas crises. Nesse contexto, entendem a terapêutica medicamentosa como recurso capaz de atenuar a susceptibilidade e a severidade do transtorno, o que favorece o uso correto dos medicamentos prescritos<sup>(6)</sup>.

Entretanto, estudo de coorte, com 11.797 pacientes com esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e depressão, não evidenciou diferenças quanto à adesão, ao considerar que o percentual de descontinuação do uso do medicamento foi semelhante nos três transtornos<sup>(5)</sup>. O transtorno mental, por ter curso crônico, pode apresentar limitações permanentes em função do tempo de acometimento, contribuindo para que a pessoa não apresente motivação para o uso contínuo e regular da medicação.

Nesse sentido, o longo período de tratamento e o uso contínuo das medicações são identificados como fatores que dificultam a adesão ao uso dos medicamentos<sup>(25-26)</sup>. Contudo, há relatos de associação inversa à encontrada, visto que portadores de transtorno mental com maior tempo de tratamento aderiram mais ao uso do medicamento, pois tomaram consciência do benefício da medicação somente após períodos de não adesão constantes, no qual convivem com a carga imposta pela piora dos sinais e sintomas do transtorno<sup>(12,19)</sup>.

Quanto à associação entre tentativa de suicídio e adesão, tem-se que a não adesão favorece a agudização dos sinais e sintomas do transtorno, e o portador de transtorno mental, nessa condição, fica mais exposto a ideais de

autoextermínio<sup>(20)</sup>. Ademais, uma revisão sistemática sobre adesão ao tratamento medicamentoso evidenciou que entre as consequências da não adesão estão maior risco de recaída, hospitalização e suicídio. O risco de suicídio foi estimado de cinco a sete vezes maior entre os não aderentes<sup>(27)</sup>.

Aqueles que deixaram de tomar o medicamento alguma vez no último mês e os que não tinham participação da família na terapêutica medicamentosa aderiram menos. Esquecer-se de tomar o medicamento algumas vezes é um preditor de má adesão<sup>(3,6-7)</sup>. Não contar com auxílio para a supervisão e a administração dos medicamentos prescritos são fatores que dificultam a adesão, principalmente em situações de esquema medicamentoso complexo ou diante da presença de dificuldades funcionais expressivas<sup>(6)</sup>.

Os familiares exercem papel significativo e decisivo no processo de adesão, pois auxiliam e supervisionam a autoadministração dos medicamentos, acompanham as consultas, adquirem os medicamentos, reforçam a motivação para o seu uso, bem como avaliam constantemente as aptidões e limitações dos portadores de transtorno mental para executarem sozinhos a administração da medicação<sup>(3,7)</sup>.

Em recente publicação, o apoio familiar, manifestado pelo incentivo ou pela participação direta dos familiares, tanto nos cuidados integrais ao portador de transtorno mental quanto na aquisição dos medicamentos, foi um facilitador na dinâmica complexa do uso de medicamentos prescritos para o tratamento do transtorno mental<sup>(20)</sup>.

No mesmo sentido, estudo desenvolvido nos EUA, com 761 pessoas com diagnóstico de depressão, observou que os

participantes que relataram maior satisfação com o envolvimento da família em seu tratamento apresentaram menores chances, ao longo do tempo, de deixar de tomar o medicamento por falta da dose e de tomar a medicação de forma diferente da prescrição médica<sup>(28)</sup>.

## CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou adesão de 51% dos portadores de transtorno mental à terapêutica medicamentosa na saúde mental. O fator adesão associou-se com as variáveis sexo, renda individual, histórico familiar de transtorno mental, percepção sobre sua saúde, diagnóstico de transtorno mental, tempo de doença e de tratamento no CAPS, tentativa de suicídio, deixar de tomar o medicamento alguma vez no último mês e participação da família.

Diante da complexidade e da dinamicidade do fenômeno da adesão ao uso do medicamento por portadores de transtorno mental, o presente estudo pode contribuir para a prática interdisciplinar dos profissionais de saúde que atuam na saúde mental ao evidenciar que eles devem manter-se atentos aos fatores que predis põem à má adesão. Além disso, devem dispor de ações estratégicas como grupos de medicação, de orientação/informação e inclusão da família no tratamento, a fim de minimizar as dificuldades apresentadas e de promover a adesão e a segurança do paciente na terapêutica medicamentosa. Enfatiza-se, também, a necessidade de políticas que garantam o acesso à medicação.

O estudo apresenta como limitações o delineamento transversal e a verificação da adesão por meio do autorrelato dos participantes.

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar a adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental e a associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e farmacoterapêuticas à adesão. **Método:** Estudo transversal, realizado em dois Centros de Atenção Psicossocial em Curitiba/Paraná, em 2014, com portadores de transtorno mental. Os dados oriundos de entrevista estruturada e de consulta a prontuários foram submetidos à análise descritiva e bivariada. **Resultados:** Participaram do estudo 300 portadores de transtorno mental. 51% dos participantes aderiram à terapêutica medicamentosa, sendo a adesão maior nos indivíduos do sexo masculino, sem histórico familiar de transtorno mental, com diagnóstico de esquizofrenia, com tempo de doença inferior a 1 ano, que não deixaram de tomar o medicamento nenhuma vez no último mês e que contaram com a participação da família. A adesão foi menor entre os entrevistados com renda individual inferior a um salário mínimo, percepção de saúde regular e ruim, diagnóstico de depressão associado a outro transtorno, tempo de tratamento no serviço superior a 2 anos e com histórico de tentativa de suicídio. **Conclusão:** Houve baixa adesão à terapêutica medicamentosa. As variáveis associadas à adesão foram sexo, renda individual, histórico familiar de transtorno mental, percepção sobre sua saúde, diagnóstico de transtorno mental, tempo de doença e de tratamento, tentativa de suicídio, deixar de tomar o medicamento alguma vez no último mês e participação da família.

## DESCRIPTORIOS

Transtornos Mentais; Adesão à Medicação; Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental.

## RESUMEN

**Objetivo:** Verificar la adhesión del portador de trastorno mental a la terapéutica farmacológica en el tratamiento en salud mental y la asociación entre las variables demográficas, socioeconómicas, clínicas y farmacoterapéuticas a la adhesión. **Método:** Estudio transversal, realizado en dos Centros de Atención Psicossocial en Curitiba/Paraná, en 2014, con portadores de trastorno mental. Los datos provenientes de entrevista estructurada y de consulta a fichas médicas fueron sometidos al análisis descriptivo y bivariado. **Resultados:** Participaron en el estudio 300 portadores de trastorno mental. El 51% de los participantes adhirieron a la terapéutica farmacológica, siendo la adhesión mayor en los individuos del sexo masculino, sin antecedentes familiares de trastorno mental, con diagnóstico de esquizofrenia, con tiempo de enfermedad inferior a un año, que no dejaron de tomar el fármaco ninguna vez el último mes y que contaron con la participación de la familia. La adhesión fue menor entre los entrevistados con ingresos individuales inferiores a un sueldo mínimo, percepción sanitaria regular y mala, diagnóstico de depresión asociado con otro trastorno, tiempo de tratamiento en el servicio superior a dos años y con antecedentes de intento de suicidio. **Conclusión:** Hubo baja adhesión a la terapéutica farmacológica. Las variables asociadas con la adhesión fueron sexo, ingresos individuales, antecedentes familiares de trastorno mental, percepción sobre su salud, diagnóstico de trastorno mental, tiempo de enfermedad y de tratamiento, intento de suicidio, dejar de tomar el medicamento alguna vez el último mes y participación de la familia.

## DESCRIPTORIOS

Transtornos Mentales; Cumplimiento de la Medicación; Enfermería Psiquiátrica; Salud Mental.

## REFERÊNCIAS

1. Miasso AI, Cassiani SHB, Pedrão LJ. Affective bipolar disorder and ambivalence in relation to the drug treatment: analyzing the causal conditions. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 10];45(2):425-32. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en\\_v45n2a18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a18.pdf)
2. Nicolino OS, Vedana KGG, Miasso AI, Cardoso L, Galera SAF. Schizophrenia: adherence to treatment and beliefs about the disorder and the drug treatment. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2014 July 15];45(3):703-13. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en\\_v45n3a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a23.pdf)
3. Vedana KGG, Miasso AI. The meaning of pharmacological treatment for schizophrenic patients. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 05];22(4):670-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/0104-1169-rlae-22-04-00670.pdf>
4. Silva TFC, Lovisi GM, Verdolin LD, Cavalcanti MT. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61(4):242-51. DOI: 10.1590/S0047-20852012000400008
5. Conti V, Lora A, Cipriani A, Fortino I, Merlino L, Barbui C. Persistence with pharmacological treatment in the specialist mental healthcare of patients with severe mental disorders. *Eur J Clin Pharmacol*. 2012;68(12):1647-55. DOI:10.1007/s00228-012-1298-2
6. Miasso AI, Miamoto CS, Mercedes BPC, Vedana KGG. Adherence, knowledge, and difficulties related to pharmacological treatment for people with schizophrenia. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 10];17(2):186-95. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17n2/pdf/v17n2a03-en.pdf>
7. Vedana KGG, Cirineu CT, Zanetti ACG, Miasso AI. Acting for relief: coping with schizophrenia and nuisances caused by drug treatment. *Cienc Cuid Saúde*. 2013;12(2):365-74. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v12i2.20342
8. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2009.
9. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde Doenças* [Internet]. 2001 [citado 2014 fev. 06];2(2):81-100. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>
10. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [cited 2017 Aug 27]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
11. Lucca JM, Ramesh M, Parthasarathi G, Ram D. Incidence and factors associated with medication nonadherence in patients with mental illness: a cross-sectional study. *J Postgrad Med*. 2015;61(4):251-6. DOI: 10.4103/0022-3859.166514
12. Alene M, Wiese MD, Angamo MT, Bajorek BV, Yesuf EA, Wabe NT. Adherence to medication for the treatment of psychosis: rates and risk factors in an Ethiopian population. *BMC Clin Pharmacol* [Internet]. 2012 [cited 2014 Jan 15];12:10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3416691/>
13. Montes JM, Maurino J, Dios C, Medina E. Suboptimal treatment adherence in bipolar disorder: impact on clinical outcomes and functioning. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 22];7:89-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3553333/>
14. Tesfay K, Girma E, Negash A, Tesfaye M, Dehning S. Medication non-adherence among adult psychiatric out patients in Jimma University specialized hospital, southwest Ethiopia. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 20];23(3):227-36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847532/>
15. Arvilommi P, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Valtonen H, Isometsä E. Predictors of adherence to psychopharmacological and psychosocial treatment in bipolar I or II disorders-an 18-month prospective study. *J Affective Disord*. 2014;155:110-7. DOI: 10.1016/j.jad.2013.10.032
16. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinante em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2016 out. 20];30(1):126-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00126.pdf>
17. Sylvia LG, Hay A, Ostacher MJ, Miklowitz DJ, Nierenberg AA, Thase ME, et al. Association between therapeutic alliance, care satisfaction, and pharmacological adherence in bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 23];33(3):343-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3873324/>
18. Fornaro M, De Berardis D, Iasevoli F, Pistorio ML, D'Angelo E, Mungo S, et al. Treatment adherence towards prescribed medications in bipolar-II acute depressed patients: relationship with cyclothymic temperament and "therapeutic sensation seeking" in response towards subjective intolerance to pain. *J Affect Disord*. 2013;151(2):596-604. DOI: 10.1016/j.jad.2013.07.004
19. Kooij JJS, Rösler M, Philipson A, Wächter S, Dejonckheere J, Van der Kolk V, et al. Predictors and impact of non-adherence in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder receiving OROS methylphenidate: results from a randomized, placebo-controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2013;13:36. DOI: 10.1186/1471-244X-13-36
20. Ferreira ACZ, Brusamarello T, Capistrano FC, Marin MJS, Maftum MA. The experience of mental disorder patients using psychotropic medication under the perspective of complex thinking. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e1000016. DOI: 10.1590/0104-0707017001000016
21. Kamei K, Terao T, Katayama Y, Hoaki N. Affective temperaments and psychotropic adherence. *J Affective Disord*. 2013;150(3):1142-7. DOI: 10.1016/j.jad.2013.05.064
22. Borba LO, Maftum MA, Vayego SA, Kalinke PL, Ferreira ACZ, Capistrano FC. Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no centro de atenção psicossocial (CAPS). *REME Rev Min Enferm*. 2017;e-1010. DOI: 10.5935/1415-2762.20170020
23. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 31];50 Suppl 2. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf>
24. Hajda M, Kamaradova D, Prasko J. Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission: a cross sectional study. *Eur Psychiatry*. 2016;57(1-2):6-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1160>
25. Ibanez G, Mercedes BPC, Vedana KGG, Miasso AI. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2016 nov. 15];67(4):556-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0556.pdf>

26. Teferra S, Hanlon C, Beyero T, Jacobsson L, Shibre T. Perspectives on reasons for non-adherence to medication in persons with schizophrenia in Ethiopia: a qualitative study of patients, caregivers and health workers. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 15];13:168. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3686587/>
27. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013;3(4):200-18. DOI:10.1177/2045125312474019
28. Bolkan CR, Bonner LM, Campbell DG, Lanto A, Zivin K, Chaney E, et al. Family involvement, medication adherence, and depression outcomes among patients in veterans affairs primary care. *Psychiatr Serv*. 2013;64(5):472-8. DOI: 10.1176/appi.ps.201200160



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.