



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CARLOS EDUARDO ARAÚJO DE OLIVEIRA

**ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO
AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DE UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

**ARACAJU
2012**

CARLOS EDUARDO ARAÚJO DE OLIVEIRA

**ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO
AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
ARACAJU**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador : Prof. Dr. Lucindo José Quintans Júnior

Co-orientador: Prof. Dr. Wellington Barros da Silva

ARACAJU

2012

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

O48e Oliveira, Carlos Eduardo Araújo de
Estudo de utilização de medicamentos no ambulatório de saúde
mental de uma unidade básica de saúde do município de Aracaju /
Carlos Eduardo Araújo de Oliveira. -- Aracaju, 2013.
87 f. : il.

Orientador (a): Prof. Dr. Lucindo José Quintans Júnior.
Co-Orientador: Prof. Dr. Wellington Barros da Silva.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade
Federal de Sergipe, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa,
Núcleo de Pós-Graduação em Medicina.

1. Medicamentos - Administração 2. Transtornos mentais 3. Psicofármacos -
Utilização 4. Saúde mental 5. Farmacoterapia 6. Farmacologia I. Título.

CDU 615.21:616.89

CARLOS EDUARDO ARAÚJO DE OLIVEIRA

**ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO
AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
ARACAJU**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

Orientador: Prof. Dr. Lucindo José Quitans Júnior

1º Examinador: Prof. Dr. Wellington Barros da Silva

2º Examinador: Prof. Dr. Marcio Roberto Viana dos Santos

PARECER

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que nunca deixaram de acreditar que eu fosse capaz de concluí-lo: minha mãe – Maridete; minha noiva – Verônica; meu irmão – Alexandre; minha irmã – Pricila; e ao meu vizinho, mestre e amigo – Wellington. Obrigado pela força e confiança.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, gostaria de agradecer a minha família, minha mãe – Maridete, meu irmão – Alexandre, minha irmã – Pricila e meu sobrinho – Miguel, que estão distantes, mas sempre presentes em todos os momentos da minha vida. Ao meu amor, Verônica, sempre ao meu lado e já já casados, hein amor? Vivo para fazê-los felizes.

Ao meu cunhado, Carlos Mário, pela disponibilização dos seus conhecimentos sobre informática.

Agradeço aos colegas da Coordenação Estadual de Saúde Mental, em especial, Ana Raquel, Flávia, Anusca, Fátima e Sony. Ao meu orientador, Lucindo, por ter me dado esta grande oportunidade.

Às colegas do posto D. Sinhazinha: Antônia, Alice, Meire, Louraci e Dra. Mariza; a participação de vocês foi decisiva para a realização deste trabalho.

Ao meu co-orientador Wellington e sua esposa Patrícia, que abriram as portas de sua casa durante todo este tempo, nos mais diversos horários, vocês são demais.

Aos colegas do mestrado e doutorado: Mila, Kátia, Jerônimo, Janaína, pelos momentos de descontração e aprendizado.

A Chiara, por compartilhar seu conhecimentos sobre estatística.

Aos professores, especialmente ao professor Leonardo e a professora Francilene, que se dispuseram a contribuir para este trabalho no momento da qualificação e ao professor Márcio, por aceitar participar da banca de defesa.

Agradeço a Deus, por ter me dado a força para não desistir de buscar meus sonhos.

RESUMO

No tratamento dos transtornos mentais (TM), a não adesão à farmacoterapia é observada em cerca de 50% das pessoas e é responsável por inúmeros prejuízos, além de ser a principal causa de morbidade psiquiátrica e reinternações. Neste trabalho, dentre outros objetivos, buscou-se determinar o perfil de utilização de psicofármacos, bem como avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes atendidos num Ambulatório de Saúde Mental no município de Aracaju – SE. Para tanto, foi realizado um estudo do tipo observacional exploratório, descritivo com delineamento do tipo transversal, no período de agosto de 2011 a novembro de 2011 e concebida em duas etapas distintas – análise de prontuários e entrevistas. Na primeira etapa do estudo foram avaliados os prontuários de 244 pacientes, dos quais 69,67% eram do gênero feminino; 79,10% possuíam idade superior a 35 anos (média = $47,4 \pm 13,8$ anos), sendo que 36,64% dos pacientes faziam uso de antidepressivos; 27,22% de antiepiléticos; 26,30% de antipsicóticos e 10,40% de ansiolíticos. Na segunda etapa da pesquisa, foi possível inferir que mais de 55% da amostra possuíam baixa escolaridade; 41,4% eram solteiros e 42,8% apresentavam outros problemas de saúde, além dos TM. No que se refere ao nível de conhecimento sobre os medicamentos usados, esta variável apresentou bons resultados, já que 60% dos pacientes foram classificados na categoria “conhece muito”. Entretanto, quando a variável analisada foi a adesão, os resultados revelaram que 49,3 % dos pacientes investigados não aderiam ao tratamento, tendo como principais causas de não adesão o esquecimento (53%), a falta de medicamento nas unidades de saúde (47%) ou a falta de recursos financeiros para a aquisição dos mesmos (45%) – todas estas consideradas causas não intencionais de não adesão. Por se tratar de um estudo inédito no contexto da atenção ambulatorial em Saúde Mental no Estado, espera-se que os resultados contribuam para as ações de avaliação e planejamento no componente especializado da Assistência Farmacêutica e na perspectiva do fortalecimento dos preceitos da reforma psiquiátrica, tendo como foco a abordagem integral da atenção à saúde mental e o uso racional de fármacos psicotrópicos.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão, Estudo de Utilização de Medicamentos, Saúde Mental.

ABSTRACT

In the treatment of the mental disorders (MD), the not adhesion to the pharmacotherapy is observed in about 50% of people and is responsible for countless damage, besides being the main cause of psychiatric morbidity and rehospitalization. In this work, among other objectives, it sought to determine the psychoactive medicinal product utilization profile, as well as to evaluate the adhesion degree to the medical treatment in patients attended in an Ambulatory of Mental Health in Aracaju's Municipal district – SE. For that, it was accomplished an exploratory, descriptive observational study with transversal delineation, within the period from August 2011 to November 2011 and conceived in two distinct stages – medical records and interviews analysis. In the study first stage were evaluated medical records of 244 patient, of which 69.67% belonged to the feminine gender; 79.10% owned age superior to 35 years (average = $47,4 \pm 13,8$ years), and 36.64% of the patients used antidepressant; 27.22% anticonvulsants; 26.30% antipsychotics and 10.40% anxiolytics. In the second research stage, it was possible to infer that more than 55% of the sample owned low education; 41.4% were single and 42.8% presented other health problems, besides MD. Regarding to the knowledge level on the used medications, this variable presented good results, since 60% of the patients were classified in the category “know well”. However, when the analyzed variable was the adhesion, the results revealed that 49,3 % of the investigated patients did not adhere to the treatment, having as main causes of not adhesion the forgetfulness (53%), the medication lack in the units of health (47%) or the lack of financial resources for the acquisition of the same (45%) – all these considered not intentional causes of not adhesion. By the case it is an unpublished study in the outpatient attention context in Mental Health in the State, it expects that the results contribute for the evaluation and planning actions in the component specialized of the Pharmaceutical Assistance and in the precepts invigoration perspective of the psychiatric reform, having as focus the integral approach of the attention to the mental health and the rational use of psychotropic pharmacons.

KEY WORDS: Mental Health, Drug Utilization Studies, Treatment Adherence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AJU – Aracaju

ATC – Anatomical-Therapeutical-Chemical Classification System

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPS i – CAPS infantil

CAPSad – CAPS para usuários de álcool e drogas

CEP/UFS – Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos / Universidade Federal de Sergipe

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10^a Revisão

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CODAF – Coordenação de Assistência Farmacêutica

DP – Desvio Padrão

EUM – Estudo(s) de Utilização de Medicamento(s)

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SE – Sergipe

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

TM – Transtorno(s) Mental(is)

UBS – Unidade Básica de Saúde

UF – Unidade Federativa

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Rede de Atenção à Saúde Mental.....	18
Figura 2. Classificação ATC clonazepam (WHO, 2012b).....	27
Figura 3. Fluxograma do procedimento metodológico.....	37
Figura 4. Distribuição das causas de não adesão ao tratamento na amostra estudada (n=152). Aracaju, novembro de 2011	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Centros de Atenção Psicossocial por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF (Brasil, 2011).....	21
Tabela 2. Distribuição de Ambulatórios de Saúde Mental por UF (BRASIL, 2006).....	23
Tabela 3. Distribuição da população (n=244), de acordo com as variáveis sócio-demográficas. Aracaju, agosto de 2011.....	39
Tabela 4. Distribuição dos psicofármacos utilizados pela população estudada (n=244), de acordo com a Classificação ATC, agosto de 2011).....	40
Tabela 5. Classe terapêutica das drogas psicotrópicas utilizadas pela população (n=244) de pacientes do Ambulatório de Saúde Mental da UBS D. Sinhazinha, de acordo com a Classificação ATC, agosto de 2011.....	41
Tabela 6. Distribuição da amostra (n=152), de acordo com as variáveis sócio-demográficas, Aracaju, novembro de 2011.....	43
Tabela 7. Distribuição da amostra, de acordo com as variáveis problema de saúde, conhecimento do medicamento utilizado e adesão pelos testes de Haynes-Sackett e Morisky-Green. Aracaju, novembro de 2011.....	44
Tabela 8. Distribuição da adesão pelo teste de Haynes-Sackett segundo as variáveis: gênero, faixa etária, escolaridade, problema de saúde e polifarmácia. Aracaju, novembro de 2011.....	45
Tabela 9. Distribuição da adesão pelo teste de Morisky-Green segundo as variáveis: gênero, faixa etária, escolaridade, problema de saúde e polifarmácia. Aracaju, novembro de 2011.....	46
Tabela 10. Distribuição do conhecimento segundo as variáveis: gênero, faixa etária, escolaridade, problema de saúde e polifarmácia. Aracaju, novembro de 2011.....	47
Tabela 11. Distribuição da adesão pelo teste de Morisky-Green, segundo a variável conhecimento, pelo teste do χ^2 de Mantel-Haenzel. Aracaju, novembro de 2011.....	48
Tabela 12. Distribuição da adesão pelo teste de Haynes Sackett segundo a variável conhecimento pelo teste exato de Fisher. Aracaju, novembro de 2011.....	48
Tabela 13. Distribuição dos problemas de saúde na amostra estudada. Aracaju, novembro de 2011.....	50

Tabela 14. Grupo Anatômico e Classe terapêutica das drogas não psicotrópicas utilizadas pela amostra (n=152) dos pacientes do Ambulatório de Saúde mental da UBS D. Sinhazinha, de acordo com a Classificação ATC, novembro de 2011.....	51
Tabela 15. Distribuição dos motivos para a procura do serviço de saúde na amostra estudada. Aracaju, novembro de 2011.....	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Saúde Mental: a dimensão do problema e o modelo assistencial brasileiro	16
2.1.1 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	19
2.1.2 Residências Terapêuticas	22
2.1.3 Ambulatório de Saúde Mental	22
2.2 A Farmacoepidemiologia e o uso de medicamentos na sociedade	24
2.2.1 Estudos de utilização de medicamentos (EUM)	24
2.3 Estudos de adesão ao tratamento em Saúde Mental	27
3 OBJETIVOS	30
3.1 Objetivo Geral	30
3.2 Objetivos Específicos	30
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	31
4.1 Delineamento e período do estudo	31
4.2 Características do local de estudo	31
4.3 População elegível, amostragem e critérios de elegibilidade	31
4.3.1 Critérios de exclusão	32
4.4 Aspectos éticos da pesquisa	32
4.5 Fases da pesquisa	32
4.5.1 Fase exploratória	32
4.5.2 Fase de campo	32
4.5.3 Fase de tratamento e análise dos dados	33
4.6 Instrumento e técnica de coleta de dados	33
4.7 Plano de análise das variáveis-foco do estudo	34

4.7.1 Avaliação do Conhecimento sobre os medicamentos e Polifarmácia	34
4.7.2 Avaliação da Adesão ao Tratamento	35
4.8 Tratamento e análise estatística de dados	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 Análise dos prontuários	38
5.2 Entrevistas	42
6 LIMITAÇÕES	53
7 CONCLUSÃO	54
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	64
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS	68
APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS	70
APÊNDICE E – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	75
APÊNDICE F – ARTIGO	76

1 INTRODUÇÃO

A expressão Transtornos Mentais (TM) e comportamentais, usada pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10), indica o conjunto de sintomas ou comportamentos reconhecíveis clinicamente, acompanhados, na maioria dos casos, de sofrimento e interferência nas funções pessoais e que podem ser causa, básica ou associada, de morte (TUONO et al., 2007).

Os TM caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Estudos realizados, em países industrializados, apontam que sua prevalência na população varia de 7% a 30% (LUDEMIR et al., 2002).

O número de investigações epidemiológicas com base populacional, na área de saúde mental, ainda é muito pequeno (MARAGNO et al., 2006). Entretanto, estudos epidemiológicos, desenvolvidos no Brasil, determinaram que a prevalência de TM em adultos é cerca de 30%, sendo que aproximadamente 20 % destes casos necessitam de algum tipo de cuidado médico (TUONO et al., 2007). Sendo assim, a farmacoepidemiologia pode ser útil na provisão de informações sobre os efeitos benéficos e perigosos de qualquer fármaco, permitindo assim, uma melhor compreensão da relação risco-benefício para o uso de qualquer medicamento em qualquer paciente (PERINI et al., 2001).

A revisão da literatura não evidenciou a existência de EUM (Estudos de Utilização de Medicamentos) no país voltados para a descrição e identificação dos fatores que interferem no processo de uso de medicamentos entre os usuários do SUS (Sistema Único de Saúde) que recebem cuidados no contexto das ações de saúde mental. Alguns trabalhos realizados fora do país apontam que um dos problemas mais relevantes neste grupo de pacientes refere-se à baixa adesão ou ao abandono da farmacoterapia.

Sabe-se que pacientes que aderem ao tratamento farmacológico possuem menos riscos de serem hospitalizados ou sofrerem recaídas quando comparados aos pacientes que não aderem a esta terapia (CARDOSO et al., 2009). Dessarte, a caracterização do perfil farmacoterapêutico, a investigação de indicadores e a determinação da adesão serão úteis para minimizar diversos problemas de saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Saúde Mental: a dimensão do problema e o modelo assistencial brasileiro

Definir Saúde Mental não é um processo simples. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), ela pode ser definida como o estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades; pode lidar com os estresses normais da vida; é capaz de trabalhar produtivamente; e está apto a contribuir com sua comunidade (WHO, 2001). Já para Saraceno (2001), o conceito de saúde mental reúne as noções de condição desejada de bem-estar dos indivíduos e das ações necessárias que possam determinar essa condição.

Dentre as dez principais causas de incapacidade, em todo o mundo, quatro delas estão relacionadas às doenças mentais, o que corresponde a 12% da carga mundial das doenças. Segundo a OMS, aproximadamente 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais; entretanto, somente uma pequena parcela desta população tem acesso a algum tipo de tratamento (WHO, 2001).

De acordo com a OMS, aproximadamente 60% dos seus países-membros apresentam algum tipo de política pública especificamente voltada à promoção da Saúde Mental, cobrindo aproximadamente 72% da população mundial; no entanto, ainda há países, a exemplo da Índia, que não possuem oficialmente ações neste sentido. Globalmente, os gastos com Saúde Mental não ultrapassam US\$ 2,00 por pessoa, diminuindo drasticamente nos países de baixa renda, onde os investimentos nesta área são em torno de US\$ 0,25 por habitante (WHO, 2011).

No Brasil, pesquisas demonstraram que aproximadamente 3% da sua população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes. Outrossim, foi observado que cerca de 10 a 12% da população não sofrem transtornos severos, mas mesmo assim precisam de cuidados em saúde mental na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem (BRASIL, 2005).

As discussões sobre os cuidados oferecidos às pessoas com sofrimento psíquico, nos hospitais psiquiátricos, despontaram no período que sucedeu a II Guerra Mundial, uma

vez que era inevitável a sua comparação com o tratamento dado aos prisioneiros dos campos de concentração (VECHI, 2004).

A situação dos hospitais psiquiátricos no Brasil não era diferente. O início da década de 50 foi caracterizado pelo desordenado crescimento dessas instituições em todo o país, incentivado pela realização de convênios com os governos estaduais e federal, fator que viabilizou a construção desses hospitais em vários estados, inclusive em Sergipe. Ocorre que muitos destes nosocômios, caracterizados como hospitais-colônias, eram precários ou distantes dos centros urbanos e tinham como função social apenas a exclusão (PAULIN et al., 2004).

Em 1990 surge a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, convocada pela Organização Pan-Americana da Saúde. Este documento inclui, entre outros princípios, os concernentes aos direitos humanos dos pacientes com sofrimento mental (JORGE et al., 2001).

Considerando este marco, bem como os desdobramentos do movimento sanitaria iniciou-se no Brasil o movimento de Reforma Psiquiátrica. Tal movimento teve como norte a desinstitucionalização hospitalar, através da desconstrução do manicômio, visando sua substituição por outras práticas terapêuticas, bem como promovendo a cidadania do doente mental (GONÇALVES et al., 2001).

A mudança do modelo assistencial para o tratamento de pacientes com TM avançou significativamente com a publicação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país. Além de contribuir para a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, esta lei favoreceu o retorno dos pacientes ao convívio social e familiar (BRASIL, 2005; LANCETTI, 1994).

No final do ano de 2001, foi realizada em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesta conferência, foram pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil, consolidando a Reforma Psiquiátrica como uma política de governo e conferindo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o valor estratégico para a mudança almejada do modelo de assistência (BRASIL, 2005).

Ressalte-se, no entanto, que o novo modelo prevê outros equipamentos ou dispositivos assistenciais que devem estar integrados entre si e inseridos às ações de saúde em diferentes níveis de complexidade. Deste modo, os CAPS devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Ambulatórios de Saúde Mental, o Programa de Saúde da Família (PSF), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospitais Locais, Regionais e de Urgência Mental. A **Figura 1** mostra como deve ser a articulação da rede dos serviços substitutos do Hospital Psiquiátrico (BRASIL, 2004).

Figura 1. Rede de Atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2004).



2.1.1 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Como serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos, os CAPS são caracterizados por serem serviços de saúde municipais, abertos e comunitários que oferecem atendimento diário. De acordo com a política oficial vigente, são funções dos CAPS (BRASIL, 2012a):

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica;
- organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território;
- promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Existem 05 (cinco) categorias de CAPS. Esta divisão é feita de acordo com a sua clientela (adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool e droga); contingente populacional e horário de atendimento. Sendo assim, estes dispositivos podem apresentar-se com as seguintes nomenclaturas:

- CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população com transtornos mentais severos e persistentes, em municípios com população superior a 200.000 habitantes.

- CAPSi: CAPS para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais, em municípios com população superior a 200.000 habitantes.

- CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, em municípios com população superior a 100.000 habitantes. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

A **Tabela 1** traz a distribuição dos CAPS, no Brasil, por Unidade Federativa (UF) e o indicador CAPS/100.00 habitantes por UF. Esta tabela mostra que 11 estados apresentam uma cobertura além da média nacional (0,72 CAPS/habitantes; 18 estados possuem pelo menos 01 CAPS 24hs (CAPS III OU ad III); 05 estados não possuem nenhum CAPS i; e 01 estado não possui nenhum CAPSad. No entanto, o estado de Sergipe se destaca no cenário nacional por apresentar em seu território todos os tipos de CAPS e por possuir uma cobertura superior a média nacional – 1,16 CAPS/habitante (BRASIL, 2012b).

Tabela 1: Centros de Atenção Psicossocial por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF (Brasil, 2011).

UF	Pop	CAPSI	CAPSII	CAPSIII	CAPS i	CAPSad	CAPSadIII	TOTAL	Indicador CAPS/ 100.000 hab.
Acre	732793		1			1		2	0,27
Alagoas	3120922	38	6		1	2		47	0,90
Amapá	668689				1	2		3	0,45
Amazonas	3480937	7	4	1				12	0,26
Bahia	14021432	125	32	3	7	16		183	0,87
Ceará	8448055	48	29	3	6	17		103	0,95
Distrito Federal	2562963	1	2		1	3		7	0,25
Espírito Santo	3512672	7	8		1	3		19	0,44
Goiás	6004045	16	16		2	4		38	0,5
Maranhão	6599683	37	14	1	3	6		61	0,65
Mato Grosso	3033991	24	2		2	5		33	0,69
Mato Grosso do Sul	24499341	9	6	1	1	4		21	0,69
Minas Gerais	19595309	86	44	10	12	21		173	0,69
Pará	7588078	24	15	2	2	6		49	0,5
Paraíba	3766834	39	8	3	8	8		66	1,27
Paraná	10439601	37	28	2	8	22		97	0,76
Pernambuco	8796032	28	19	2	7	12	1	69	0,64
Piauí	3119015	30	7	1	1	4		43	0,91
Rio de Janeiro	15993583	36	39	1	16	18	1	111	0,59
Rio Grande do Norte	3168133	15	11	1	2	7		36	0,92
Rio Grande do Sul	10695532	66	37		17	26	1	147	1,07
Rondônia	1560501	11	5			1		17	0,74
Roraima	451227	1				1		2	0,33
Santa Catarina	6249682	47	13	2	6	11		79	0,9
São Paulo	41252160	64	79	27	43	67	2	282	0,64
Sergipe	2068031	19	4	3	2	4		32	1,16
Tocantins	1383453	7	2			1		10	0,47

Fonte: Área técnica saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

2.1.2 Residências Terapêuticas

Instituídas pela Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde, são definidas como – “uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH (Autorização de Internação Hospitalar) correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental” (BRASIL, 2000b).

2.1.3 Ambulatório de Saúde Mental

As equipes de saúde mental de apoio à Atenção Básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação (BRASIL, 2004).

Os ambulatórios de saúde mental consistem num serviço complementar da rede de Atenção Básica, cuja entrada deve ser referenciada. Este equipamento conta com uma equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra ou clínico com experiência em Saúde Mental, psicólogo e assistente social, devendo ser instalado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2005).

O ambulatório de saúde mental deve ainda ofertar acolhimento às necessidades de saúde dos usuários referenciados pelo Programa de Saúde da Família e/ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a fim de garantir atenção às pessoas com transtornos mentais, ofertar cuidado temporário especializado, devendo realizar a contra-referência para o CAPS (BRASIL, 2005), uma importante estratégia para a integralidade da atenção à saúde.

No Brasil, a maioria dos portadores de TM são atendidos na rede básica de saúde. Estima-se que mais de 90% dos indivíduos com algum tipo de transtorno mental procuram este serviço, enquanto menos de 10% deles recebem atenção na rede especializada de ambulatórios e hospitais psiquiátricos (IACOPONI, 1999). A tabela a seguir, apresentada por

(BRASIL, 2007), mostra a distribuição de ambulatórios de Saúde Mental por unidade federativa.

Tabela 2: Distribuição de Ambulatórios de Saúde Mental por UF (BRASIL, 2006).

Unidade Federativa	Ambulatórios de Saúde Mental
Região Norte	18
Acre	4
Amapá	1
Amazonas	2
Pará	1
Roraima	1
Roraima	2
Tocantins	7
Região Nordeste	148
Alagoas	8
Bahia	37
Ceará	4
Maranhão	4
Paraíba	3
Pernambuco	62
Piauí	17
Rio Grande do Norte	1
Sergipe	12
Região Centro-Oeste	22
Distrito Federal	1
Goiás	9
Mato Grosso	6
Mato Grosso do Sul	6
Região Sudeste	394
Espírito Santo	31
Minas Gerais	89
Rio de Janeiro	68
São Paulo	206
Região Sul	280
Paraná	54
Rio Grande do Sul	104
Santa Catarina	122
Brasil	862

Fonte: Coordenação de Saúde Mental: Levantamento 2006.

No Estado de Sergipe, a mudança no modelo de atenção à Saúde Mental teve início no ano de 2001, na cidade de Aracaju. Entretanto, só em 2002 é que os CAPS e os Ambulatórios de saúde Mental foram implantados nesta cidade (FUNESA, 2011). Atualmente, a rede municipal de saúde de Aracaju é composta por 06 (seis) CAPS – 01 CAPS I, 03 CAPS III, 01 CAPS AD e 01 CAPSi – além de 04 Ambulatórios de Saúde Mental.

2.2 A Farmacoepidemiologia e o uso de medicamentos na sociedade

O termo farmacoepidemiologia pode ser considerado como o estudo do uso e efeitos das drogas sobre grandes populações. Pode-se também defini-lo como – “ciência que estuda o impacto dos medicamentos na população humana, utilizando o método epidemiológico "ou" a aplicação deste método ao estudo dos efeitos (benéficos e adversos) e usos dos fármacos em populações humanas”. Surgiu com a necessidade de avaliar os riscos associados ao emprego generalizado de medicamentos e avaliar sua eficácia em condições normais de uso; é a combinação da farmacologia clínica com a epidemiologia (ALVARES, 2004).

Conforme Tognoni e Laporte (1989), a farmacoepidemiologia é composta por duas áreas complementares que buscam conhecer, analisar e avaliar o impacto dos medicamentos sobre as populações humanas: a farmacovigilância e os estudos de utilização de medicamentos (EUM).

A Farmacovigilância é a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos (WHO, 2002).

2.2.1 Estudos de utilização de medicamentos (EUM)

Os EUM destinam-se ao acompanhamento da comercialização, distribuição, prescrição, dispensação e uso dos medicamentos em uma sociedade, com especial enfoque em suas consequências sanitárias, sociais e econômicas (BITTENCOURT et al., 2004). Estes estudos podem fornecer diversas informações sobre os medicamentos; desde a qualidade das

informações transmitidas às tendências comparadas de consumo de diversos produtos, à qualidade dos medicamentos utilizados, à prevalência de prescrição médica, aos custos comparados, entre outros (MARIN et al., 2003). Desta forma, os EUM têm sido considerados como importante ferramenta para planejar e gerenciar os serviços de Assistência Farmacêutica, nortear as políticas de medicamentos e subsidiar as políticas de saúde (CARMO et al., 2004).

Os primeiros trabalhos sobre EUM surgiram no Norte Europeu e no Reino Unido em meados da década 1960. Entre 1966 e 1967, os trabalhos pioneiros de Arthur Engel, na Suécia, e Pieter Siderius, na Holanda, alertaram para a importância de comparar o uso de drogas entre os diferentes países e regiões, inspirando a primeira reunião da OMS sobre o uso de medicamentos que ocorreu na cidade de Oslo em 1969. O EUM desenvolveu-se rapidamente durante os 30 anos seguintes e logo se tornou um dos principais temas discutidos em ciências farmacêuticas nos congressos internacionais. Este desenvolvimento foi mais acelerado na Austrália e na América Latina. O número de artigos sobre o assunto, listados no Index Medicus, subiu de 20 em 1973 (quando o termo EUM apareceu pela primeira vez) para 87 em 1980, 167 em 1990 e 486 em 2000 (WHO, 2003b).

No Brasil, o número de trabalhos apresentados em congressos ou publicados em periódicos correntes tem crescido. Castro e Simões apresentaram uma relação de 101 temas estudados de 1989 a 1994. Segundo aquela autora, em 1995, ao visitar o Brasil, Tognoni expressou a necessidade de estudos direcionados a problemas específicos e considerou a psiquiatria uma área da clínica privilegiada para realização de EUM (CASTRO, 2000).

Estudos de utilização de medicamentos (EUM) são métodos eficazes para promover o uso racional de medicamentos, tendo em vista que estes têm como objetivos identificar os sujeitos, os fatores interferentes e o modo como os medicamentos são utilizados nas populações. Tais objetivos são importantes para tomada de decisões não somente em relação aos medicamentos, mas também sobre a cadeia de saúde de forma global, já que o uso de medicamentos se dá dentro de um contexto mais amplo (CARMO et al., 2004).

Em 2001, CROZARA, classificou os EUM da seguinte maneira:

- Estudos de utilização incluindo a avaliação de oferta de medicamentos;
- Estudos quantitativos de consumo de medicamentos;
- Estudos sobre a qualidade da prescrição;
- Estudos sobre hábitos da prescrição médica;

- Estudos de cumprimento da prescrição médica, vigilância orientada a problemas específicos, planejamento, orçamento;
- Estudos para avaliar o impacto de intervenções específicas.

2.2.1.1 Abordagens metodológicas dos EUM

A OMS estabelece várias metodologias para realização dos EUM, que serão determinadas de acordo com a motivação da realização do estudo. Dentre elas (WHO, 2003a; WHO, 2004b):

- descrição de padrões de uso de medicamentos;
- constatação de variações nos perfis terapêuticos no curso do tempo;
- avaliação dos efeitos de medidas educativas, informativas, reguladoras;
- estimativa do número de indivíduos expostos a medicamentos;
- detecção de doses excessivas, mal uso, doses insuficientes e abuso dos medicamentos;
- estimativa das necessidades de medicamentos de uma sociedade, entre outros.

Uma ferramenta importante para realização de EUM é o Therapeutical Chemical Anatomical (ATC) – sistema de classificação de medicamentos desenvolvido pela OMS; muito utilizado na determinação do perfil farmacoterapêutico em EUM. Neste sistema, os princípios ativos dos medicamentos são divididos em diferentes grupos, de acordo com o órgão ou sistema em que atuam; suas propriedades terapêuticas, farmacológicas e químicas. Os medicamentos são classificados em grupos de cinco níveis diferentes.

No 1º nível, os medicamentos são divididos em quatorze grupos, de acordo com o seu grupo anatômico principal. No nível seguinte, a divisão é feita de acordo com os subgrupos farmacológicos/terapêuticos. O 3º e o 4º níveis determinam os subgrupos químicos/farmacológicos/terapêuticos e o 5º nível, a substância química. Não obstante, os níveis 2, 3 e 4 são frequentemente utilizados para identificar os subgrupos farmacológicos, quando isso é considerado mais apropriado do que os subgrupos terapêuticos ou químicos (WHO 2012a). A classificação ATC do clonazepam está ilustrada na figura a seguir:

Figura 2: Classificação do clonazepam de acordo com o ATC.

N NERVOUS SYSTEM

N03 ANTIEPILEPTICS

N03A ANTIEPILEPTICS

N03AE Benzodiazepine derivatives

ATC code	Name	DDD	U	Adm.R	Note
N03AE01	<u>clonazepam</u>		8 mg	Oral	
			8 mg	Parenteral	

Fonte: WHO, 2012b

2.3 Estudos de adesão ao tratamento em Saúde Mental

A utilização de psicofármacos no tratamento dos TM tem crescido nas últimas décadas em vários países e este crescimento tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população; à introdução de novos fármacos no mercado farmacêutico; bem como, às novas indicações terapêuticas dos medicamentos já existentes (RODRIGUES et al., 2006). Todavia, o tratamento dos TM com substâncias psicoativas deve ser sintomático e seu uso deve limitar-se ao imprescindível. Na decisão de se usar um psicofármaco, é preciso ponderar se a relação risco-benefício potencial do medicamento justifica seu emprego e se outros recursos foram devidamente explorados (BRASIL, 2000a).

A prescrição simultânea de vários fármacos e a subsequente administração é uma prática comumente utilizada em esquemas terapêuticos clássicos na área de psiquiatria, com a finalidade de melhorar a eficácia dos medicamentos, reduzir a toxicidade, ou tratar doenças co-existent. Tal estratégia, denominada polifarmácia, merece atenção especial, pois os medicamentos podem interagir entre si, com nutrientes ou agentes químicos ambientais e desencadear respostas indesejadas (SECOLI, 2001). As reações adversas podem aumentar de modo significativo o tempo de permanência hospitalar, ou conduzir ao óbito, daí a preocupação em identificá-las e conhecer os fatores a elas associados (ROZENFELD, 2007).

A polifarmácia, portanto, representa um fator que pode comprometer a segurança do paciente psiquiátrico, da mesma forma que também é um dos preditores do comportamento de adesão destes pacientes ao tratamento.

O tema adesão ao tratamento tem merecido destaque, já faz algum tempo, como um fator relevante para a efetividade do tratamento e resultados em saúde em doenças crônicas. No caso do manejo de transtornos mentais, a adesão à farmacoterapia visa o controle dos sintomas psiquiátricos, de modo a reduzir o risco de recaídas e, consequentemente internações consecutivas; além disso, o controle dos sintomas favorece o processo de reinserção social do paciente e a melhoria das suas condições gerais de bem-estar psicossocial.

A OMS conceitua a adesão como – “a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa; tomando medicamentos; seguindo uma dieta; ou mudando seu estilo de vida; correspondem às recomendações dos profissionais de saúde” (WHO, 2003a). Outra definição para adesão foi: “é a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento” (LEITE et al., 2003).

Os autores salientam que não há um “*padrão-ouro*” para medir a aderência ao tratamento medicamentoso (WHO, 2003a). Ela pode ser medida através de métodos diretos e / ou indiretos. Dessarte, não há método preciso de medição da não adesão, pois esta sofre influência de fatores relacionados ao paciente; ao regime de tratamento; à doença; ao meio ambiente; à estrutura familiar; à estrutura social e ao profissional de saúde (PEREZ et al., 2010).

Na avaliação direta da adesão, utilizam-se técnicas como a detecção de marcadores atóxicos e inertes; de fármacos e/ou seus metabólitos em fluidos biológicos. Apesar de apresentarem maior acurácia, tais métodos possuem algumas desvantagens, merecendo destaque a complexidade e o alto custo destes processos. Tais fatores tornam inviáveis a sua aplicação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SANTOS, 2009).

Os processos utilizados para avaliação indireta da adesão incluem a aplicação de entrevistas ao paciente e/ou cuidador; a obtenção de informações por meio de profissionais de saúde e/ou familiares dos pacientes; a avaliação dos resultados dos tratamentos ou das atividades de prevenção; o preenchimento de prescrições; a contagem de comprimidos; dentre outros (HAYNES et al., 1981; VERMEIRE et al., 2001). Ressalta-se que estes métodos são

menos confiáveis; portanto, em geral, recomenda-se a aplicação de mais de um instrumento nestes estudos.

Estudos de avaliação da adesão à farmacoterapia vêm sendo realizados em diversos países, focando diferentes condições de morbididade. Trabalhos demonstraram que, na China e nos EUA, apenas 43% e 51% dos pacientes – respectivamente – aderem ao tratamento com fármacos anti-hipertensivos. Outros dados revelam que, no tratamento da depressão, a adesão às terapias com antidepressivos fica na faixa de 40 a 70% (WHO, 2003a).

É importante destacar que a não adesão ao tratamento medicamentoso é um fenômeno complexo e universal. No tratamento dos TM, a não adesão à farmacoterapia é observada em cerca de 50% das pessoas e é responsável por inúmeros prejuízos, além de ser a principal causa de morbididade psiquiátrica e de reinternações (CARDOSO et al., 2009; DAVIS et al., 2003).

No Brasil, alguns trabalhos analisaram a adesão ao tratamento em transtornos mentais. Como exemplo, pode-se citar o estudo realizado para analisar a adesão em pacientes com esquizofrenia, no qual foi constatado que 64,3% dos pacientes não aderiam ao tratamento medicamentoso (NICOLINO et al., 2011); já o trabalho de Cardoso e colaboradores (2011), procurou identificar o grau de adesão ao tratamento entre os pacientes que receberam alta de internação hospitalar psiquiátrica, bem como o conhecimento que estes possuíam sobre o seu diagnóstico e tratamento. Os resultados deste estudo demonstraram que 70,8% dos pacientes apresentaram baixos níveis de adesão e de modo geral houve percentual baixo de conhecimentos sobre o diagnóstico e sobre o tratamento.

Em Sergipe, os únicos trabalhos encontrados sobre EUM em saúde mental foram realizados em CAPS (SOUZA et al., 2012; SOUZA et al., 2011). No trabalho de Souza e colaboradores (2011), 85,15% dos pacientes não conheciam seu problema de saúde, enquanto 88,17% também apresentaram desconhecimento sobre seu tratamento e 88,12% usavam os medicamentos de forma incorreta ou não aderem ao tratamento.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Determinar o perfil de utilização de psicofármacos entre os usuários/pacientes do Ambulatório de Saúde Mental da Unidade Básica de Saúde Dona Sinhazinha.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar indicadores de uso, prescrição, consumo e o grau de conhecimento do pacientes acerca dos medicamentos;
- Determinar o grau de adesão dos pacientes ao tratamento.

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento e período do estudo

Foi realizado um estudo do tipo observacional exploratório, descritivo, com delineamento transversal, na UBS Dona Sinhazinha, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do município de Aracaju (SE), no período compreendido entre agosto de 2011 e novembro de 2011.

4.2 Características do local de estudo

A Unidade Básica de Saúde Dona Sinhazinha faz parte do grupo de 04 (quatro) UBS do município de Aracaju que dispõem de um Ambulatório de Saúde Mental e que fazem a dispensação de medicamentos psicoativos, atendendo usuários/pacientes de vários bairros da cidade. A equipe de saúde mental é composta por 01 (um) Psiquiatra, 01 (um), Psicólogo e 01 (um) Assistente Social.

4.3 População elegível, amostragem e critérios de elegibilidade

A população foi constituída pelos usuários cadastrados e atendidos no Ambulatório de Saúde Mental da UBS Dona Sinhazinha durante o período de estudo. A população elegível, 244 (duzentos e quarenta e quatro) pacientes, correspondeu aos usuários deste ambulatório, com faixa etária acima de 18 anos de idade, de ambos os gêneros e que estavam utilizando medicamentos há pelo menos três meses. A amostra, 152 (cento e cinquenta e dois) pacientes, foi obtida entre os pacientes da população-elegível que manifestaram sua anuência em participar da pesquisa. O seu tamanho foi determinado de acordo com Arcos-Cebrián e Garcia (2000), considerando-se coeficiente de confiança de 0,95 e erro máximo de estimativa de 0,05, segundo a expressão:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

onde ***n*0** é o fator de correção para amostras finitas; e **N** a população estudada.

4.3.1 Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os pacientes menores de 18 anos, os que estavam em primeira consulta, os interditados por causas judiciais e aqueles que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4.4 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe – CEP/UFS em 09 de dezembro de 2010, conforme protocolo de n. CAAE 0171.00107.000-09. Todos os pacientes que participaram deste estudo foram esclarecidos sobre os seus objetivos e a natureza da pesquisa, além disso, assinaram o termo de consentimento, de acordo com a Resolução CNS nº 196/96.

4.5 Fases da pesquisa

4.5.1 Fase exploratória

Esta correspondeu ao desenvolvimento do instrumento de coleta de dados e ao procedimento de pesquisa documental – análise dos prontuários (APÊNDICE C). O procedimento de pesquisa documental iniciou-se no mês de agosto de 2011, tendo como ponto de partida o levantamento dos dados de todos os usuários com consultas psiquiátricas agendadas para os 04 (quatro) meses seguintes. Desta forma, foi possível relacionar todos os pacientes ativos no serviço de Saúde Mental, bem como selecionar os prontuários que seriam analisados.

4.5.2 Fase de campo

Nesta fase, foram feitas as entrevistas semi-estruturadas, nas quais os pacientes que constituíram a amostra, e/ou seus cuidadores foram submetidos à aplicação de um questionário previamente definido (APÊNDICE D).

4.5.3 Fase de tratamento e análise dos dados

Os dados obtidos da análise dos prontuários (população-elegível) e a partir da aplicação do questionário (amostra) foram organizados em um banco de dados e submetidos ao tratamento estatístico.

4.6 Instrumento e técnica de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados tanto da análise dos prontuários, quanto da etapa de entrevista com os usuários foram desenvolvidos a partir dos indicadores e instrumentos propostos pela OMS (WHO, 1993). O questionário da entrevista semi-estruturada foi previamente testado através de um estudo piloto realizado com 10 (dez) pacientes e/ou usuários que não constituíram a amostra da pesquisa. Os ajustes realizados após o estudo piloto possibilitaram o uso do mesmo na sequência deste trabalho.

Na pesquisa documental (análise de prontuários), foi feita a revisão dos dados contidos nos prontuários dos 244 (duzentos e quarenta e quatro) pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo. Foram coletadas informações relacionadas aos dados sociodemográficos, clínicos e aqueles que possibilitariam traçar a história farmacoterapêutica dos pacientes.

Para a caracterização do perfil farmacoterapêutico, os medicamentos foram listados e classificados de acordo com o Anatomical-Therapeutic-Chemical Classification System (ATC) (WHO, disponível em http://www.whocc.no/atc_ddd_index/). Eles foram agrupados em duas categorias: medicamentos psicoativos e medicamentos de uso geral. Além disso, caracterizaram-se indicadores de uso como: indicação, dose, via e modo de administração, posologia e duração do tratamento. A referência para avaliação foi a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, RENAME 2010 (BRASIL, 2010).

O procedimento de entrevista individual dos pacientes foi realizado em local reservado antes ou depois da consulta médica, com duração de aproximadamente 30 minutos, através da aplicação de um questionário semi-estruturado composto de 50 (cinquenta) perguntas que possibilitaram identificar as informações sociodemográficas dos usuários,

percepções sobre problemas de saúde, medicamentos em uso e informações sobre o nível de conhecimento e grau de adesão ao tratamento.

4.7 Plano de análise das variáveis-foco do estudo

Por ser um estudo epidemiológico transversal do tipo série de casos, as variáveis independentes também se comportaram como dependentes, pois é característica deste desenho investigar a causa e o efeito simultaneamente.

Na presente investigação, as variáveis dependentes são a adesão ao tratamento e o conhecimento dos usuários sobre o medicamento que utilizam. As variáveis independentes são o gênero, a idade, a escolaridade, a situação marital, a UBS de origem, a existência de outros problemas de saúde, a ocorrência de polifarmácia e os medicamentos utilizados. A ocorrência de polifarmácia foi considerada positiva quando o usuário utilizava mais de 03 (três) medicamentos.

4.7.1 Avaliação do Conhecimento sobre os medicamentos e Polifarmácia

A avaliação do conhecimento foi feita analisando os dados do campo, “FARMACOTERAPIA ATUAL”, contido no questionário. Inicialmente, foi analisado se os pacientes conheciam o nome e a dosagem dos medicamentos que utilizavam através da seguinte inquirição – “Quais os medicamentos que o senhor utiliza atualmente?” – A partir das respostas obtidas para cada medicamento, perguntou-se aos pacientes a indicação e a posologia de cada um deles.

Para que fosse considerado conhecedor do medicamento ao qual fazia uso, o paciente deveria responder corretamente as três perguntas:

- Nome e dosagem do medicamento;
- Indicação;
- Posologia.

O fato do paciente não conhecer o nome e a dosagem do fármaco fez com que ele recebesse automaticamente a classificação de não conhecedor do medicamento em questão.

Sendo assim, neste estudo, a variável conhecimento foi categorizada da seguinte maneira:

- Não conhece - aqueles que não conhecem nenhum medicamento;
- Conhece pouco - os que conhecem até 50% dos medicamentos;
- Conhece - os que conhecem mais de 50% dos medicamentos;
- Conhecem muito - os que conhecem 100% dos medicamentos.

Quanto à polifarmácia, a literatura mostra que não há um consenso quanto ao número de medicamentos que caracterizam tal prática. No entanto, verificou-se que alguns estudos partem da utilização de três ou mais medicamentos para a sua caracterização (ALMEIDA et al., 1999; NARANJO et al., 2000). Neste estudo, a denominação polifarmácia foi atribuída aos pacientes que faziam uso concomitante de três ou mais medicamentos.

4.7.2 Avaliação da Adesão ao Tratamento

Foram utilizados dois testes para avaliação da variável Adesão – o Teste de Haynes-Sackett e o Teste de Morisky-Green.

O primeiro é composto por duas perguntas – “*A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?*”; “*nos últimos 07 dias deixou de tomar os remédios?*”. Este teste determina se há ou não indício de adesão, e tem sua confirmação com o Teste de Morisky-Green. Para este teste, foi considerado ‘não aderente’ o usuário que respondeu “sim” para as duas perguntas e ‘aderente’ o que respondeu “não” para pelo menos uma delas.

O segundo, teste de Morisky-Green é realizado aplicando quatro perguntas:

- “*O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?*”;
- “*O (a) senhor (a) não toma os medicamentos na hora indicada?*”;
- “*Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?*”;
- “*Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?*”

Para esse teste, foi atribuído o valor "0" para a resposta "sim" e "1" para resposta "não". Ao final, foi obtido o valor referente à soma destas respostas, considerando ser **aderente** o paciente que apresentou o somatório das respostas variando entre 3 e 4, e **não aderente** o que apresentou o somatório das respostas variando entre 0 e 2 (Ungari, 2010).

4.8 Tratamento e análise estatística de dados

As informações obtidas foram organizadas em planilhas do Microsoft® Office Excel 2007, onde foram separados de acordo com as seguintes informações:

a) Dados da Análise dos prontuários:

– Número do prontuário, UBS de origem, dados sociodemográficos, dados sobre os medicamentos em uso (identificação, classificação ATC, indicação, dose, forma farmacêutica, via e modo de administração, posologia, prescritor e duração do tratamento).

b) Dados das Entrevistas Semi-estruturadas:

– Identificação do usuário, dados sociodemográficos, relato (auto-percepção) dos problemas de saúde, dados sobre os medicamentos em uso, conhecimento sobre o tratamento, dados sobre adesão ao tratamento.

Utilizaram-se os programas BioEstat 5.0 e Epi info™ for Windows® versão 3.3, sendo listadas as frequências das variáveis coletadas e estas analisadas através de gráficos e tabelas.

Os resultados referentes à situação marital, UBS de origem foram analisados por estatística descritiva. Estimativas da prevalência da adesão e do conhecimento sobre os medicamentos utilizados foram verificadas segundo as variáveis sócio-demográficas, problema de saúde e polifarmácia, bem como das variáveis dependentes. Para avaliar a possível associação entre as variáveis sócio-demográficas; problema de saúde e polifarmácia com as variáveis de adesão e conhecimento, bem com a possível associação entre a adesão e o conhecimento empregaram-se o teste do Qui-quadrado, de Mantel Haenszel e/ou teste exato de Fisher. Foi considerado, para realização de todos os testes estatísticos, um intervalo de confiança de 95% e as diferenças foram consideradas estatisticamente significantes quando o valor de “p” foi menor ou igual a 0,05.

O fluxograma a seguir resume o procedimento metodológico da pesquisa.

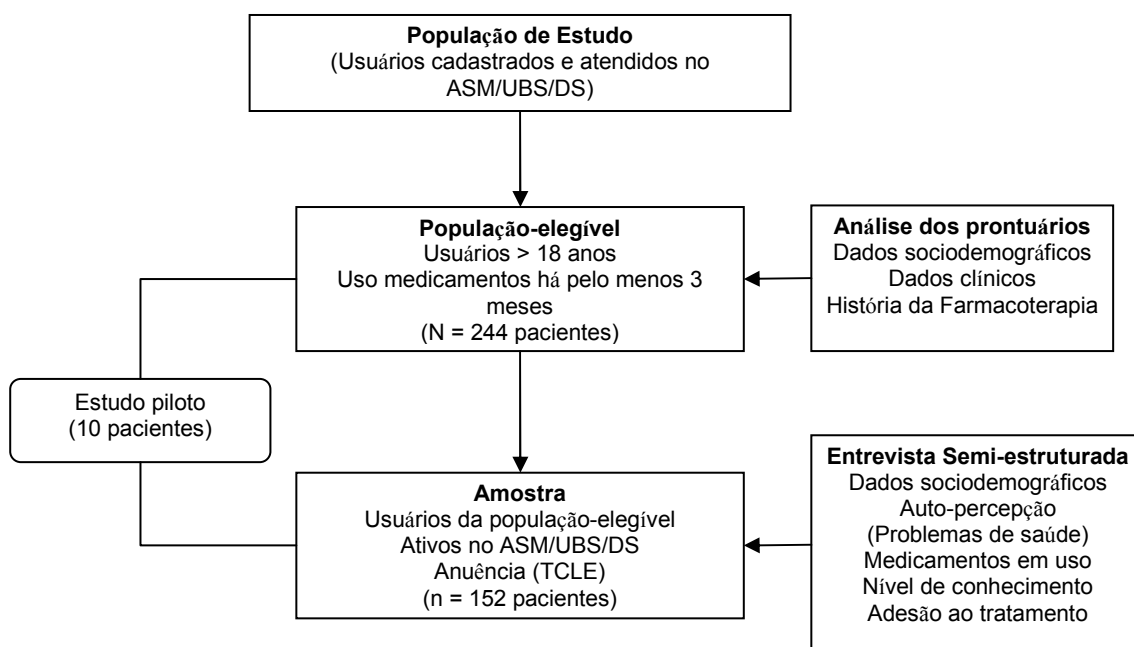


Figura 3: Fluxograma do procedimento metodológico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise dos prontuários

A partir dos prontuários (n=244) foi possível definir alguns dados sócio-demográficos, bem como o perfil farmacoterapêutico dos usuários atendidos no Ambulatório de Saúde Mental da UBS D. Sinhazinha. Destes, 69,67% eram do gênero feminino; 79,10% possuíam idade superior a 35 anos (média = 47,4 anos; $\pm 13,8$ DP); e 38% eram pacientes provenientes da própria unidade. O grande percentual de mulheres atendidas neste serviço pode ser justificado pelo fato dos transtornos mentais relacionados a fatores ambientais e psicossociais, dentre eles – ansiedade, insônia, estresse, transtorno de alimentação e anorexia nervosa – serem mais prevalentes em mulheres (BERTOLE, 2001). Alguns estudos já demonstram que a presença de mulheres nos serviços de atenção primária à saúde é bem maior do que a dos homens (GOMES, 2007).

Não obstante, a análise dos prontuários almejou encontrar outros dados sócio-demográficos como – ocupação, escolaridade e estado civil; além de buscar a definição dos transtornos mentais mais prevalentes, através da análise dos seus CID's (CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS). Este estudo demonstrou que apenas 8,61% dos prontuários continham a ocupação dos pacientes; apenas 01 prontuário continha a escolaridade e somente 38,11% apresentaram a descrição do estado civil dos usuários.

Com relação ao CID, apenas 8,6% dos prontuários apresentaram este código, tornando inviável definir a prevalência dos transtornos mentais nesta população. Desta forma, foi preciso buscar as informações, indisponíveis nos prontuário, através da inquirição direta dos pacientes, tendo como roteiro o instrumento de entrevista desenvolvido.

Quanto ao perfil farmacoterapêutico, este estudo demonstrou que 33,64% da população faz uso de antidepressivos; 27,22% de antiepiléticos; 26,30% de antipsicóticos e 10,40% de ansiolíticos. Na distribuição dos medicamentos por classes terapêuticas, figurou como principal representante o antiepilético clonazepam, usado por 18,6% dos usuários; seguido pelos antidepressivos sertralina, amitriptilina e fluoxetina, usados por 16,82%, 7,03% e 6,73% dos pacientes respectivamente.

Dentre os números obtidos, merecem destaque os dados referentes ao uso de antiepiléticos, cujo representante principal é o fármaco clonazepam, que representou 69,66% desta classe. O clonazepam é um derivado benzodiazepínico com propriedades anticonvulsivantes que, neste serviço de saúde, é utilizado principalmente no tratamento dos transtornos de ansiedade e insônia, tendo em vista que tal serviço não recepciona o atendimento a pacientes com transtornos epiléticos.

As tabelas seguintes mostram os principais resultados obtidos na análise dos prontuários.

Tabela 3: Distribuição da população (n=244), de acordo com as variáveis sócio-demográficas. Aracaju, agosto de 2011.

Variável	Frequência	Frequência Relativa (%)
Gênero		
Masculino	74	30,33%
Feminino	170	69,67%
Faixa etária		
<= 35	51	20,90%
> 35	193	79,10%
Unidade de origem		
Ávila Nabuco	55	22,54%
D. Sinhazinha	93	38,11%
Hugo Gurgel	43	17,62%
Max Carvalho	27	11,07%
Min. Costa Cavalcante	26	10,66%

*FA - Frequência absoluta; FR% - Frequência relativa percentual.

Tabela 4: Distribuição dos psicofármacos utilizados pela população estudada (n=244), de acordo com a Classificação ATC, agosto de 2011.

Medicamento	Classificação ATC	Classe Terapêutica	FA	FR%
Clonazepam	N03AE01	Antiepiléticos	62	18,96%
Sertralina	N06AB06	Antidepressivos	55	16,82%
Amitriptilina	N06AA09	Antidepressivos	23	7,03%
Fluoxetina	N06AB03	Antidepressivos	22	6,73%
Diazepam	N05BA01	Ansiolíticos	20	6,12%
Tioridazina	N05AC02	Antipsicóticos	20	6,12%
Carbamazepina	N03AF01	Antiepiléticos	19	5,81%
Haloperidol	N05AD01	Antipsicóticos	18	5,50%
Levomepromazina	N05AA02	Antipsicóticos	15	4,59%
Outros	-	-	73	22,32%
TOTAL			327	100,00%

*FA - Frequência absoluta; FR% - Frequência relativa percentual.

Tabela 5: Classe terapêutica das drogas psicotrópicas utilizadas pela população (n=244) de pacientes do Ambulatório de Saúde Mental da UBS D. Sinhazinha, de acordo com a Classificação ATC, agosto de 2011.

Classificação ATC	Classe terapêutica	FA	FR (%)
N06A	Antidepressivos	110	33,64%
N06AA	Inibidores não seletivos da recaptação de monoaminas	28	8,56%
N06AB	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina	82	25,08%
N03A	Antiepiléticos	89	27,22%
N03AA	Barbitúricos e derivados	2	0,61%
N03AE	Derivados benzodiazepínicos	62	18,96%
N03AF	Derivados da carboxamida	19	5,81%
N03AG	Derivados de ácidos graxos	5	1,53%
N03AX	Outros antiepiléticos	1	0,31%
N05A	Antipsicóticos	86	26,30%
N05AA	Fenotiazina com grupo demetilaminopropil	25	7,65%
N05AC	Hipinóticos e sedativos	20	6,12%
N05AD	Derivados da butirofenona	18	5,50%
N05AH	Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas e oxepinas	13	3,98%
N05AL	Benzamidas	1	0,31%
N05AN	Lítio	2	0,61%
N05AX	Outros antipsicóticos	7	2,14%
N05B	Ansiolíticos	34	10,40%
N05BA	Derivados benzodiazepínicos	34	10,40%
Outros	-	8	2,45%
Total		327	100,00%

*FA - Frequência absoluta; FR% - Frequência relativa percentual.

5.2 Entrevistas

A análise das entrevistas (n= 152) evidenciou que 77% dos indivíduos eram do gênero feminino, 78% com idade superior a 35 anos (média = 47,7 anos; $\pm 13,4$ DP), porém 55,3% deles tinham escolaridade inferior a 12 anos de estudo. Segundo Lima (2012), pessoas com baixa escolaridade tendem a apresentar maior prevalência de transtornos mentais. Além disso, a literatura demonstra que pessoas com TM apresentam sintomas como esquecimento, dificuldade de concentração e de relacionamento, fatores que podem influenciar no seu processo de educação e aprendizagem. Foi observado também que 41,4% dos pacientes eram solteiros e que 37% eram oriundos da UBS D. Sinhazinha, percentual este que pode ser atribuído a maior facilidade de acesso ao serviço por parte dos usuários desta unidade de saúde. Referindo-se ao conhecimento, os números encontrados foram bem satisfatórios, sendo 60% dos pacientes classificados como “conhece muito” e 9,2% como “conhece”. Um bom nível de conhecimento é essencial para o tratamento destes pacientes, pois muitas vezes informações como nome e dosagem dos medicamentos terão papel fundamental no manejo e cuidados que devem ser oferecidos a estes pacientes em casos de internações, reações adversas, alergias e outros problemas de saúde.

A adesão foi medida através de testes indiretos, cujas principais vantagens são sua simplicidade e economia. Todavia, assim como outros métodos utilizados para mensurar a adesão, eles apresentam algumas desvantagens como: a possibilidade de superestimar ou subestimar a adesão; de obter respostas socialmente aceitáveis, bem como de identificar apenas uma parte dos não aderentes (KROUSEL-WOOD et al., 2004; PIÑEIRO et al., 1997).

A aplicação do teste de Haynes-Sackett configurou uma taxa de adesão à terapia no valor de 92,1%. Em geral, este método é utilizado com o intuito encontrar indícios de adesão, por apresentar uma especificidade alta; entretanto, a sua sensibilidade baixa. Destarte, ele detecta apenas o número de pacientes que não aderem ao tratamento, classificando a adesão como boa ou não. Para caracterizar uma boa adesão consideram-se valores compreendidos entre a faixa de 80% a 110%. Sendo assim, este método não é útil para determinar a prevalência da adesão em estudos populacionais (HAYNES et al., 1981) devendo ser aplicado outro teste para confirmação dos resultados obtidos.

Com a aplicação do Teste de Morisky-Green, o percentual de adesão sofreu uma diminuição, uma vez que tal teste demonstrou que 50,7 % dos pacientes aderiram efetivamente ao tratamento. Esta diminuição é prevista, pois vários estudos já encontraram valor de adesão bem menor após utilização deste teste. Por exemplo, no estudo de adesão ao tratamento farmacoterapêutico, realizado por Santa Helena e colaboradores (2008), a adesão estimada pelo teste de Haynes-Sachett foi 91,3%, passando para 56,6% com o teste de Morisky-Green.

As Tabelas 6 e 7 apresentam de forma mais detalhada a distribuição das variáveis dados sociodemográficos, problema de saúde e adesão.

Tabela 6: Distribuição da amostra (n=152), de acordo com as variáveis sócio-demográficas, Aracaju, novembro de 2011.

Variável	FA	FR (%)
Gênero		
Feminino	117	77
Masculino	35	23
Faixa etária (em anos completos)		
≤ 35	33	22
> 35	119	78
Escolaridade (anos de estudo)		
< 12	84	55,3
≥ 12	63	41,4
Sem informação	5	3,3
Situação Marital		
Solteiro	63	41,4
Casado	50	33
Separado	23	15,1
Viúvo	16	10,5
Unidade de Saúde		
Ávila Nabuco	36	24,2
D. Sinhazinha	55	37
Hugo Gurgel	23	15,4
Max Carvalho	22	15
Min. Costa Cavalcante	13	8,7
Sem informação	3	0,1

*FA - Frequência absoluta; FR% - Frequência relativa percentual.

Tabela 7: Distribuição da amostra, de acordo com as variáveis problema de saúde, conhecimento do medicamento utilizado e adesão pelos testes de Haynes-Sackett e Morisky-Green. Aracaju, novembro de 2011.

Variável	Frequência	(%)
Problema de Saúde		
Sim	65	42,7
Não	87	57,2
Conhecimento		
Conhece muito	91	60
Conhece	14	9,2
Conhece pouco	17	11,2
Não conhece	30	19,7
Adesão¹		
Sim	140	92,1
Não	12	7,8
Adesão²		
Sim	77	50,7
Não	75	49,3

¹ Teste de Haynes- Sackett; ² Teste de Morisky- Green.

Quando se comparou a adesão pelo teste de Haynes-Sackett, segundo as variáveis sócio-demográficas, problema de saúde e polifarmácia, foi observado que nenhuma das variáveis apresentou associação estatística (**Tabela 8**). Destaca-se que, em todas as variáveis, houve diferença na prevalência da adesão dentro de suas classes, merecendo destaque a variável escolaridade em que foi evidenciado que pessoas com escolaridade inferior a 12 anos apresentaram 1,16 vezes mais chances de aderir ao tratamento quando comparadas às pessoas com escolaridade igual ou maior a 12 anos. Entretanto, estas diferenças não se configuraram como valores estatisticamente significativos.

Tabela 8: Distribuição da adesão pelo teste de Haynes-Sackett segundo as variáveis: gênero, faixa etária, escolaridade, problema de saúde e polifarmácia. Aracaju, novembro de 2011.

Variável	Prevalência (%)	IC 95% ⁽¹⁾	RP ⁽²⁾	p-valor
Gênero				
Feminino	91,4		1,00	
Masculino	94,3	0,9342 – 1,138	1,03	0,8960
Idade (anos completos)				
≤ 35	93,9		1,00	
> 35	91,6	0,9258 – 1,136	1,03	0,9880
Escolaridade (anos de estudo)				
< 12	57,8		1,00	
≥ 12	50	0,6445 -2,072	1,16	0,8196
Problema de saúde				
Sim	92,3		1,00	
Não	91,9	0,914 – 1,102	1,00	> 0,999
Polifarmácia				
> 3	94,7		1,00	
≤ 3	91,7	0,9182 -1,162	1,03	> 0,999

⁽¹⁾IC 95% = intervalo de confiança ao nível de 95%; ⁽²⁾ RP: razão de prevalência.

Situação igual ocorreu quando foi feito o confronto entre a adesão, segundo o teste de Morisky-Green, e as variáveis independentes já citadas. Neste caso, a aplicação do teste de associação não evidenciou diferenças estatisticamente significativas (**Tabela 9**).

Tabela 9: Distribuição da adesão pelo teste de Morisky-Green segundo as variáveis: gênero, faixa etária, escolaridade, problema de saúde e polifarmácia. Aracaju, novembro de 2011.

Variável	Prevalência (%)	IC 95% ⁽¹⁾	RP ⁽²⁾	p-valor
Gênero				
Feminino	21,4		1,00	
Masculino	14,3	0,6187 – 3,616	1,5	0,5057
Idade (anos completos)				
> 35	21,01		1,00	
≤ 35	15,15	0,5755 – 3,341	1,4	0,6331
Escolaridade (anos de estudo)				
< 12	22,6		1,00	
≥ 12	17,4	0,665 – 2,524	1,3	*0,4440
Problema de saúde				
Sim	23,1		1,00	
Não	17,2	0,7062 – 2,537	1,34	0,4897
Polifarmácia				
> 3	20,3		1,00	
≤ 3	15,8	0,4316 – 3,83	1,3	0,9160

⁽¹⁾ IC 95% = intervalo de confiança ao nível de 95%; ⁽²⁾ RP: razão de prevalência; * de acordo com o χ^2 Mantel-Haenszel.

Os resultados apresentados na Tabela 10 ressaltam que o gênero se comportou como um fator que contribuiu para um conhecimento adequado sobre o medicamento utilizado pelos pacientes, pois a probabilidade foi 1,35 vezes maior para aqueles do gênero feminino. O qui-quadrado quando calculado para a variável gênero ($\chi^2 = 4,63$; $p < 0,05$) mostrou haver significância estatística.

Da mesma forma, aqueles que eram portadores de algum problema de saúde tinham uma probabilidade 1,31 vezes maior de conhecerem quando comparados aos que não apresentavam outros problemas de saúde ($\chi^2 = 6,29$; $p < 0,05$).

Tabela 10: Distribuição do conhecimento segundo as variáveis: gênero, faixa etária, escolaridade, problema de saúde e polifarmácia. Aracaju, novembro de 2011.

Variável	Prevalência (%)	IC 95% ⁽¹⁾	RP ⁽²⁾	p-valor
Gênero				
Feminino	73,5		1,00	
Masculino	54,3	0,9804 – 1,87	1,35	*0,0314
Idade (anos completos)				
> 35	68,6		1,00	
≤ 35	69,7	0,7659 – 1,276	1,00	0,9310
Escolaridade (anos de estudo)				
≥ 12	73,2		1,00	
< 12	66,7	0,8851 – 1,355	1,09	0,4101
Problema de saúde				
Sim	80		1,00	
Não	60,9	1.067 - 1.616	1.31	*0.0120
Polifarmácia				
> 3	84,2		1,00	
≤ 3	66,9	1.001 - 1.581	1,26	0.1284

⁽¹⁾ IC 95% = intervalo de confiança ao nível de 95%; ⁽²⁾ RP: razão de prevalência; * de acordo com o χ^2 Mantel-Haenszel.

Apesar da prevalência de adesão (determinada pelo teste de Morisky-Green) entre os que conhecem o medicamento ser de 20,95%, não foi observada associação estatisticamente significativa (IC95%; $p < 0,05$) entre as duas variáveis (**Tabela 11**).

Tabela 11: Distribuição da adesão pelo teste de Morisky-Green, segundo a variável conhecimento, pelo teste do χ^2 de Mantel-Haenzel. Aracaju, novembro de 2011.

Conhece	Adesão		Prevalência (%)	RP	χ^2	p- valor
	Sim	Não				
Sim	22	83	20,95	1,00	0,315	0,575
Não	8	39	17,02	1,23		

Ao analisar a adesão pelo teste de Haynes-Sackett com a variável conhecimento, verificou-se que a prevalência de adesão foi de 95,2% entre os usuários que conhecem o medicamento que utilizam. Contudo, mesmo sendo a probabilidade de adesão 1,12 vezes maior entre os que conhecem, não houve uma associação estatisticamente significativa (IC=95%) (**Tabela 12**).

Tabela 12: Distribuição da adesão pelo teste de Haynes Sackett segundo a variável conhecimento pelo teste exato de Fisher. Aracaju, novembro de 2011.

Conhece	Adesão		Prevalência (%)	RP	p- valor
	Sim	Não			
Sim	100	5	95,2	1,00	0,0773
Não	40	7	85,1	1,12	

Dentre as causas de não adesão ao tratamento medicamentoso, tiveram destaque as causas – “*Esquecimento próprio*”, 53%; “*Não encontra o medicamento nos postos de saúde*”, 47%; e “*Não tem dinheiro para comprar*”, 45%. Dentre os motivos de não adesão, uma maior menção deve ser dada ao esquecimento, pois é encontrado em diversos estudos de avaliação da adesão. Tal causa é classificada como uma forma de não adesão não intencional e foi responsável por 57,2% da não adesão no estudo realizado por Miasso (2009); no qual foi investigada a adesão de pacientes com transtorno afetivo bipolar.

A falta de medicamento nos postos, outra causa de não adesão citada, está diretamente relacionada atuação Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS/AJU). De acordo com informações fornecidas pela CODAF (Coordenação de Assistência Farmacêutica), setor da SMS/AJU, alguns dos principais medicamentos tiveram seus estoques zerados durante o período de realização deste estudo. A principal causa deste desabastecimento está relacionada ao fato dos fornecedores não honrarem os contratos firmados nos processos licitatórios. A figura 4 ilustra as principais causas de não adesão relatadas.

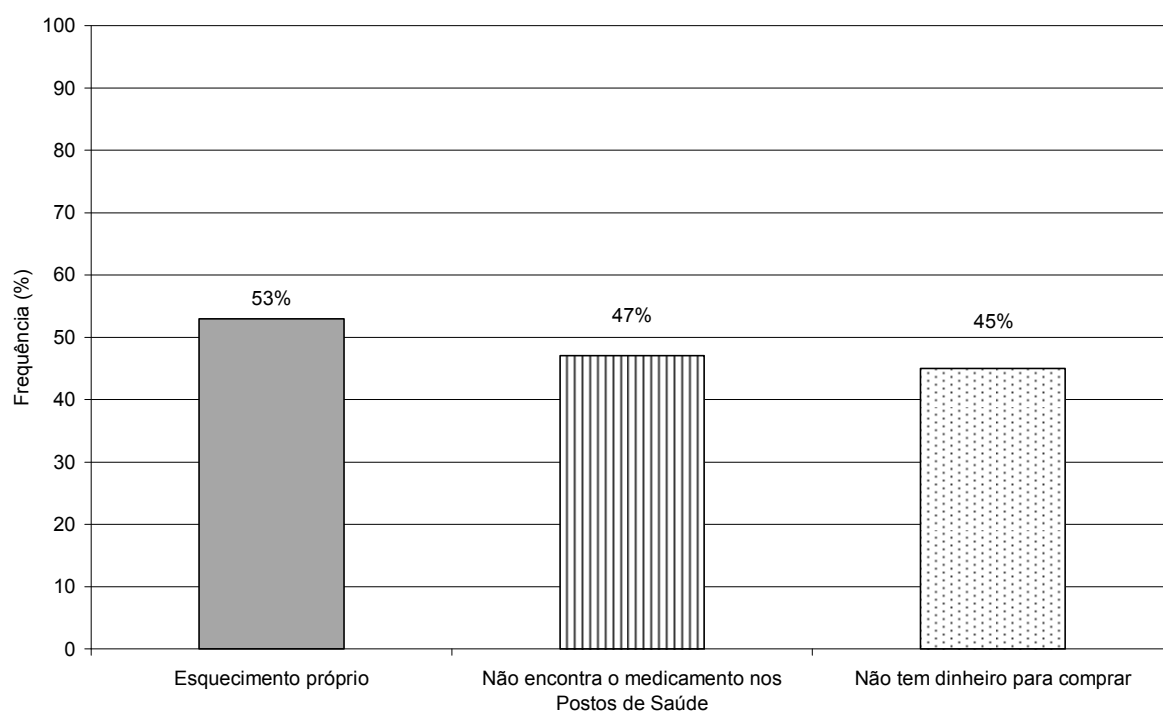


Figura 4: Distribuição das causas de não adesão ao tratamento na amostra estudada (n=152). Aracaju, novembro de 2011.

Nesta fase da pesquisa também foi possível identificar os medicamentos não psicotrópicos utilizados pelos pacientes. Estes dados não foram encontrados nos prontuários, pois há prontuários distintos para o atendimento Clínico e o de Saúde Mental, demonstrando que não há integração entre as especialidades médicas. Esta prática pode ocasionar o insucesso no tratamento farmacoterapêutico, o surgimento de interações medicamentosas e de reações adversas; fatores que podem agravar os problemas de saúde existentes nesta população.

Os principais problemas de saúde mencionados pelos usuários estão relacionados na **Tabela 13**. Já na **Tabela 14**, é possível visualizar as principais classes de não psicotrópicos encontradas. Destaca-se entre estes medicamentos, o grupo dos medicamentos que atuam no sistema cardiovascular, com 25,56%. Neste grupo, 82,6% dos medicamentos são utilizados para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, 17,4% para o tratamento de Hiperlipidemia. Tais dados corroboram com as informações acerca de outros problemas de saúde, obtidas nas entrevistas.

Tabela 13: Distribuição dos problemas de saúde na amostra estudada. Aracaju, novembro de 2011.

Problema de Saúde	FA	FR%
Hipertensão arterial sistêmica	28	48,3
Hiperlipidemia	7	12
Gastrite	5	9
Diabetes melito	5	9
Outros	13	22,4
TOTAL	58	100

*FA - Frequência absoluta; FR% - Frequência relativa percentual.

Tabela 14: Grupo Anatômico e Classe terapêutica das drogas não psicotrópicas utilizadas pela amostra (n=152) dos pacientes do Ambulatório de Saúde mental da UBS D. Sinhazinha, de acordo com a Classificação ATC, novembro de 2011.

Classificação ATC	Grupo anatômico principal / Classe Terapêutica	FA	FR%
A	Aparelho digestivo e metabolismo	14	15,56%
A02	Medicamentos para o tratamento de úlcera peptídica	11	12,22%
A04	Antieméticos e antinauseantes	1	1,11%
A07	Antidiarréicos, anti-inflamatórios e antinfeciosos intestinais	1	1,11%
A10	Medicamentos utilizados na diabetes	1	1,11%
B	Sangue e órgão hematopoiéticos	3	3,33%
B01	antitrombóticos	3	3,33%
C	Aparelho cardiovascular	23	25,56%
C03	Diuréticos	11	12,22%
C07	betabloqueador	12	13,33%
C08	bloqueador do canal de cálcio	4	4,44%
C09	agentes que atuam sobre o sistema renina angiotensina	17	18,89%
C10	antidislipidêmicos	4	4,44%
H	Preparados hormonais sistêmicos, exceto hormônios sexuais	10	11,11%
H02	corticosteróides de uso sistêmico	1	1,11%
H03	terapêutica tireoidiana	9	10,00%
L	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	2	2,22%
L01	agentes antineoplásicos	2	2,22%
M	Sistema músculo esquelético	1	1,11%
M03	relaxantes musculares	1	1,11%
N	Sistema nervoso	1	1,11%
N07	outros medicamentos do sistema nervoso	1	1,11%
R	Aparelho respiratório	10	11,11%
R03	medicamentos para doenças obstrutivas das vias aéreas	1	1,11%
R06	anti-histamínicos para uso sistêmico	9	10,00%
S	Órgãos do sentido	1	1,11%
S01	preparados antiglaucomatosos	1	1,11%
Total		90	100,00%

* FA - Frequência absoluta; FR% - Frequência relativa percentual.

No que se refere aos motivos para a procura do Ambulatório de Saúde Mental, observou-se que 22,1% dos pacientes relataram ter procurado o serviço por ter insônia; 12,5% por ter depressão; 7,7% por ter pânico e 7,5% por ter ansiedade (**Tabela 15**). Embora os prontuários não tenham evidenciado as doenças prevalentes através do CID, tais resultados demonstram que, aparentemente, estas motivações estão em conformidade com as principais indicações terapêuticas dos medicamentos mais usados – clonazepam, sertralina, amitriptilina e fluoxetina.

Tabela 15: Distribuição dos motivos para a procura do serviço de saúde na amostra estudada. Aracaju, novembro de 2011.

Motivo	Frequência	%
Insônia	92	22,1
Depressão	52	12,5
Ansiedade	31	7,5
Pânico	32	7,7
Nervosismo	28	6,7
Crises de choro	19	4,6
Agressividade	14	3,4
Visões	14	3,4
Ouve vozes	13	3,1
Dor de cabeça	12	3
Agitação	11	2,6
Tremores	10	2,4
Isolamento	8	2
Pensamentos suicidas	7	1,7
Outros	72	17,3
Total	415	100

6 LIMITAÇÕES

Neste experimento, ocorreram algumas limitações, que foram consideradas como fatores preponderantes para seu desenvolvimento. Dentre elas, considerou-se como mais importantes as seguintes:

- Ausência de informações nos prontuários – fator que levou a depender exclusivamente da memória do paciente para obter dados sociodemográficos, bem como dados relacionados aos problemas de saúde existentes e ao uso de medicamentos;
- Ausência de diagnósticos – isto inviabilizou a determinação exata das doenças prevalentes;
- Falta de integração dos prontuários – o que impossibilitou indicar com precisão outros problemas de saúde existentes, possíveis interações medicamentosas e/ou reações adversas, por exemplo;
- Uso de métodos indiretos – pois estes métodos não são capazes de fornecer precisamente os índices de adesão ao tratamento farmacológico.

Entretanto, os dados obtidos serão fundamentais para nortear as estratégias de cuidado e auxiliar o gerenciamento da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

7 CONCLUSÃO

Este estudo foi desenvolvido com o intuito promover o uso racional de medicamentos, através da atuação do farmacêutico juntamente com a equipe multiprofissional, tendo em vista que, no modelo atual, este profissional tem sua atividade direcionada quase que exclusivamente ao controle de estoque. O farmacêutico pode e deve atuar em conjunto com a equipe de saúde, fornecendo aos usuários orientações sobre o uso seguro, correto e efetivo dos medicamentos, bem como auxiliando na elaboração dos planos de cuidado.

Através da análise dos prontuários, foi possível determinar o perfil farmacoterapêutico dos pacientes deste serviço, observando a prevalência de uso de fármacos ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos quando examinados os fármacos psicotrópicos. Entretanto, este estudo demonstrou que aproximadamente 33% dos medicamentos utilizados possuem indicações distintas das indicações dos fármacos usados no tratamento transtornos mentais. Isto mostra a necessidade de integração entre a prática clínica e o cuidado em saúde mental.

Os indicadores de uso foram obtidos da forma almejada, apesar da ocorrência de entraves na obtenção dos mesmos na fase de análise dos prontuários, sendo necessária a adição de informações através das entrevistas. Tais relatos levaram à suposição que há uma maior prevalência de pacientes com transtornos de insônia, depressão, pânico e ansiedade. Todavia, estes dados não são precisos. Desta forma, só através de inclusão do CID (código internacional de doenças) nos prontuários, seria possível denotar o real perfil dos transtornos mentais que ocorrem nesta população.

Quanto à adesão, a aplicação de testes distintos demonstrou haver um alto índice de não adesão ao tratamento farmacológico, pois aproximadamente 80% dos pacientes não aderem ao tratamento. A causa de não adesão mais relatada foi “o esquecimento próprio”, fator que pode ser diminuído por meio da atuação do farmacêutico e dos demais profissionais de saúde, através de iniciativas educacionais e de cuidados que visem à promoção do uso racional de medicamentos.

Não obstante, duas outras causas tiveram grande impacto na não adesão – “a falta de dinheiro para comprar o medicamento” e “a falta do medicamento no posto de saúde”. Tendo em vista que a primeira é de difícil solução, por estar relacionada a fatores sociais e econômicos, bem como exigir uma atuação governamental em diversos setores da sociedade, resta-nos buscar a solução da segunda causa. Este fator de não adesão pode ser diminuído através da programação adequada da oferta de medicamentos – mediante uma rigorosa revisão em todas as etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica do município de Aracaju. Outrossim, é de suma importância que haja uma atuação na esfera jurídica visando a punição dos fornecedores que não honram os compromissos firmados em licitações.

Desse modo, será possível fazer uma abordagem integral à atenção saúde mental e com isso, fomentar atividades voltadas para a redução da morbidade e mortalidade associada ao uso de medicamentos. Isto irá auxiliar a equipe de saúde e o paciente na consecução de resultados terapêuticos satisfatórios, com reflexo no custo e na resolubilidade do sistema de saúde.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, O.P. et al. Fatores preditores e consequências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 21, n. 3, Set. 1999.

ALVAREZ, L. F. Farmacoepidemiología. Estudios de Utilización de Medicamentos. Parte I: Concepto y metodología. **Seguim Farmacoter.** v.2, n. 3, p. 129-136, 2004.

BERTOLETE, J.M. A saúde mental da mulher. **Rev Med.** v.8, p. 25-32, 2001.

BITTENCOURT, M.O; CRUZ, M.S; CASTILHO, S.R. Problemas com a utilização de medicamentos - estudo piloto em hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Farm.,** v. 85, n. 2, p. 37 – 39, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n 3.916, 30 de out 1998. **Diário Oficial da União**, 1998.

BRASIL, H. H. A. Principios gerais do emprego de psicofármacos. **Rev Bras Psiquiatr.** São Paulo. v. 22, n. 2, p. 40 – 41, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 106, 11 de fevereiro de 2000. **Diário Oficial da União**, 2000b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos

depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela= Acessado em 16 de junho de 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 10, Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasil, 2012b.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 161 – 167, 2009.

CARDOSO, L. et al . Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, 2011.

CARMO, T. A.; NITRINI, S. M. O. O. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1004 – 1013, 2004.

CASTRO, C. G. S. O. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

CEBRIÁN A. A.; GARCIA, M. D. M. Tamaño y selección de muestras en poblaciones finitas. **Pharm Care Esp**, v. 2, p. 310 – 320, 2000.

CROZARA, M.A. **Estudo do consumo de medicamentos em hospital particular**. São Paulo, 2001. 133 p. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Universidade de São Paulo].

DAVIS J.M. ;CHEN N. ; Choise of maintenance medication for schizophrenia. **J Clin Psychiatry**. v.64, n.16, p.24-33, 2003.

FUNESA – Fundação Estadual de Saúde Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe - **Saberes e tecnologias para implantação de uma política**. Livro do aprendiz 8 / Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007.

GONÇALVES A.M., SENA R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, Mar. 2001.

HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. Compliance in health care. Baltimore: the Johns Hopkins University press, 516p, 1981.

IACOPONI, E. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. **Rev. Bras. Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, n. 2, Jun. 1999.

JORGE, M. R.; FRANCA, JOSIMAR M.F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n.1, Mar. 2001.

KROUSEL-WOOD, M. et al. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. **Current opinion in cardiology**, v. 19, n. 4, p.357-362, 2004.

LANCETTI, A. Saúde e Loucura 7 – **Saúde Mental e Família. Saúde em Debate** 137. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

LAPORTE, J.R; TOGNONI, G; ROSENFELD, S. **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003.

LIMA, M.S. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2012.
LUDEMIR, A.B; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saude Publica**, v. 36, n. 2, p. 213-31, 2002.

MARAGNO, L. et al . Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639 – 1648, 2006.

MARIN, N; LUIZA, V. L; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S; MACHADO-DOS-SANTOS, S. Uso racional de medicamentos. In: _____ **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, p. 287-330, 2003.

MIASSO, A. I.; MONTESCHI, M.; GIACCHER, K. G. Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 17, n. 4, Jul-Ago, 2009.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v. 24, p. 67 – 74, 1986.

NARANJO, J.L.R.; MARTIN, M.C.; TAUPIER, I.D.B. ESTRADA LC. Polifarmacia en la tercera edad. **Rev Cubana Med Gen Integr** . v. 16, n.4, p. 346-349, 2000.

NICOLINO, P.S.; VEDANA, K.G.G.; MIASSO, A.I.; CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Schizophrenia: adherence to treatment and beliefs about the disorder and the drug treatment. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 3, p.706-713, 2011.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R.: ‘Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970’. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v. 11, n.2, p. 241-58, Mai-Ago, 2004.

PÉREZ, O. S.et al. Incumplimiento terapéutico en pacientes sometidos a trasplante cardiaco. **Enfermería en Cardiología**. v. 17, n. 50 / 2, 2010.

PERINI, E; ACURCIO, F. A. Farmacoepidemiologia. In: GOMES, M. J. V. M e REIS, A. M. M. (Org.) **Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em Farmácia Hospitalar**, 1ª ed., São Paulo: Editora Atheneu, 2001, cap. 5, p.85-108.

PIÑEIRO, F. et al. The validity of 6 indirect methods for assessing drug treatment compliance in arterial hypertension. **Atención Primaria**, v. 19, n. 7, p.372-374, 1997.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 107 – 114, 2006.

ROZENFELD, S. Agravos provocados por medicamentos em hospitais do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 01 – 08, 2007.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro, TE CORÁ, 2001.

SANTA HELENA, E.T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, Ago, 2008.

SANTOS, M. O. **Avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico atendidos em Hospital Universitário na cidade do Rio de Janeiro**, Brasil. 2009. 110p. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro: s.n., 2009. Disponível em http://arca.fiocruz.br/bitstream-icict-2417-1-ENSP_Dissertação_santos_Marise_oliveira.pdf. Acessado em 15.05.2012.

SECOLI, S. R. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 28 – 34, 2001.

SOUZA, T. T. et al. Evaluation of adherence to treatment by patients seen in a psychosocial care center in northeastern Brazil. *Braz. J. Pharm. Sci.*, v. 47, n. 4, 2011.

SOUZA, T. T. et al. Drug utilization research in a primary mental health service in Northeast of Brazil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 55-61, 2012.

TUONO, V. L. *et al.* Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.16, n. 2, p. 85 – 92, 2007.

UNGARI, A. Q.; FABBRO, A. L. D. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. *Braz. J. Pharm. Sci.*, São Paulo, v. 46, n. 4, Dez., 2010.

VECHI, L.G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Universidade São Marcos Estudos de Psicologia, Universidade São Marcos*. v. 9, n. 3, p. 489-495, 2009.

VERMEIRE, E.; HEARNshaw, H.; VAN ROYEN, P.; DENEKENS, J. Patient adherence to treatment: three decades of research. a comprehensive review. **J. Clin. Pharm. Ther.** v. 26, p. 331-345, 2001.

WHO – World Health Organization. **How to investigate drug use in the health facilities. select drug use indicators.** WHO/action programme on essential drugs: GENEVA, 1993. WHO/DAP/93.1.

WHO – World Health Organization. The World Health Report 2001. **Mental Health: New Understanding, New Hope.** Geneva: WHO, 2001

WHO – World Health Organization. **Adherence to long term therapies: evidence for action.** Geneva: WHO, 2003a.

WHO – World Health Organization. **The Uppsala Monitoring Centre. The Importance of Pharmacovigilance. Safety monitoring of medicinal products. 2002, 48 p.**

WHO – World Health Organization. **Introduction to drug utilization research.** WHO International Working Centre for Drug Statistics Methodology, WHO Collaborating Centre for Drug Utilization Research and Clinical Pharmacological Services, 2003b. 48p.

WHO – World Health Organization. **How to investigate the use of medicines by consumers.** Geneva, OMS, 2004b. 98p.

WHO – World Health Organization. **Mental Health Atlas 2011.** WHO, 2011.

WHO – World Health Organization. Anatomical therapeutic chemical (ATC) – Disponível em: http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/. Acessado em 17 de junho de 2012a.

WHO – World Health Organization. Anatomical therapeutical chemical (ATC) – Disponível em: **http://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=N03AE01**. Acessado em 17 de junho de 2012b.

APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



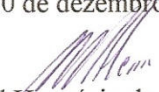
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR
Rua Cláudio Batista s/n – prédio do CCBS/HU - Bairro Sanatório
CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone/Fax: (79) 2105-1805
E-mail: cephu@ufs.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto de pesquisa intitulado: **“ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DOS PACIENTES ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARACAJU, SE”**, Nº CAAE – **0171.0.107.000-09**, sob a orientação do **Prof. Dr Lucindo José Quintans Júnior**, tratando-se do projeto de pesquisa apresentado como requisito para a seleção ao Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, do Núcleo de Pós-Graduação em Medicina desta Universidade, do mestrando **Carlos Eduardo Araújo de Oliveira**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe - CEP/UFS em reunião realizada dia **04/12/2009**.

Cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/UFS, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Res. CNS 196/96).

Aracaju, 10 de dezembro de 2009.


Prof. Dr. Manuel Hermínio de Aguiar Oliveira
Coordenador do CEP/UFS

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARACAJU”

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Lucindo José Quintans Júnior

Pesquisador (Mestrando): Carlos Eduardo A . de Oliveira

As informações contidas neste termo, fornecidas pelos pesquisadores supra-citados têm por objetivo firmar acordo escrito com o(a) voluntária(o) para participação da pesquisa acima referida, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que ela(e) será submetida(o).

- 1. Natureza da pesquisa:** *o(a) sr. (sra.) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade realizar um estudo de determinação do perfil de utilização de psicofármacos na Unidade Básica de Saúde Dona Sinhazinha em Aracaju*
- 2. Participantes da pesquisa:** *A população-alvo da pesquisa será constituída por 244 (duzentos e quarenta e quatro) pacientes/usuários do Ambulatório de Saúde Mental da Unidade Básica de Saúde Dona Sinhazinha que estejam em tratamento com psicofármacos e que tenham manifestado sua anuência em participar da pesquisa através de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).*
- 3. Envolvimento na pesquisa:** *ao participar deste estudo o(a) Sr. (Sra.) permitirá que o pesquisador (Farmacêutico) Carlos Eduardo Araújo de Oliveira desenvolva as atividades referentes ao seu Projeto de Mestrado no Núcleo de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, que envolve desde a pesquisa documental (realizada através de consulta aos prontuários médicos dos pacientes/usuários), desenvolvimento e validação de*

*instrumento de avaliação do uso de medicamentos, entrevistas individuais semi-estruturadas, aplicação de algoritmos (para possível detecção de eventos adversos potenciais ou reais) e entrevistas individuais. **O(A) Sr. (Sra.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) Sr. (Sra.). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.***

4. **Sobre as entrevistas:** *as entrevistas individuais semi-estruturadas serão aplicadas aos pacientes/usuários atendidos no Ambulatório de Saúde Mental da Unidade Básica de Saúde Dona Sinhazinha, com o objetivo de comparar os resultados registrados nos prontuários/dossiês com os relatos de uso de medicamentos pelos pacientes, identificando as características de uso conforme o relato e a percepção dos pacientes e as entrevistas individuais, com o objetivo de interpretar e caracterizar a percepção dos pacientes sobre seus problemas de saúde e sobre o tratamento.*
5. **Riscos e desconforto:** *a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.*
6. **Confidencialidade:** *todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e os orientadores terão conhecimento dos dados.*
7. **Benefícios:** *ao participar desta pesquisa o(a) Sr. (Sra.) não terá nenhum benefício imediato. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o perfil de utilização de medicamentos entre os pacientes/usuários da Unidade Básica de Saúde Dona Sinhazinha, estabelecimento de indicadores de utilização de medicamentos, validação de instrumentos de avaliação do uso de medicamentos entre os usuários do serviço e avaliação da aplicabilidade de algoritmos para a detecção de eventos adversos relacionados à utilização de medicamentos pelos usuários do serviço, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.*
8. **Pagamento:** *o(a) Sr.(Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*

9. **Liberdade de recusar ou retirar o consentimento:** *o(a) Sr.(Sra.) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem penalizações.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____,
RG _____, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e divulgação dos dados obtidos neste estudo. Além disso, confiro que recebi cópia deste termo de consentimento.

Assinatura do Participante da Pesquisa (ou Responsável)

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome do Pesquisador Responsável: Prof Dr Lucindo José Quintans Júnior

Telefone do Pesquisador Responsável: (79) 88015026 / 2105-6645

E-mail do Pesquisador Responsável: lucindo_jr@yahoo.com.br

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS

DATA

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
N PRONTUÁRIO	CARTÃO DO SUS
UNIDADE DE ORIGEM	CPF
NOME	
DATA DE NASCIMENTO	IDADE
GÊNERO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO	
COR DA PELE ☐ FALTA INFORMAÇÃO ☐ BRANCO ☐ PARDO ☐ NEGRO ☐ OUTRO	
RENDA MENSAL ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ 01(HUM) SALÁRIO MÍNIMO ☐ ENTRE 01 E 03 SALÁRIOS MÍNIMOS ☐ ACIMA DE 03 SALÁRIOS MÍNIMOS ☐ FALTA INFORMAÇÃO	
OCUPAÇÃO	
ESCOLARIDADE ☐ FALTA INFORMAÇÃO ☐ ANALFABETO ☐ ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO ☐ ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO ☐ ENSINO MÉDIO COMPLETO ☐ ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ☐ ENSINO SUPERIOR COMPLETO ☐ ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	
MORADIA/FAMÍLIA ☐ FALTA INFORMAÇÃO ☐ FAMÍLIA ORIGINAL ☐ PARENTES OU AMIGOS ☐ RESIDE SÓ ☐ FAMÍLIA CONJUGAL	

ESTADO CIVIL ☐ FALTA INFORMAÇÃO ☐ SOLTEIRO ☐ VIÚVO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO/SEPARADO				
FILOS ☐ SIM ☐ NÃO				
QUANTOS				
RESPONSÁVEL/PARENTESCO 				
DATA DE ENTRADA NO SERVIÇO				
PROBLEMAS DE SAÚDE				
1. DIAGNÓSTICO: ▪ CLASSIFICAÇÃO CID-10 ▪ DATA DO DIAGNÓSTICO ▪ MÉDICO MARIZA CAMELA M. DE ALMEIDA ▪ CRM/SE 715				
2. PRESCRIÇÃO ATUAL (PRONTUÁRIO)				
DATA	MEDICAMENTO	DOSE/ CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA	POSOLOGIA
3. HÁ RELATOS DE HÁ RELATOS DE INTOLERÂNCIA/RELAÇÕES OU EVENTOS NÃO DESEJADO?QUAIS? ☐ SIM ☐ NÃO 				

APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS

1 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

- Nome do usuário
- Telefone
- Data de admissão no serviço:
- Data de nascimento:
- Idade:
- Gênero: F / M
- Naturalidade:
- Estado civil:
- Filhos: S / N Quantos?
- Escolaridade:
- Ocupação:
- Responsável/ Parentesco:

2 – PREOCUPAÇÕES E PROBLEMAS DE SAÚDE

- O que motivou a procura pelo serviço?
- Quais são as preocupações e problemas de saúde?
- Quais já foram diagnosticados? Desde quando sente (mês e ano)?
- No momento, você está utilizando algum medicamento? () Sim () Não
- Se sim, quais?
- As pessoas com quem reside dão apoio ao tratamento?
- Quem auxilia?
- Como auxilia?

3 - FARMACOTERAPIA ATUAL 1

- Medicamento:
- Utiliza para quê? Quem prescreveu?
- Onde comprou ou recebeu?
- Quanto usa? Como usa?
- Quem administra?
- Usa desde quando? Usará até quando?
- Qual a sensação quando utiliza? () se sente muito bem () bem
() não se sente bem
- Sente algum incômodo? () Nenhum () Quase nada () Pouco () Muito
- Quais incômodos?
- **CONHECE: SIM () NÃO () - CONCEITO ATRIBUÍDO PELO EXAMINADOR.**

4 - FARMACOTERAPIA ATUAL 2

- Medicamento:
- Utiliza para quê? Quem prescreveu?
- Onde comprou ou recebeu?
- Quanto usa? Como usa?
- Quem administra?
- Usa desde quando? Usará até quando?
- Qual a sensação quando utiliza? () se sente muito bem () bem
() não se sente bem
- Sente algum incômodo? () Nenhum () Quase nada () Pouco () Muito
- Quais incômodos?
- **CONHECE: SIM () NÃO () - CONCEITO ATRIBUÍDO PELO EXAMINADOR.**

5 - FARMACOTERAPIA ATUAL 3

- Medicamento:
- Utiliza para quê? Quem prescreveu?
- Onde comprou ou recebeu?
- Quanto usa? Como usa?
- Quem administra?
- Usa desde quando? Usará até quando?
- Qual a sensação quando utiliza? () se sente muito bem () bem
() não se sente bem
- Sente algum incômodo? () Nenhum () Quase nada () Pouco () Muito
- Quais incômodos?
- **CONHECE: SIM () NÃO () - CONCEITO ATRIBUÍDO PELO EXAMINADOR.**

6 - FARMACOTERAPIA ATUAL 4

- Medicamento:
- Utiliza para quê? Quem prescreveu?
- Onde comprou ou recebeu?
- Quanto usa? Como usa?
- Quem administra?
- Usa desde quando? Usará até quando?
- Qual a sensação quando utiliza? () se sente muito bem () bem
() não se sente bem
- Sente algum incômodo? () Nenhum () Quase nada () Pouco () Muito
- Quais incômodos?
- **CONHECE: SIM () NÃO () - CONCEITO ATRIBUÍDO PELO EXAMINADOR.**

7 - FARMACOTERAPIA ATUAL 5

- **Medicamento:**
- Utiliza para quê? Quem prescreveu?
- Onde comprou ou recebeu?
- Quanto usa? Como usa?
- Quem administra?
- Usa desde quando? Usará até quando?
- Qual a sensação quando utiliza? () se sente muito bem () bem
() não se sente bem
- Sente algum incômodo? () Nenhum () Quase nada () Pouco () Muito
- Quais incômodos?
- **CONHECE: SIM () NÃO () - CONCEITO ATRIBUÍDO PELO EXAMINADOR.**

8 - FARMACOTERAPIA ATUAL 6

- **Medicamento:**
- Utiliza para quê? Quem prescreveu?
- Onde comprou ou recebeu?
- Quanto usa? Como usa?
- Quem administra?
- Usa desde quando? Usará até quando?
- Qual a sensação quando utiliza? () se sente muito bem () bem
() não se sente bem
- Sente algum incômodo? () Nenhum () Quase nada () Pouco () Muito
- Quais incômodos?
- **CONHECE: SIM () NÃO () - CONCEITO ATRIBUÍDO PELO EXAMINADOR.**

9- ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?
- Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o paciente deixou de tomar os medicamentos?
- O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?
- O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?
- Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?
- Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?
- Qual (is) motivo (s) te leva (m) a não tomar esse medicamento?
 - () Medo de que o medicamento possa fazer mal;
 - () Medo de ficar dependente/viciado;
 - () Não acredita no medicamento;
 - () Já tomou outros medicamentos que não fizeram efeito;
 - () Tem dificuldade para tomar o medicamento;
 - () Não entende a prescrição;
 - () Esquecimento próprio;
 - () Esquecimento de quem lhe dá o medicamento;
 - () Sente-se mal com o medicamento;
 - () Não encontra o medicamento no CAPS;
 - () Não encontra o medicamento nos Postos de Saúde;
 - () Não tem dinheiro para comprar;
- () Outra (s) causa (s). Qual (is)?

APÊNDICE E – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

IJCP - Corresponding Author Confirmation

De: **em.ijcp.8d64e.2c5ad2.4dcd8d1b@editorialmanager.com** em nome de **Deepan Selvaraj** (deepan.selvaraj@springer.com)

Enviada: quinta-feira, 12 de julho de 2012 04:44:39

Para: **CARLOS EDUARDO OLIVEIRA** (cadures@hotmail.com)

Dear Mr. CARLOS EDUARDO OLIVEIRA,

Thank you very much for submitting your manuscript entitled "Evaluation of adherence by patients treated in a psychosocial ambulatory care setting in northeastern Brazil" to International Journal of Clinical Pharmacy

I have noticed that Dr. Oliveira is listed as corresponding author in the system, whereas Dr. Lucindo José Quintans-Júnior is listed as the corresponding author in the manuscript.

Kindly confirm who will be the corresponding author so that all correspondence regarding the submission can be addressed to the correct person.

Looking forward to hearing from you at your earliest convenience.

With kind regards,
Deepan Selvaraj
Springer Journals Editorial Office
International Journal of Clinical Pharmacy

APÊNDICE F – ARTIGO

International Journal of Clinical Pharmacy Evaluation of adherence by patients treated in a psychosocial ambulatory care setting in northeastern Brazil

Manuscript Number:	
Full Title:	Evaluation of adherence by patients treated in a psychosocial ambulatory care setting in northeastern Brazil
Article Type:	Research Article
Keywords:	Mental Health; Drug Utilization Studies; Treatment Adherence
Corresponding Author:	CARLOS EDUARDO OLIVEIRA, M.Sc. Universidade Federal de Sergipe ARACAJU, Sergipe BRAZIL
Corresponding Author Secondary Information:	
Corresponding Author's Institution:	Universidade Federal de Sergipe
Corresponding Author's Secondary Institution:	
First Author:	CARLOS EDUARDO OLIVEIRA, M.Sc.
First Author Secondary Information:	
Order of Authors:	CARLOS EDUARDO OLIVEIRA, M.Sc. Wellington Barros da Silva, PhD. Chiara Eminia da Rocha, M.Sc. Lucindo José Quintans-Júnior, PhD.
Order of Authors Secondary Information:	
Abstract:	In the treatment of the mental disorders, the not adhesion to the pharmacotherapy is observed in about 50% of people and is responsible for countless damage, besides being the main cause of psychiatric morbidity and rehospitalization. In this work, among other objectives, it sought to evaluate the adhesion to the medical treatment in patients attended in a Primary Health Care Center in the municipal district of Aracaju - Sergipe. For that, it was accomplished an exploratory, descriptive and observational study, with transversal design, in the period from August 2011 to November 2011, accomplished through interviews application. From this research, it was possible to infer that more than 55% of the sample owned low education; 41,4% were single and 42,8% presented other health problems, besides the mental disorder. Regarding to the knowledge level on the used medications, this variable presented good results, since 60% of the patients were classified in the category "know well". Likewise, the results revealed that 80,3% of the investigated patients did not adhere to treatment, having as main causes of not adhesion the forgetfulness (53%), the medication lack in the units of health (47%) or the lack of financial resources for the acquisition of the same (45%) - all these considered not intentional causes of not adhesion. By the case it is an unpublished study in the outpatient attention context in Mental Health in the State, it expects that the results contribute for the evaluation and planning actions in the component specialized of the Pharmaceutical Assistance and in the precepts invigoration perspective of the psychiatric reform, having as focus the integral approach of the attention to the mental health and the rational use of psychotropic medicines.

Evaluation of adherence by patients treated in a psychosocial ambulatory care setting in northeastern Brazil

Carlos Eduardo Araújo de Oliveira,

²Wellington Barros Silva, ²Chiara Erminia da Rocha ¹Lucindo José Quintans-Júnior¹

¹Department of Physiology, Federal University of Sergipe, Brazil,

²Laboratory of Research and Teaching in Social Pharmacy, Federal University of Sergipe,
Brazil

¹ Correspondence: L.J. Quintans-Júnior. Departamento de Fisiologia, Universidade Federal de Sergipe, 49.000-100 - São Cristóvão - Sergipe – Brazil.

E-mail: lucindo_jr@yahoo.com.br; lucindo@pq.cnpq.br

Abstract

In the treatment of the mental disorders, the not adhesion to the pharmacotherapy is observed in about 50% of people and is responsible for countless damage, besides being the main cause of psychiatric morbidity and rehospitalization. In this work, among other objectives, it sought to evaluate the adhesion to the medical treatment in patients attended in a Primary Health Care Center in the municipal district of Aracaju – Sergipe. For that, it was accomplished an exploratory, descriptive and observational study, with transversal design, in the period from August 2011 to November 2011, accomplished through interviews application. From this research, it was possible to infer that more than 55% of the sample owned low education; 41,4% were single and 42,8% presented other health problems, besides the mental disorder. Regarding to the knowledge level on the used medications, this variable presented good results, since 60% of the patients were classified in the category “know well”. Likewise, the results revealed that 49,3% of the investigated patients did not adhere to treatment, having as main causes of not adhesion the forgetfulness (53%), the medication lack in the units of health (47%) or the lack of financial resources for the acquisition of the same (45%) – all these considered not intentional causes of not adhesion. By the case it is an unpublished study in the outpatient attention context in Mental Health in the State, it expects that the results contribute for the evaluation and planning actions in the component specialized of the Pharmaceutical Assistance and in the precepts invigoration perspective of the psychiatric reform, having as focus the integral approach of the attention to the mental health and the rational use of psychotropic medicines.

KeyWords: Mental Health, Drug Utilization Studies, Treatment Adherence

Introduction

The psychoactive medicinal product utilization in the treatment of the Mental Disorders (MD) has been growing in the last decades in several countries. This growth has been attributed by factors as: The diagnoses frequency increase of psychiatric disorders in the population; new drugs introduction in the pharmaceutical market; As well as the new therapeutic indications of already existing medications [1].

In the mental disorder, no adherence to the pharmacotherapy is observed in about 50% of the patients being responsible for countless trouble, besides being the main cause of psychiatric morbidity and rehospitalization [2,3]. OMS conceptualizes the adherence as – “the extension which the behavior of a person; taking medications; going on a diet; or changing its lifestyle; correspond to the professionals' health recommendations” [4].

Adherence evaluation studies to the pharmacotherapy have been accomplished in several countries focusing morbidity different conditions. The literature demonstrated that, in China and in the USA, just 43% and 51% of the patients – respectively – adhere to treatment with antihypertensives. Other data revealed that, in the depression treatment, the adherence to the therapies with antidepressant stays in the range from 40 to 70% [4].

In Brazil, some works analyzed the adherence to the treatment in mental disorders. A study performed to analyze the adherence in patients with schizophrenia revealed that 64,3% of the patients did not adhere to medical treatment [5]. At work developed by Cardoso and collaborators [6], that sought to identify the adherence level to the treatment among patients who were discharged of psychiatric hospital internment, it demonstrated that 70,8% of the patients presented low adherence levels to the treatment.

Aim of the Study

The present study had as objective determine the knowledge on the medications and the adherence level to the patients' medical treatment of a Primary Health Care Center of municipal district Health of Aracaju, Sergipe, Brazil.

Method

It was accomplished an observational exploratory, descriptive, study with transversal design, in the Primary Health Care Center “Dona Sinhazinha”, in Aracaju/Sergipe/Brasil, in the period comprehended between August 2011 and November 2011. The population was composed by 244 (two hundred and forty-four) patients, of which 152 (one hundred and fifty-two) composed the studied sample.

The sample members were interviewed through the application of a research instrument that contained among the inquiries: a) sociodemographic data (gender, age, marital situation, education); b) other health problems; c) Current pharmacotherapy (name, dosage, medication indication and posology); d) adherence level to the pharmacotherapy (using Haynes-Sachett's Tests and Morisky-Green's Test) [7,8].

Haynes-Sachett's Test consists in two questions: 1) “Most people have difficulties taking their pills, do you Mr. or Mrs. have any difficulty taking yours?”; 2) “Did you stop taking the medicines in the last 7 days?”. For this test, it was considered ‘not inserted’ the user who answered “yes” for both questions, and ‘inserted’ those ones who answered “not” for at least one of them.

Morisky-Green's Test is formed by four questions: 1) “Have you Mr. or Mrs. ever forgotten to take the medications?”; 2) “Don't you Mr. or Mrs. take the medications at the indicated time?”; 3) “When you Mr. or Mrs. feel well, stop taking your medications?”; 4) “When you Mr. or Mrs. feel bad, stop taking your medications?”.

For this test, it was attributed the value "0" to the answer "yes" and "1" to answer "not". In the end, it was obtained the value regarding the sum of these answers, considering being inserted the patient who presented the sum total of the answers varying between 3 and 4, and not inserted the ones who presented the sum total of the answers varying between 0 and 2.

The work was approved by the Ethics Committee in Research with Human beings of the Federal University of Sergipe (UFS). All the participants were informed about each research step and agreed to take part in it, through the "Term of Free and Known Consent" signature.

The obtained information were organized in worksheets (Microsoft® Office Excel 2007) and the statistical analysis was done through the BioEstat 5.0 and Epi info™ statistic software for Windows® version 3.3. The results were analyzed through the application of descriptive statistics and the tests of Qui-square, of Mantel Haenszel and Fisher's exact test.

Results

The interviews analysis (n= 152) evidenced that 77% of the individuals belonged to the feminine gender, 78% with age superior to 35 years (average = 47,7 years; $\pm 13,4$ DP), however 55,3% of them had education lower than 12 years study. The Table 1 describes the sociodemographic variables obtained.

Table 1: Sample distribution (n=152), according to the sociodemographic variable, Aracaju, November 2011.

Variable	AF	FR (%)
Gender		
Female	117	77
Male	35	23
Age Group (in years)		
≤ 35	33	22
> 35	119	78
Education (years)		
< 12	84	55,3
≥ 12	63	41,4
No information	5	3,3
Marital Status		
Single	63	41,4
Married	50	33
Divorced	23	15,1
Widower	16	10,5

*AF - Absolute frequency; FR% - Percentage relative frequency.

Regarding the adherence, the Test application of Haynes-Sackett determined an adherence rate of 92,1% of the patients. However, after the test application of Morisky-Green it was noted that only 50,7% were inserted to the treatment indeed. The Table 2 brings referring data to the variable distribution, health problem, knowledge and adherence.

Table 2: Sample distribution, according to the variables health problem, knowledge of the used medication and adherence by Haynes-Sacket's Tests and Morisky-Green. Aracaju, November 2011.

Variable	Frequency	(%)
Health problem		
Yes	65	42,7
No	87	57,2
Knowledge		
Know well	91	60
Know	14	9,2
Know little	17	11,2
Do no know	30	19,7
Adherence ¹		
Yes	140	92,1
No	12	7,8
Adherence ²		
Yes	77	50,7
No	75	49,3

¹ Haynes' Test- Sacket; ² Morisky's Test- Green.

When we compared the adherence by Haynes-Sacket's Test, according to the sociodemographic variables and health problem it was noticed that none of the variables presented statistical association (Table 3). It stands out that in all variables there was difference in the adherence prevalence within its classes, deserving highlight the variable education, in which was evidenced that people with education lower than 12 years presented 1,16 times more chances of adhering to the treatment when compared with people with equal or larger education than 12 years.

Table 3: Adherence distribution by Haynes-Sacket's Test according to the variables: Gender, age group, education, health problem and polypharmacy. Aracaju, November 2011.

Variable	Prevalence (%)	IC 95% ⁽¹⁾	RP ⁽²⁾	p-value
Gender				
Female	91,4		1,00	
Male	94,3	0,9342 – 1,138	1,03	0,8960
Age Group (in years)				
≤ 35	93,9		1,00	
> 35	91,6	0,9258 – 1,136	1,03	0,9880
Education (years)				
< 12	57,8		1,00	
≥ 12	50	0,6445 -2,072	1,16	0,8196
Health problem				
Yes	92,3		1,00	
No	91,9	0,914 – 1,102	1,00	> 0,999

⁽¹⁾IC 95% = reliable interval to the level of 95%; ⁽²⁾ RP: Prevalence reason.

Equal situation occurred when it was done it confront of the adherence, according to Morisky-Green's Test, with the independent variables already cited. In this case, the association test application did not evidence statistically significant differences (**Table 4**).

Table 4: Adherence distribution by Morisky-Green's Test according to the variables: Gender, of age band, education, health problem. Aracaju, November 2011.

Variable	Prevalence (%)	IC 95% ⁽¹⁾	RP ⁽²⁾	p-value
Gender				
Female	21,4		1,00	
Male	14,3	0,6187 – 3,616	1,5	0,5057
Age Group (in years)				
≤ 35	21,01		1,00	
> 35	15,15	0,5755 – 3,341	1,4	0,6331
Education (years)				
< 12	22,6		1,00	
≥ 12	17,4	0,665 – 2,524	1,3	*0,4440
Health problem				
Yes	23,1		1,00	
No	17,2	0,7062 – 2,537	1,34	0,4897

⁽¹⁾ RI 95% = reliable interval to the level of 95%; ⁽²⁾ PR: Prevalence reason; * According to the ?2 Mantel-Haenszel.

Finally, this study evidenced the main causes of not adherence, deserving highlight the following: “Own forgetfulness”, “Do not find the medication in the health center” and “Cannot afford it”, whose frequencies were established in the figure to follow:

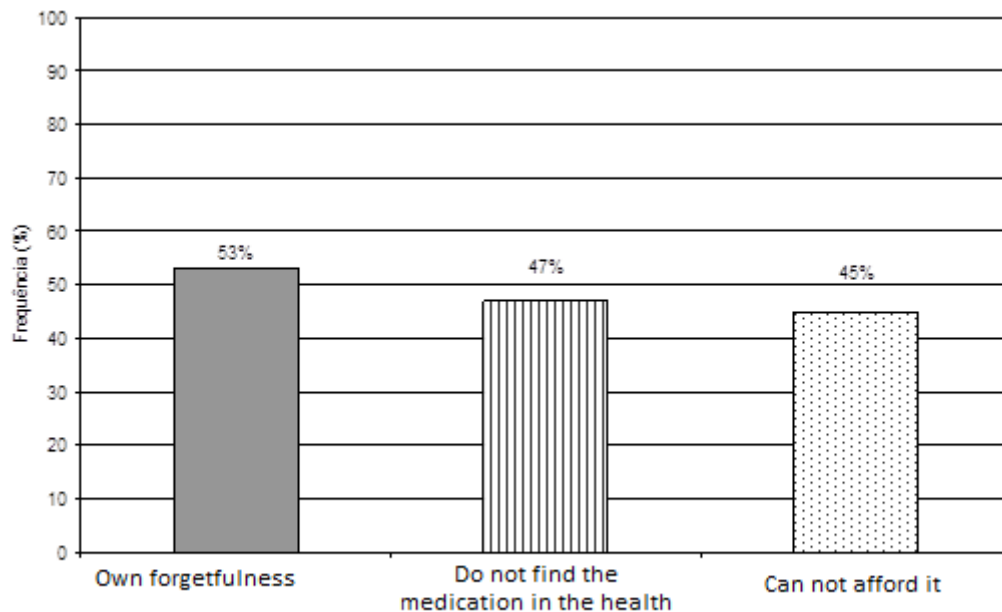


Figure 1: Distribution of no adherence causes to the treatment in the studied sample (n=152). Aracaju, November 2011.

Discussion

According to Lima [9]; People with low education tend to present larger prevalence of mental disorders. Moreover, the literature demonstrates that people with MD present symptoms as forgetfulness, concentration and relationship difficulty, factors that can influence in its education and learning process.

Referring to the knowledge, the found numbers were doing well satisfactory, being 60% of the classified patients as “know well” and 9,2% as “know”. A knowledge good level is essential for the treatment of these patients, because many times information as medications name and dosage will have fundamental role in the handling and cares that

should be offered to these patients in internments cases, adverse reactions, allergies and other health problems.

The adherence was measured through indirect tests, whose main advantages are its simplicity and economy. However, as well as other methods used to measure the adherence, they present some disadvantages as the possibility to overestimate or to underestimate the adherence; obtaining socially acceptable answers; As well as identifying only a part of the not inserted [10,11].

The adherence analysis for Haynes-Sachett, in general, is used with the intention of finding adherence indications, for presenting a high specificity; However, its low sensibility. Thus, it detects only the number of patients that do not adhere to treatment, classifying the adherence as good or not. To characterize a good adherence they consider values comprehended between range from 80% to 110%. Being this way, this method is not useful to determine the adherence prevalence in population studies [7], should be applied other test for confirmation of the obtained results.

With the Test application of Morisky-Green, the percentage of adherence suffered a significant decrease, because this test demonstrated that just 50,7% of the patients adhered to the treatment indeed. This decrease is foreseen, because several studies already found value of very smaller adherence after utilization of this test. For example, in the adherence study to the pharmacotherapeutic treatment, accomplished by Santa Helena and collaborators [12], the adherence estimated by Haynes-Sachett's Test was 91,3%, passing for 56,6% with Morisky-Green's Test.

Among these causes of not adherence, a larger mention should be given to the forgetfulness, because this is a cause found in several adherence evaluation studies. Such cause is classified as a form of not intentional no adherence and was responsible for 57,2% of the not adherence in the study accomplished by Miasso [13]; Where it was investigated patients' adherence with bipolar affective disorder.

The medication lack in the centers, other cause of not cited adherence, is directly related to the Health Department of Aracaju performance (SMS/AJU). According to information supplied by the Coordination of Pharmaceutical Assistance of SMS/AJU, some of the main medications had their stocks cleared during the accomplishment period of this study. The main cause of this shortage is related to vendors fact that do not honor the contracts signed in the bidding processes.

Conclusion

This study demonstrated that there is an implantation need of political that promote the rational use and the universal access of medications for all the population. With that, it will be possible to increase the adherence to the pharmacotherapeutic treatment, essential factor to obtain the success in the treatment of the Mental Disorders. This search also can be reached by means of pharmacist's performance and the other health professionals, through educational initiatives and the cares strategies development that aim at the medications rational use achievement.

References

- 1 Rodrigues MAP, Facchini LA, LIMA MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública 2006; Fev; 40(1): 107-114.
- 2 Cardoso L, Galera SAF. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. Rev. esc. enferm. USP. 2009 Mar; 43(1): 161-167.
- 3 Davis JM, Chen N. Choise of maintenance medication for schizophrenia. J. Clin. Psychiatry. 2003; 64(16): 24-33.
- 4 WHO – World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: WHO, 2003.
- 5 Nicolino PS, Vedana KGG., Miasso AI.; Cardoso L, Galera SAF. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. Rev. esc. enferm. USP. 2011; Jun; 45(3): 708-715.
- 6 Cardoso L, Miasso AI, Galera SAF., Maia BM, Esteves RB. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011 Out; 19(5): 1146-1154.
- 7 Haynes, R. B.; Taylor, D. W.; Sackett, D. L. Compliance in health care. Baltimore: the Johns Hopkins University press, 1981. 516p.

- 8 Morisky, D. E.; Green, L. W.; Levine, M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67 – 74.
- 9 Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2012.
- 10 Krousel-Wood, M. et al. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Current opinion in cardiology* 2004, 19(4): 357-362.
- 11 Piñeiro F. et al. The validity of 6 indirect methods for assessing drug treatment compliance in arterial hypertension. *Atención Primaria.* 1997; 19(7): 372-374.
- 12 Santa Helena ET; Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev. Saúde Pública* 2008; Ago; 42(4): 764-767.
- 13 Miaso AI, Monteschi M, Giaccher KG. Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; Jul-Ago; 17(4).