



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA**

GABRIELA BATISTA CAVALCANTI CORDEIRO

**ADESÃO MEDICAMENTOSA EM USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

**CAMPINA GRANDE
2017**

GABRIELA BATISTA CAVALCANTI CORDEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Patrícia Trindade Costa Paulo.

CAMPINA GRANDE
2017

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C794a Cordeiro, Gabriela Batista Cavalcanti.
Adesão medicamentosa em usuários de um Centro de
Atenção Psicossocial [manuscrito] : / Gabriela Batista
Cavalcanti Cordeiro, Prof Dr Saulo Rios Mariz, Prof Dr Ricardo
Alves de Olinda. - 2017.

34 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Patrícia Trindade Costa Paulo,
Departamento de Farmácia - CCBS."

1. Cuidados farmacêuticos. 2. Saúde mental. 3.
Farmacoterapia. 4. Psicofarmacoterapia.

21. ed. CDD 615.58

GABRIELA BATISTA CAVALCANTI CORDEIRO

**ADESÃO MEDICAMENTOSA EM USUÁRIOS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**


Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado em forma de artigo ao Curso
de Graduação em Farmácia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito à obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

Aprovada em: 20 / 11 / 2017 .

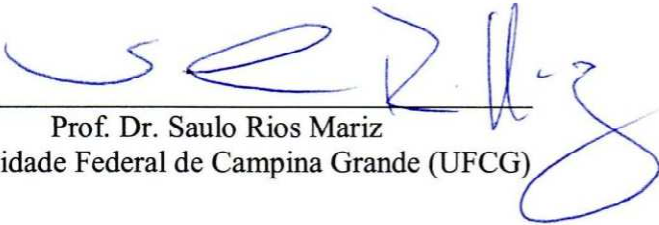
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª. Patrícia Trindade Costa Paulo (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Drª. Alessandra Teixeira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Saulo Rios Mariz
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, o Autor da vida, por ter me alcançado com o seu amor, e pela oportunidade que eu tenho de estudar e de adquirir conhecimentos para servir à sociedade com ética, amor e dedicação.

Aos meus amados pais **Bento de S. Cordeiro** e **Valéria B.C Cordeiro**, por terem investido tanto tempo, paciência e recursos financeiros durante a minha graduação para que eu pudesse finalizar essa etapa da melhor forma possível, e por entenderem todas as minhas expressões emocionais neste percurso. Também, por ouvirem atentamente as minhas histórias e conhecimentos adquiridos dentro do CAPS. O amor deles por mim é expressão do cuidado de Deus na minha vida. Aos meus irmãos **José Matheus**, **Valesca Caroline** e **Raissa** pelo carinho e respeito que têm por mim e por entenderem minhas ausências e “abusos” durante a elaboração deste trabalho. Seguindo na linha familiar, sou grata aos meus **tios e tias**, em especial **Vandimar e Rossandra** por serem sempre tão acolhedores, **Vítor Hugo**, por me ouvir e apoiar e aos meus queridos avós **Loidimar** e **Vanda** pelas orações e amor.

À minha amiga mais meiga **Laís Rodrigues**, que sempre esteve ao meu lado com palavras e atitudes de apoio às minhas ideias malucas, por compartilhar comigo os mais variados momentos de alegria, conquistas, lutas, estudos, frustrações, lazer, dentre tantos outros. Agradeço também a **Ísis Valeska**, pela amizade e parceria na busca de alcançar os nossos sonhos, a **Thalita Azevedo**, **Hortência Almeida**, **Carlos (Tchê)**, **Amanda Guimarães** e **Djavan Cunha** e por terem me acolhido na turma e assim se tornaram os meus companheiros de aventuras, cafés, risos, lanches, almoços e tantos outros que tornaram essa caminhada bem mais agradável.

À **Tiny van Berkel**, minha querida “mãe holandesa”, que em meu período de intercâmbio me recebeu em sua casa sem ao menos me conhecer, me tratou como uma filha e me ensinou que eu posso equilibrar a minha vida social com a profissional de forma a aproveitar bem a companhia de quem amo e ter uma vida de qualidade. Agradeço por sempre torcer por mim, mesmo estando geograficamente distante.

À amada professora **Sayonara Fook**, que desde o início da graduação me guiou pelos caminhos da ciência, me ensinando a me portar como profissional, a ter compromisso, responsabilidade e perseverança. Por ter também tentado me ensinar a “fazer uma coisa de cada vez”, mesmo que eu ainda não tenha aprendido muito bem isso.

Ao querido professor **Saulo Mariz**, que tive o prazer de conhecer através do Ceatox-CG e sempre se mostrou tão prestativo e atencioso quanto aos meus variados questionamentos relacionados à temática deste trabalho, por ser claro e sábio em suas sugestões e explicações. Agradeço pela paciência e por ser um grande exemplo de profissional para mim.

À professora **Patrícia Trindade**, minha orientadora, que me apoiou desde o início em minha tentativa de proporcionar cuidados para pessoas que são pouco favorecidas pelo sistema, pela paciência e atenção durante o desenvolvimento desse trabalho.

À minha professora, orientadora de PIBIC **Alessandra Teixeira**, por sempre me apoiar em minha graduação e pela compreensão em ter que dividir os meus esforços do PIBIC com os do TCC.

Ao professor **Ricardo Olinda**, que aceitou com prontidão realizar a análise estatística dos dados deste trabalho em apenas poucos dias, e mesmo assim, o fez com excelência.

À equipe multiprofissional do **Centro de Atenção Psicossocial de Campina Grande – CAPSIII – Reviver**, que me recebeu de forma tão acolhedora e prestativa, me ensinando as particularidades na abordagem com os usuários do serviço e me auxiliando durante a minha permanência no serviço.

Agradeço também aos usuários do **CAPSIII – Reviver**, que me receberam tão calorosamente com abraços, sorrisos e conversas das quais nunca esquecerei. Sem a colaboração e apoio deles eu não teria realizado este trabalho, como também não teria adquirido uma experiência tão valiosa em minha jornada como estudante de farmácia.

*“Que os vossos esforços desafiem as
impossibilidades. Lembrai-vos de que as grandes
coisas do homem foram conquistadas do que
parecia impossível.”*

Charles Chaplin

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
1 INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo geral.....	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3.1 Um breve histórico da saúde mental (SM) no Brasil.....	10
3.1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial: um novo conceito de assistência.....	10
3.2.1 O exemplo da Esquizofrenia.....	11
3.2.2 Problemas relacionados à psicofarmacoterapia.....	12
3.3 O impacto do farmacêutico na redução de problemas da psicofarmacoterapia.....	12
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
4.1 Tipo, local e amostra do estudo.....	13
4.2 Coleta e processamento de dados.....	14
4.3 Análise estatística dos dados.....	14
4.4 Aspectos éticos.....	15
5 RESULTADOS.....	15
5.1 Perfil sócio demográfico.....	15
5.2 Perfil psicofarmacoterapêutico.....	17
5.3 Avaliação da adesão medicamentosa: o Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ)	18
5.3. Análise do Componentes Principais (ACP).....	18
5.3.3 Confiabilidade do BMQ.....	22
6 DISCUSSÃO.....	22
7 CONCLUSÕES.....	25
ABSTRACT.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
APÊNDICE A - AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA - CAPS III-REVIVER.....	30
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	35

ADESÃO MEDICAMENTOSA EM USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Gabriela Batista Cavalcanti Cordeiro¹
Patrícia Trindade Costa Paulo²

RESUMO

Introdução: O Ministério da Saúde afirma que 3% da população brasileira sofre com transtornos mentais graves e persistentes. A prescrição de medicamentos é parte fundamental na gestão clínica desses transtornos, entretanto, cerca de 50% dos pacientes não seguem o tratamento como prescrito. As razões para a não adesão incluem a experimentação de reações adversas aos medicamentos, o estigma enfrentado na comunidade, a falta de compreensão da patologia e da importância dos medicamentos. **Objetivo:** Avaliar a adesão medicamentosa de usuários acompanhados por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Campina Grande. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo longitudinal, prospectivo, com análise quantitativa de dados coletados entre abril e agosto de 2017. Foi utilizado um Formulário de Avaliação Farmacoterapêutica, que incluiu o *Beliefs About Medicines Questionnaire* (BMQ). A análise dos componentes principais (ACP) e a confiabilidade do BMQ foram realizadas. **Resultados:** 33,3% dos usuários (n=11) eram esquizofrênicos, e 30,3% (n=10) possuíam algum transtorno de ansiedade. A ACP do BMQ revelou dois fatores para a amostra total, e o teste apresentou um alfa de Cronbach de 0.80 (IC95% 0,7;0,9). A média do quociente N/P foi de 1,6; entretanto, a necessidade de tomar os medicamentos e os efeitos que eles causam foram as principais preocupações reveladas. **Conclusão:** Foi indicada uma tendência a aderir ao tratamento (N/P>1,0), entretanto, as principais preocupações podem colaborar com a não adesão, sendo necessária a incorporação de estratégias associadas à redução das preocupações relacionadas ao tratamento medicamentoso no CAPS.

Palavras-chave: Cuidados farmacêuticos. Saúde Mental. Adesão.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que uma em cada quatro pessoas será acometida por algum transtorno mental ou neurológico em algum momento de suas vidas. Cerca de 450 milhões de pessoas atualmente já estão afetadas por esses distúrbios, colocando os transtornos mentais dentre as principais causas de doenças e deficiências em todo o mundo (WHO, 2001). No Brasil, dados do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral brasileira sofre com transtornos mentais graves e persistentes, e 12% necessitam de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual (SANTOS, 2012).

¹ Estudante de graduação do curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (gabibatistacc@gmail.com).

² Professora doutora do Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba.

A prescrição de medicamentos é parte fundamental na gestão clínica de indivíduos acometidos por esses transtornos, entretanto, cerca de 50% dos pacientes não seguem o tratamento como prescrito de forma intencional ou não-intencional, constituindo um fator de risco relevante principalmente porque o tratamento geralmente persiste por um longo tempo. A não adesão gera consequências que afetam suas condições individuais, suas famílias e comunidade (HORNE, 2013). Um exemplo é a recaída de sintomas psicóticos em esquizofrênicos, que acontece em uma taxa de 50 a 92% dos pacientes, ou ainda o não alcance dos resultados esperados para o tratamento (AHMAD, 2017; HORNE, 2013). A baixa adesão causa um grande impacto na perspectiva da qualidade de vida e no fator econômico no âmbito da saúde (WHO, 2013).

As razões para a não adesão incluem a experimentação de reações adversas aos medicamentos (RAMs), o estigma enfrentado na comunidade, a falta de compreensão da patologia e da importância dos medicamentos, baixo nível de escolaridade e relação entre o prescritor e o paciente (FOOT, 2015; AHMAD, 2017). Vale salientar que a maioria dos psicofármacos possuem uma janela terapêutica muito estreita, sendo um fator significativo quando observadas as dificuldades dos pacientes em seguir os esquemas posológicos por falta de autonomia e racionalidade.

O cuidado farmacêutico é "uma prática na qual o profissional assume a responsabilidade pelas necessidades medicamentosas de um paciente e se responsabiliza em atender essas necessidades" (HEPLER, 1990). Para isso, o farmacêutico é chamado a avaliar o paciente a fim de verificar se ele está seguindo a farmacoterapia como planejado, e se os medicamentos são apropriados, seguros e eficazes para o indivíduo. O cuidado também deve ter seguimento com um plano de cuidados e acompanhamento periódico do curso do tratamento (SKARSAUNE, 2017), de forma a garantir o paciente obtenha os "remédios certos na dose certa, no momento certo e pelas razões certas" (SCOTTISH EXECUTIVE, 2002).

A abordagem do cuidado varia de acordo com a situação: na demência, há dificuldade em lembrar de tomar os medicamentos, mas não querer toma-los é uma questão característica de transtornos psicóticos. A não adesão ao tratamento são fatores críticos em alguns pacientes, sendo os cuidados farmacêuticos essenciais para promover a redução desses eventos (NTS, S.D.).

Existem vários métodos que propõem a verificação da adesão. Os diretos correspondem a técnicas analíticas como Cromatografia Líquida de Alta Eficiência ou Imunofluorescência Polarizada, que quantificam em fluidos biológicos fármacos utilizados recentemente, sem a interferência dos relatos do paciente. Os indiretos incluem informações

fornecidas pelo próprio paciente e as relaciona com seus comportamentos referentes à adesão. Exemplos são a entrevista, contagem de comprimidos, registro de retirada em farmácias e a aplicação de questionários estruturados, como o teste de *Morisky-Green* (1986), *Beliefs About Medicines Questionnaire* (BMQ) (1999), *Simplified Medication Adherence Questionnaire* (SMAQ) (2002), entre outros (OBRELI-NETO, 2014)

Dentre os métodos indiretos, o BMQ se destaca como uma das ferramentas mais utilizadas, desenvolvida por Horne e colaboradores (1999), e que tem como função avaliar a adesão ao tratamento com base em expressões sócio cognitivas reveladas pelo próprio paciente: as suas necessidades e preocupações (SAMALIN, 2016). Na maioria dos casos, um alto nível de necessidade acerca dos medicamentos somado a um baixo índice de preocupações pode ser um fator predisponente para uma boa taxa de adesão (FOOT, 2015).

A não adesão à psicofarmacoterapia por pacientes ambulatoriais da saúde mental (SM) é um problema real que pode comprometer seriamente o tratamento. Assim, deve ser melhor investigado para que os motivos da não adesão sejam conhecidos e que se possa intervir no sentido de minimizar o problema e aperfeiçoar a assistência. Não existe uma única solução para melhorar a adesão em todos os pacientes, então, as intervenções precisam estar direcionadas a grupos específicos de acordo com as suas particularidades relacionadas à doença (WHO, 2013). Esse trabalho avaliou o perfil sócio demográfico e farmacoterapêutico de uma amostra de usuários acompanhados por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como também analisou o fator estrutural e as propriedades psicométricas do BMQ aplicados à amostra.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a adesão medicamentosa dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar o perfil sócio demográfico e clínico dos usuários;
- Analisar o fator estrutural e as propriedades psicométricas do BMQ-Específico;
- Identificar os fatores de risco para a não adesão.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Um breve histórico da saúde mental (SM) no Brasil

Até a década de 1970, a SM no Brasil foi marcada pela repressão dos chamados “loucos” através da palavra de ordem “aos loucos o hospício”, instituída em 1830 pela Sociedade de Medicina e Cirurgia. Os doentes mentais tinham como destino o isolamento da vida social através do tratamento psiquiátrico que recebiam (FONTE, 2012).

No contexto do isolamento, começaram a ser denunciadas pela militância do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) práticas de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes dentro das instituições psiquiátricas brasileiras, deflagrando o caminho da Reforma Psiquiátrica. Essa trajetória foi marcada por intensos movimentos de discordância com as medidas de assistência à saúde mental, tendo como resultado a promulgação da Lei 10.216 em abril de 2001, objetivando proteger os direitos do indivíduo incapacitado e obter resultados satisfatórios com as internações (FONTE, 2012; OLIVEIRA, 2014).

No final do ano de 2001 a III Conferência Nacional de Saúde Mental consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo, modificando o modelo de assistência estabelecido. Esse evento foi essencial para a conjunção da atual política de SM no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em Campina Grande, município com cerca de 400 mil habitantes no interior da Paraíba, a Reforma Psiquiátrica foi visualizada no ano de 2002 através da interdição do Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), conhecido como hospital João Ribeiro. O hospital foi descredenciado do SUS após diversos relatos negativos, e os seus 176 pacientes foram redirecionados a novas alternativas de cuidados de saúde mental. (SILVA, 2010)

3.1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial: um novo conceito de assistência

A partir da entrada em vigor da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, um novo modelo de atenção a pessoas com transtorno mental foi instituído. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surgiu como forma de qualificar o cuidado nos pontos de atenção à

saúde, ampliando o acesso à atenção psicossocial da população. Nesse aspecto, indivíduos com transtornos mentais passam de um cuidado centralizado na doença para uma atenção ao seu estado de saúde como um todo (BRASIL, 2011).

Foi a partir desse interim que surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo cuidado passou a ser desenvolvido com o Projeto Terapêutico Individual, envolvendo uma equipe multidisciplinar, o usuário e a sua família. A institucionalização dos CAPS abrange pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Esse modelo reverteu o manicomial, propondo a ressocialização dos usuários a partir de um cuidado integral e personalizado (CUNHA, 2017).

3.2 Transtornos mentais

As alterações anormais do modo de pensar, do humor e comportamento são chamadas de transtornos mentais, que podem estar relacionados com alguma angústia pessoal e/ou alterações fisiológicas do funcionamento normal do cérebro. Para que sejam classificadas como tal, precisam ser recorrentes e afetarem uma ou mais atividades normais da vida, e são diagnosticadas de acordo com o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) (WORLD HEALTH REPORT, 2002).

3.2.1 O exemplo da Esquizofrenia

A esquizofrenia é transtorno mais debilitante que acomete cerca de 1% da população mundial e geralmente manifesta-se no fim da adolescência ou no início da idade adulta (WHO, 2001). Identifica-se primordialmente por distorções do pensamento e da percepção e por emoções impróprias, e os seus sintomas podem ser classificados como positivos e negativos. Os positivos correspondem às alucinações, delírios, agitação, intolerância, discurso e comportamento desorganizado, enquanto os negativos são a alogia, apatia e avolição. Déficits cognitivos também são comumente encontrados, e se retratam como déficit de memória, diminuição da velocidade de processamento, resolução de problemas e cognição social, comprometendo as suas atividades laborais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; NTS, S.D.).

A hipótese mais aceita atualmente para explicar a fisiopatologia da esquizofrenia se chama “hipótese de hiperatividade da dopamina”, o que levou ao desenvolvimento da primeira classe terapêutica dos fármacos antipsicóticos, os chamados típicos ou de primeira geração, como o Haloperidol, Levomepromazina e Clorpromazina. O objetivo do tratamento é reduzir os sintomas agudos que comprometam o bom relacionamento do indivíduo no meio social, como agitação, delírios, hostilidade, e que posteriormente induzem à angústia do paciente. Posteriormente foram desenvolvidos os antipsicóticos atípicos ou de segunda geração, mais seguros e melhor tolerados pelos pacientes devido a uma menor ocorrência de efeitos adversos. Exemplos desses são a Risperidona, Quetiapina e Clozapina (NTS, S.D.).

3.2.2 Problemas relacionados à psicofarmacoterapia

Na saúde mental, é frequente a polimedicação dos usuários, a ocorrência de interações medicamentosas e de efeitos adversos, o uso concomitante com drogas e/ou álcool, além do uso abusivo de alguns psicotrópicos (MANZINI, 2015). Esses fatores contribuem significativamente para a não adesão ao tratamento, sendo necessário um acompanhamento individualizado para a identificação destes e realização de intervenções.

Os antipsicóticos têm sido empregados para o tratamento da esquizofrenia e outras psicoses, sendo eficazes no tratamento dos sintomas positivos. Entretanto, cerca de 50% dos portadores da doença não seguem o tratamento da forma correta, assim como os portadores de hipertensão e diabetes. Os efeitos adversos comumente relatados com o uso dos antipsicóticos de primeira geração incluem boca seca, parkinsonismo, ganho de peso, sonolência, visão turva, hipotensão postural, hiperprolactinemia, dentre outros. A experiência de alguns desses efeitos, como o parkinsonismo e a sonolência, incapacita o usuário a realizar atividades cotidianas e laborais, levando-os a se questionarem quanto à eficácia do tratamento, como também da real necessidade destes, já que os deixam incapacitados. A promoção da adesão à farmacoterapia é um dos principais desafios no manejo dessa doença (SAMALIN, 2016).

3.3 O impacto do farmacêutico na redução de problemas da psicofarmacoterapia

O cuidado farmacêutico é "uma prática na qual o profissional assume a responsabilidade pelas necessidades medicamentosas de um paciente e se responsabiliza em atender essas necessidades". Para que isso seja desenvolvido, o profissional precisa avaliar o

paciente a fim de se certificar de que os medicamentos tomados são apropriados, seguros e eficazes, e que o paciente está capacitado e disposto seguir a farmacoterapia como planejado. O profissional também precisa desenvolver um plano de cuidados para o paciente e ter uma avaliação de acompanhamento numa base sistemática. "O cuidado farmacêutico reflete uma abordagem sistemática que garante que o paciente obtenha os remédios certos, na dose certa, no momento certo e pelas razões certas" (SKARSAUNE, 2017).

No âmbito da SM a nível mundial, os farmacêuticos participam rotineiramente como coordenadores de programas de educação quanto ao uso de medicamentos. Ainda, por serem especialistas e consultores em farmacoterapia, são capazes acompanhar os pacientes de forma personalizada para uma conduta adequada quanto ao tratamento, sempre de forma conjunta com a equipe multidisciplinar (RUBIO-VALERA, 2014).

No Brasil, esse tipo de cuidado ainda é pouco disseminado. A farmácia clínica no âmbito da psiquiatria ainda está a desejar. Experiências em países desenvolvidos apontam um grande aumento na adesão ao tratamento após a intervenção do farmacêutico, além de um maior esclarecimento quanto aos medicamentos e alterações em prescrições quando necessário. Essas experiências, somadas à necessidade dos Centros de Atenção Psicossocial do Brasil em atuação multiprofissional e individualizada, corroboram com a necessidade de capacitação do profissional farmacêutico na área e inclusão dele nos serviços oferecidos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo, local e amostra do estudo

Trata-se de um estudo longitudinal, prospectivo e com abordagem quantitativa de dados. Os critérios de inclusão foram: usuários maiores de 18 anos, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice B), capazes de responder às perguntas que foram realizadas e que estavam, no momento da pesquisa, fazendo uso de pelo menos um (1) medicamento psicotrópico. Foram excluídos os usuários que deram entrada no serviço, em decorrência de surtos psicóticos e os que não assinaram o TCLE.

CAPS I, II e III atendem pessoas maiores de 18 anos com transtornos mentais graves e persistentes, sendo o III o único que funciona por 24 horas e durante todos os dias da semana, com espaço destinado para acolhimentos noturnos. (BRASIL, 2011). Entre os profissionais que constituem do serviço estão o assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem,

farmacêutico, psiquiatra, psicólogo, educador físico e profissionais dedicados à alimentação, limpeza e segurança do local. Todos atuam de forma conjunta e individual através de oficinas terapêuticas e consultas, de forma a acompanhar o usuário em sua plenitude. Este trabalho foi realizado do CAPS III - Reviver, localizado na rua Fernando Gomes de Araújo, nº 81, Centenário, Campina Grande – PB, que funciona durante 24 horas em todos os dias da semana.

4.2 Coleta e processamento de dados

A coleta dos dados foi realizada entre dos meses de abril a agosto de 2017 por meio de uma entrevista individual, guiada pelo formulário intitulado “Avaliação farmacoterapêutica - CAPS III-Reviver” (apêndice A). Esse formulário foi elaborado seguindo o modelo disponibilizado no Caderno 2: Capacitação para Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica (BRASIL, 2014), fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde para as farmácias do SUS, sendo adaptado para a utilização no CAPS e posterior registro em uma planilha das informações obtidas.

A ferramenta *Beliefs About Medicines Questionnaire* (BMQ) foi incluída no formulário para a verificação da adesão ao tratamento. O BMQ é formado por 11 perguntas que avaliam as necessidades e preocupações que os usuários demonstram com relação ao seu tratamento farmacológico, relacionando com a tendência a aderir ou não o tratamento. Essa tendência é numérica, formada a partir do quociente N/P(Necessidade/Preocupação), e foi avaliada juntamente com a análise do fator estrutural e das propriedades psicométricas desse questionário.

As informações foram registradas em uma planilha do *Microsoft® Excel® 2016*, sendo omitidos os dados de identificação pessoal dos usuários participantes da pesquisa. Os medicamentos foram identificados pelo princípio ativo, segundo a Denominação Comum Brasileira (DCB), e classificados em categoria segundo as normas do *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC). O diagnóstico foi registrado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

4.3 Análise estatística dos dados

Na análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, utilizando frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categorizadas. Para estimar a confiabilidade do BMQ, foi avaliado o coeficiente alfa de *Cronbach*, com seu respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%. Por fim, foram aplicadas técnicas da análise multivariada, a saber, análise de componentes principais (ACP), análise fatorial por meio dos componentes principais e a representação gráfica *Biplot*. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do software estatístico R (R CORE TEAM, 2017) e estão demonstradas em forma de tabelas, figuras e gráficos.

4.4 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 66222517.2.0000.5187), e foram respeitados todos os direitos dos usuários segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil sócio demográfico

Um total de 43 usuários foram abordados, mas apenas 33 corresponderam aos critérios de inclusão na pesquisa. Foi verificado um perfil variado de diagnósticos segundo a classificação CID-10. Desta forma, os usuários foram agrupados em “Esquizofrenia”, “Ansiedade” e “Outros transtornos” que para melhor visualização dos dados, serão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Agrupamento dos diagnósticos da amostra a partir da classificação CID10 e sua representatividade na amostra total.

CID10	Transtorno	Grupo classificado	n (%)
F20	Esquizofrenia		
F20.0	Esquizofrenia paranoide		
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica	Esquizofrenia	11 (33,3)
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada		
F20.6	Esquizofrenia simples		
F41.2	Transtorno misto ansioso e depressivo		
F41.3	Outros transtornos ansiosos mistos	Ansiedade	10 (30,3)
F41.8	Outros transtornos ansiosos especificados		
F23	Transtornos psicóticos agudos e transitórios		
F28	Outros transtornos psicóticos não-orgânicos		
F29	Psicose não-orgânica não especificada		
F06.8	Outros transtornos mentais especificados devidos a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física		
F31	Transtorno afetivo bipolar	Outros	12 (36,4)
F33	Transtorno depressivo recorrente		
F68.1	Produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas [transtorno fictício]		
F72	Retardo mental grave		

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentro dos 33 usuários que participaram da pesquisa 33,3% eram esquizofrênicos, 30,3% possuíam algum transtorno de ansiedade e 36,4% possuíam outro tipo de transtorno mental. Mais da metade dos usuários eram mulheres (60,6%), 54,5% eram solteiros, e 42,4% haviam cursado apenas o ensino fundamental. Ainda, foi verificado que 81,8% dos usuários moram com suas famílias e 54,5% necessitam de assistência para tomarem seus medicamentos. Diferentemente do perfil geral, a população de esquizofrênicos se destacou pela prevalência de indivíduos do sexo masculino (72,7%) e pelo maior uso de tabaco (36,4%) quando comparado aos outros grupos (Tabela 2).

Tabela 2 - Aspectos sócio demográficos e clínicos da amostra em estudo.

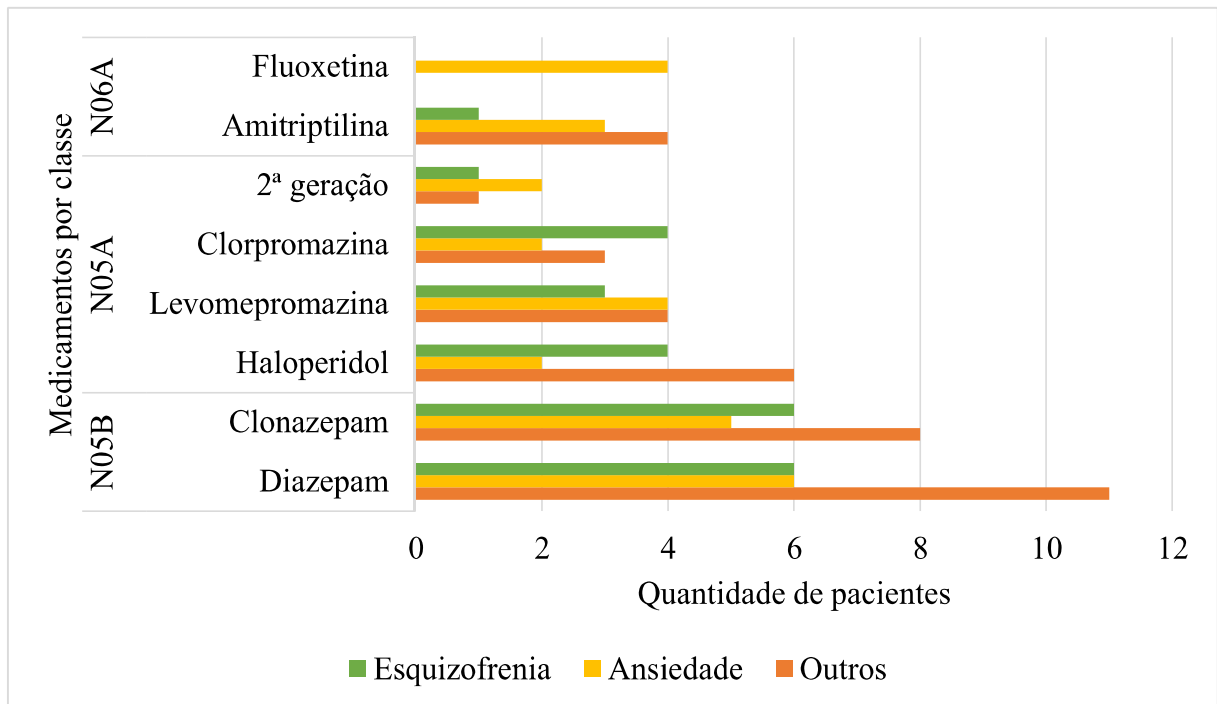
		Esquizofrenia	Ansiedade	Outros	Total
Idade: média (DP)		42,0 (10,2)	42,9 (12,5)	37,7 (8,5)	41,2 (10,4)
Sexo: n (%)	Masculino	8 (72,7)	2 (20,0)	3 (25,0)	13 (39,4)
	Feminino	3 (27,3)	8 (80,0)	9 (75,0)	20 (60,6)
Escolaridade: n (%)	Analfabeto	1 (09,1)	1 (10,0)	2 (16,7)	4 (12,1)
	Fundamental	7 (63,6)	5 (50,0)	5 (41,7)	17 (51,5)
	Médio	2 (18,2)	2 (20,0)	3 (25,9)	7 (21,2)
	Ignorado	1 (09,1)	2 (20,0)	2 (16,7)	5 (15,2)
Estado civil: n (%)	Solteiro	5 (45,5)	7 (70,0)	6 (50,0)	18 (54,5)
	Casado	2 (18,2)	1 (10,0)	2 (16,7)	7 (21,2)
	Separado	4 (36,4)	1 (10,0)	2 (16,7)	5 (15,2)
	Ignorado	0 (00,0)	1 (10,0)	2 (16,7)	3 (9,1)
Mora com: n(%)	Sozinho	1 (09,1)	1 (10,0)	0 (00,0)	2 (6,1)
	Família	10 (90,9)	6 (60,0)	11 (91,7)	27 (81,8)
	Companheiro	0 (00,0)	2 (20,0)	0 (00,0)	2 (6,1)
	Ignorado	0 (00,0)	1 (10,0)	1 (08,3)	2 (6,1)
Necessita de assistência com os medicamentos: n (%)	Não	6 (54,5)	4 (40,0)	3 (25,0)	13 (39,4)
	Sim	5 (45,5)	5 (50,0)	9 (75,0)	19 (57,6)
	Ignorado	0 (00,0)	1 (10,0)	0 (00,0)	1 (3,0)
Medicamentos em uso: n (%)	Antipsicóticos	9 (81,8)	9 (90,0)	9 (75,0)	27 (81,8)
	Ansiolíticos	9 (81,8)	8 (80,0)	11 (91,7)	28 (84,8)
	Antidepressivos	2 (18,2)	4 (40,0)	5 (41,7)	11 (33,3)
Álcool: n (%)	Sim	1 (09,1)	0 (00,0)	1 (08,3)	2 (6,1)
	Não	10 (90,9)	9 (90,0)	11 (91,7)	30 (90,9)
	Ignorado	0 (00,0)	1 (10,0)	0 (00,0)	1 (3,0)
Tabaco: n (%)	Sim	4 (36,4)	1 (10,0)	3 (25,0)	8 (24,2)
	Não	7 (63,6)	8 (80,0)	9 (75,0)	24 (72,7)
	Ignorado	0 (00,0)	1 (10,0)	0 (00,0)	1 (3,0)
Exercício físico: n (%)	Sim	5 (45,5)	3 (30,0)	7 (58,3)	15 (45,5)
	Não	4 (36,4)	6 (60,0)	4 (33,3)	14 (42,4)
	Ignorado	2 (18,2)	1 (10,0)	1 (08,3)	4 (12,1)
Participação nas oficinas terapêuticas: n (%)	Sim	6 (54,5)	4 (40,0)	8 (66,7)	18 (54,5)
	Não	4 (36,4)	5 (50,0)	4 (33,3)	13 (39,4)
	Ignorado	1 (09,1)	1 (10,0)	0 (00,0)	2 (6,1)
TOTAL: n (%)		11 (33,3)	10 (30,3)	12 (36,4)	33 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa. As variáveis estão representadas através das frequências absolutas (n) e percentuais (%), com exceção da idade, que está representada pela média e desvio padrão (DP).

5.2 Perfil psicofarmacoterapêutico

Quanto à farmacoterapia, verificou-se que os psicofármacos mais prescritos pertenceram à classe N05A (antipsicóticos) e N05B (ansiolíticos), sendo os antipsicóticos típicos, em especial o Haloperidol e a Levomepromazina, prevalentes na classe N05A, e os benzodiazepínicos na classe N0B, com destaque para o Diazepam (Tabela 2, Figura 1).

Figura 1 – Psicofármacos mais utilizados pelos usuários de acordo com suas classes terapêuticas do sistema ATC.



Fonte: Dados da pesquisa. N06A: antidepressivos; N05A: antipsicóticos; N05B: ansiolíticos

5.3 Avaliação da adesão medicamentosa: o *Beliefs About Medicines Questionnaire* (BMQ)

O BMQ serviu como ferramenta de avaliação da adesão ao tratamento farmacológico. Extraíu-se para análise os componentes principais, correlacionando-os com as perguntas do questionário de forma a avaliar a contribuição de cada para o perfil de adesão dos usuários, que foi analisado posteriormente através da construção do gráfico Biplot.

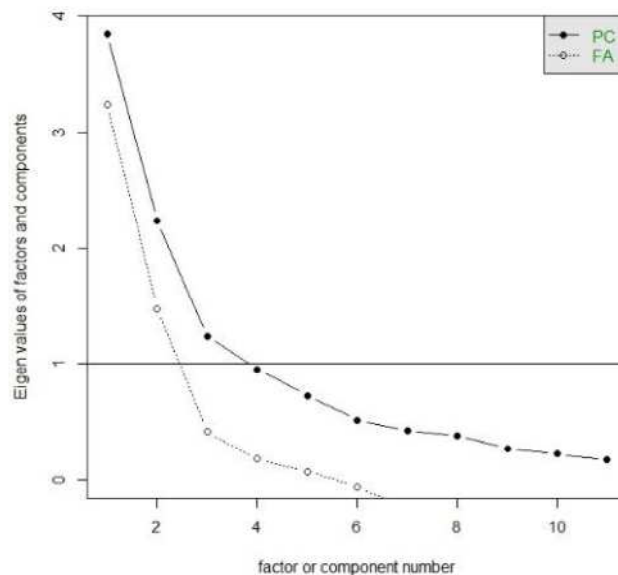
A média dos quocientes entre os valores obtidos das “Necessidades” e das “Preocupações” foi de 1,6, representando uma tendência dos pacientes a aderir ao tratamento.

5.3. Análise do Componentes Principais (ACP)

A ACP consiste num método estatístico utilizado para simplificar a análise dos dados de uma amostra reduzindo uma grande quantidade de variáveis em grupos menores, representativos do total. A primeira análise, com critério de extração dos autovalores maiores

que um (*eigenvalue*, $\lambda > 1.0$) foi realizada, obtendo três componentes principais (*principal components* – PC). Como na versão original inglesa e no primeiro estudo com o BMQ em português foram utilizados apenas dois componentes (SALGADO, 2013), foi realizada uma análise paralela mantendo-se o critério de extração e foi assegurado a possibilidade de utilização de apenas dois fatores (Gráfico 1). Esses fatores foram então nomeados “Necessidades” e “Preocupações”.

Gráfico 1. *Scree plot* representando o número de PC ou fatores (FA) em uma matriz de correlação necessários para análises subsequentes.



Fonte: Dados da pesquisa. PC: Componentes Principais, FA: fatores.

Como podemos observar na Tabela 3, o fator 1 (Necessidades) incluiu os itens 1, 3, 5, 7 e 10 e o fator 2 (Preocupações) incluiu os itens 2, 4, 6, 8, 9 e 11. Os itens incluídos no fator 1 obtiveram altas correlações, expressadas por valores que variaram de 0.519 a 0.960. Os valores das correlações dos itens do fator 2 também foram altos, variando de 0.467 a 0.738. Nota-se que as correlações estão todas expressas por valores maiores que 0.400 e estão destacados em negrito na Tabela 2. Nenhum item do questionário obteve um valor alto ou menor que 0.400 em dois fatores ao mesmo tempo.

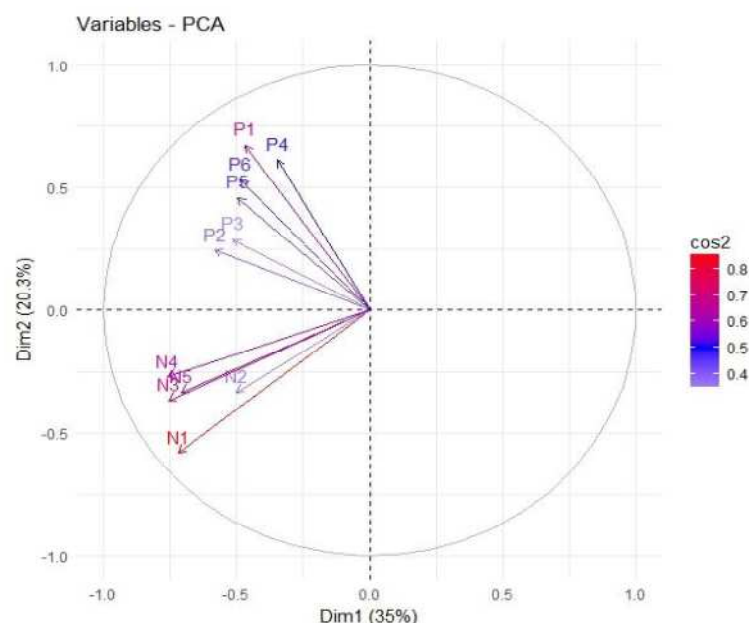
Tabela 3 - Análise dos PC do BMQ em usuários de um CAPS em Campina Grande.

Itens	Vetores	Fator 1		Fator 2	
		N	P	N	P
Item 1	N1	Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	0.960	-0.046	
Item 3	N2	A minha vida seria impossível sem esses medicamentos	0.519	0.046	
Item 5	N3	Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	0.752	0.167	
Item 7	N4	A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	0.728	0.229	
Item 10	N5	Estes medicamentos me protegem de ficar pior	0.696	0.163	
Item 2	P1	Ter que tomar estes medicamentos me preocupa	0.020	0.738	
Item 4	P2	Às vezes os efeitos em longo prazo destes medicamentos me preocupam	0.279	0.484	
Item 6	P3	Estes medicamentos são um mistério para mim	0.207	0.467	
Item 8	P4	Estes medicamentos perturbam a minha vida	-0.058	0.616	
Item 9	P5	Às vezes me preocupo em ficar muito dependente destes medicamentos	0.152	0.574	
Item 11	P6	Estes medicamentos me dão efeitos secundários desagradáveis	0.080	0.640	

Fonte: Dados da pesquisa. N: Necessidades, P: Preocupações. Os valores onde as variáveis latentes encontram-se acima de 0.400 estão destacados em negrito.

Na Gráfico 2 é possível visualizar a dispersão das variáveis com suas respectivas contribuições em função dos escores dos PC no espaço bidimensional. Facilmente observa-se a presença de dois grupos, um grupo de vetores relacionado com os itens “N”, localizados no terceiro quadrante e outro grupo de vetores relacionado com os itens “P”, localizados no segundo quadrante. Dentro dos itens “N”, nota-se que o item N se sobressaiu, por ser o maior vetor entre todos, correspondendo então à maior contribuição; já no grupo “P”, destaca-se o vetor relacionado ao item P1.

Gráfico 2 - Representação da contribuição dos itens do BMQ com os PC da Tabela 3.



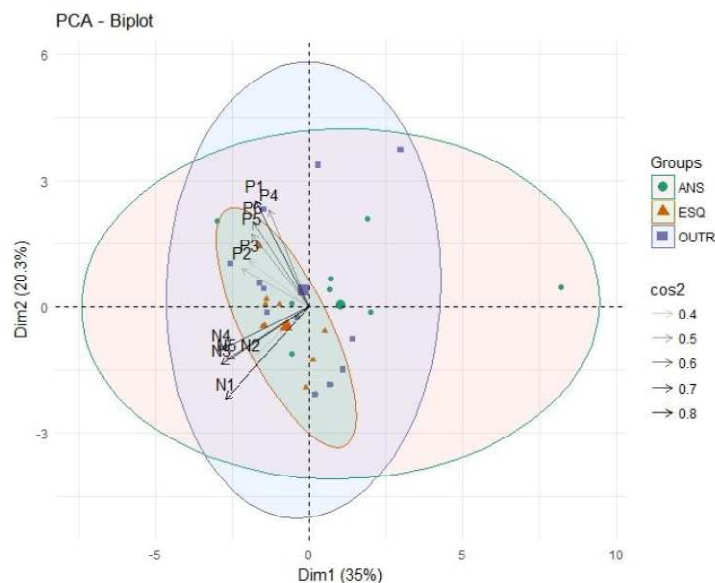
Fonte: Dados da pesquisa.

O Biplot é um método utilizado para representar de forma bidimensional dados multivariados. Os usuários foram categorizados em “ansiedade”, “esquizofrenia” e “outros distúrbios”, sendo identificados pelas cores verde, azul e laranja, respectivamente, ao passo que os autovetores representam cada item do BMQ (Gráfico 3). Cada observação é representada pelo par de escores dos dois primeiros PC. Os pontos representam cada usuário, e as suas posições no gráfico indicam semelhanças e diferenças entre eles.

Os ângulos entre os vetores estão relacionados às correlações entre as variáveis, sendo que quanto menor o ângulo, mais correlacionadas estão. Sendo assim, o ângulo entre os vetores N3 e N5 pode ser considerado pequeno, indicando que esses itens possuem uma alta correlação. Já os vetores N1 e P4 estão tão distantes que o ângulo entre eles chega a ser maior que 90°, indicando uma correlação negativa, que é inclusive verificado na Tabela 3.

Na construção das elipses apresentadas no Biplot representando os diferentes tipos de distúrbios (ansiedade, esquizofrenia e outros), é possível observar que os três grupos se encontram sobrepostos, indicando que existe uma similaridade considerável entre o vetor de médias desses três grupos. Entretanto, ao analisarmos as elipses individualmente, percebemos que há uma menor variabilidade entre os esquizofrênicos, ou seja, suas opiniões são homogêneas. Já os indivíduos com transtorno de ansiedade apresentam uma maior variabilidade, ou seja, consiste num grupo heterogêneo quanto aos seus sentimentos a respeito da farmacoterapia.

Gráfico 3 - Biplot de indivíduos e variáveis com suas respectivas elipses de confiança para os dados obtidos pela avaliação do BMQ-Específico.



Fonte: Dados da pesquisa. ANS: Ansiedade, ESQ: Esquizofrenia, OUTR: Outros.

5.3.3 Confiabilidade do BMQ

A consistência interna é uma forma de avaliar o grau de confiabilidade entre itens de um questionário. Para isso, fez-se uso do coeficiente alfa de Cronbach, que numa escala de 0 a 1, foi de 0.80, com um intervalo de confiança de 0.7 a 0.9, revelando assim uma boa confiabilidade entre os itens do BMQ. Ao analisar as correlações entre os itens do grupo “necessidades” e “preocupações separadamente, obteve-se os valores de 0.84 e 0.76, respectivamente.

6 DISCUSSÃO

O perfil da amostra de usuários se caracterizou como feminino, solteiro, morando com a família, com nível de escolaridade baixa (fundamental) e com uma média de idade de 41,2 anos (DP = 10,4). Quando os grupos de usuários foram analisados separadamente, percebeu-se que os indivíduos com esquizofrenia se destacaram devido ao fato de o sexo masculino prevalecer com 73%, e pela maior prevalência do uso de tabaco quando comparado aos outros grupos. Esses achados são similares aos descritos por um estudo realizado com pacientes na França por Samalin e colaboradores (2017), que verificou que numa amostra de 150 pacientes, a média de idade foi de 51,3 anos, com prevalência do sexo feminino (55,3%) para a amostra total e do masculino para o grupo de esquizofrênicos (68%).

A literatura afirma que a esquizofrenia é encontrada em iguais proporções entre os sexos (WHO, 2013; NTS, S.D.). Entretanto, quando são encontradas diferenças de prevalência do gênero, estas indicam uma maior incidência da esquizofrenia no sexo masculino. Alguns fatores interferem nessa incidência, como critérios de diagnóstico e métodos de amostragem. Ressalta-se que, no ramo da psiquiatria, os homens tendem a procurar mais atendimento psiquiátrico do que as mulheres (WHO, 1997).

Segundo a OMS, não existe uma metodologia de padrão “ouro” para a verificação da adesão (WHO, 2013), assim, metodologias variadas são utilizadas com diferentes propósitos. Nesse trabalho foi utilizada a versão em português do *Beliefs About Medicines Questionnaire* (BMQ), desenvolvido originalmente por Horne et al (1999) e traduzido para o português por Salgado e colaboradores (2013). Horne acredita que a adesão é altamente influenciada através das crenças do paciente a respeito da doença e do tratamento. O BMQ é dividido em

“específico”, que avalia as necessidades e preocupações do paciente relacionadas ao tratamento, e em “geral”, que mede as crenças a respeito dos tratamentos medicamentosos de uma forma geral. Fez-se uso nesse trabalho apenas do BMQ-Específico, composto por 11 itens, o que consiste na versão traduzida por Salgado (2013). Ainda, trata-se de um auto questionário, mas que foi utilizado na forma de entrevista direta com os usuários do CAPS por terem baixa escolaridade e, conseqüentemente, dificuldades com a leitura e interpretação textual. Essa forma de aplicação também foi realizada por Salgado (2013) devido à baixa escolaridade dos participantes da sua pesquisa.

Assim como Samalin e Salgado, a ACP do BMQ-Específico revelou dois componentes com uma maior variabilidade. Percebemos na Tabela 3 que o item 1 (N1) contribuiu significativamente com o fator 1, uma vez que o valor obtido por meio da variável latente foi de 0.960, seguido pelo item 5 (N3), com um valor de 0.752. Na Gráfico 2, é notável a contribuição desses itens pelo tamanho dos seus vetores, já no fator 2, o item 2 (P1) foi responsável pela maior contribuição (0,738). A análise do BMQ de Samalin também foi liderada no fator 1 por N1, seguido por N3. Semelhantemente, o valor de P1 se destacou no fator 2.

O item 6 (estes medicamentos são um mistério para mim) foi indicado com uma boa contribuição para o fator 2 (preocupações), embora seja a mais baixa do grupo. Esse item também está descrito com a menor correlação (0.52) com o fator 2 no estudo de Samalin (2017). Entretanto, Salgado encontrou um valor ainda menor (0.383), chegando a considerar a possibilidade de retirá-lo da tradução para o português quando a realizou, mas, para manter a originalidade do questionário, não o fez.

Todos os resultados encontrados no presente trabalho corroboram com as análises das versões do BMQ-Específico em inglês, francês e português (Portugal) (HORNE, 1999; SAMALIN, 2017; SALGADO, 2013), e confirmam a confiabilidade do mesmo na versão em que se apresenta, assim como a sua aplicabilidade em indivíduos com transtorno mental e baixa escolaridade.

Do ponto de vista prático, a ACP juntamente com as representações gráficas aqui descritas nos revelam que os usuários dessa amostra reconhecem que são dependentes dos medicamentos que tomam para manter-se em bom estado de saúde. Entretanto, expressam uma grande preocupação a respeito do tratamento provavelmente devido à experimentação de efeitos secundários desagradáveis, que comprometem a realização de atividades práticas no dia-a-dia.

A Gráfico 3 nos mostra que as opiniões do grupo de esquizofrênicos são consideravelmente homogêneas, levando-nos a pensar que ações de intervenção podem alcançar uma grande parte de usuários de uma só vez. Em contrapartida, o grupo de usuários com transtornos de ansiedade revelou heterogeneidade em suas opiniões, nos indicando que o alcance pode ser menor em ações de intervenção, sendo provavelmente necessária a implementação de estratégias mais individualizadas. Verifica-se ainda que a maior parcela dos usuários mora com suas famílias, sendo mais um alvo de intervenções farmacêuticas, visto que a família e comunidade são parte essencial no processo de adesão ao tratamento (WHO, 2013).

Durante o período de estudo, verificou-se que o farmacêutico era o único profissional que não estava incluso na realização ou participação de oficinas terapêuticas, que são conduzidas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e educadores físicos. Por muitas vezes, observou-se que informações sobre medicamentos eram dadas prioritariamente por todos os outros profissionais, e eram raras as ocasiões em que o farmacêutico era procurado para sanar as dúvidas sobre os medicamentos, pois a sua atividade se restringia à dispensação e gestão. Sabe-se que o ato de dispensar inclui também a orientação, mas a sobrecarga de trabalho gerencial muitas vezes não permite outras atribuições.

Um estudo realizado no setor psiquiátrico de um hospital na Índia, onde o cuidado farmacêutico ainda é uma atuação recente do profissional, mostrou que ao incluir a educação em saúde dirigida por um farmacêutico a esquizofrênicos, a adesão medicamentosa e a qualidade de vida aumentaram significativamente. Adicionalmente, os psiquiatras e farmacêuticos que participaram da pesquisa concordaram que essa colaboração multiprofissional para a promoção da educação proporcionou melhores resultados nos pacientes (MISHRA, 2017).

Ainda não existem diretrizes específicas para o cuidado farmacêutico no CAPS e, adicionalmente, são poucos os profissionais recrutados para essa demanda. Entretanto, o papel do farmacêutico deve ir além da gestão e dispensação, objetivando a resolutividade dos problemas encontrados no serviço. Ações de educação em saúde são indicadas como estratégias, assim como visitas domiciliares, realização de rodas de conversa, acompanhamento e informação sobre como lidar com os efeitos adversos, e acompanhamento individualizado através de folhetos, lembretes ou cartões de desempenho. Dessa forma, o farmacêutico passa a promover a saúde fazendo parte da equipe multiprofissional no cuidado com o usuário, ressignificando o uso dos medicamentos (MANZINI, 2015; NTS, S.D.).

7 CONCLUSÕES

A análise exploratória de dados é uma ferramenta estatística muito importante na tomada de decisões. Nesse estudo foi verificado, além do perfil sócio demográfico e farmacoterapêutico, as crenças dos usuários de um CAPS para com os medicamentos que utilizam. Após a realização da pesquisa em campo e a partir dos dados expostos nesse trabalho, conclui-se que:

- Os usuários mostraram maior prevalência do sexo feminino, solteiro, morando com a família, com nível de escolaridade baixa e com uma média de idade de 41,2 anos. As classes de medicamentos mais utilizadas foram os ansiolíticos, sendo todos benzodiazepínicos, e antipsicóticos, em sua grande maioria de 1ª geração.

- A esquizofrenia e transtornos de ansiedade foram os diagnósticos mais prevalentes;

- A aplicação do O BMQ-Específico revelou que os pacientes têm uma forte tendência a aderir ao tratamento, entretanto, quando avaliadas as propriedades psicométricas, verificou-se que existem fatores cruciais que podem colaborar com a não adesão.

- Esse questionário é uma ferramenta relevante e confiável para a verificação das crenças que os usuários do CAPS possuem a respeito do tratamento medicamentoso que seguem, sendo assim importante na execução de estratégias para a redução das preocupações associadas ao tratamento na prática clínica.

- Recomendamos o investimento de esforços na elaboração e implementação de diretrizes específicas para o cuidado farmacêutico na saúde mental.

MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS IN A PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTER

Gabriela Batista Cavalcanti Cordeiro¹
Patrícia Trindade Costa Paulo²

ABSTRACT

Introduction: According to The Ministry of Health, 3% of the Brazilian population suffers from severe and persistent mental illness. Prescription of medicines is elementary for its clinical management, however, about 50% of patients do not follow the treatment as prescribed. Reasons for nonadherence include adverse effects, stigma, lack of understanding of the pathology and the importance of medicines. **Objective:** To evaluate the medication adherence of patients at a Psychosocial Care Centre (CAPS) in Campina Grande. **Methods:** This is a longitudinal and prospective study with a quantitative analysis of data collected between April and August 2017 from a form that included the Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ). Principal component analysis (PCA) and reliability were performed for the BMQ. **Results:** 33.3% of patients (n = 11) had schizophrenia, and 30.3% (n = 10) had an anxiety disorder. The BMQ's PCA revealed two factors for the total sample, and there was a good consistency between items, as the Cronbach's alpha was 0.80. The average N/P quotient was 1.6, indicating that patients show a positive tendency for the treatment adherence; however, the need to take medicines and their adverse effects were their main concerns. **Conclusion:** A tendency to the treatment adherence was found (N/P > 1.0), however, some concerns may contribute to nonadherence. Therefore, the insertion of strategies related to the reduction of drug treatment concerns are necessary in the clinical practice.

Keywords: Pharmaceutical Care. Medication adherence. Mental health.

¹Undergraduate student of Pharmacy at Paraíba State University. (gabibatistacc@gmail.com)

²Adjunct Professor. Department of Pharmacy, Paraíba State University.

REFERÊNCIAS

AHMAD, Irshad; KHALILY, Muhammad Tahir; HALLAHAN, Brian. Reasons associated with treatment non-adherence in schizophrenia in a Pakistan cohort. **Asian Journal of Psychiatry**, [S.L], v. 30, p. 39-43, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

_____. 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.

_____. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. **Cuidado farmacêutico na atenção básica: Caderno 2**. Brasília, Ministério da Saúde, 2014

CUNHA, A. C. et al. Acompanhamento Terapêutico: Concepções e Possibilidades em Serviços de Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 638-651, jul./set. 2017.

FONTE, Eliane Maria Monteiro Da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Revista Estudos de Sociologia, UFPE**, Recife, v. 1, n. 18, p. 1-20, 2012.

FOOT, H. et al. The necessity-concerns framework predicts adherence to medication in multiple illness conditions: A meta-analysis. **Patient Education and Counselling**, Australia, v. 99, n. 5, p. 706-717, mai. 2016.

HEPLER, Charles; STRAND, Linda. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, p. 533-542, 1990.

HORNE, R. et al. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. **Psychology & Health**, London, v. 14, n. 1, p. 1-24, 1999.

HORNE, R. et al. Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework. **PLOS ONE**, v. 8, n. 12, p. 1-24, 2013.

MANZINI, F. et al. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

MISHRA, A. et al. Impact of pharmacist-led collaborative patient education on medication adherence and quality of life of schizophrenia patients in a tertiary care setting. **Bulletin of Faculty of Pharmacy, Cairo University**, Cairo, p. 1-5, ago. 2017.

NTS EDUCATION FOR SCOTLAND. Introduction to pharmaceutical care in mental health. 2005. Disponível em: <http://www.nes.scot.nhs.uk/media/415392/nes_mental_pharmacy_-_final.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2017.

OBRELI-NETO, P.R. et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Revista Brasileira de Farmácia*. v. 93, n.4, p. 403-410, set. 2012.

OLIVEIRA, P. M. **Histórico e evolução das políticas públicas para saúde mental no Brasil**. 2014. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 1 ed. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES, 2002. 206 p

R CORE TEAM. **The R project for statistical computing**. Disponível em: <<https://www.r-project.org/>>. Acesso em: 12 out. 2017.

RUBIO-VALERA, Maria; CHEN, Timothy F.; O'REILLY, Claire L. New Roles for Pharmacists in Community Mental Health Care: A Narrative Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.L.], v. 11, p. 10967-10990, out. 2014.

SALGADO, T. et al. Cross-cultural adaptation of the Beliefs About Medicines Questionnaire into Portuguese. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 131, n. 2, p. 88-94, jul. 2012.

SAMALIN, L et al. Attitudes toward antipsychotic medications as a useful feature in exploring medication non-adherence in schizophrenia. **Schizophrenia Research**, [S.L.], v. 178, p. 1-5, 2016.

_____. Clinical Decision-Making in the Treatment of Schizophrenia: Focus on Long-Acting Injectable Antipsychotics. **International Journal of Molecular Sciences**. Basel, v. 17, n. 11, p. 2-8, 2016.

_____. Exploratory analysis of the French version of the beliefs about medicines questionnaire in patients with severe mental disorders: Factorial structure and reliability in specific populations of schizophrenic, bipolar and depressive patients. **PLOS ONE**. v. 12, n. 3, p. 1-12, 2017.

SANTOS, Élem Guimarães Dos; SIQUEIRA, Marluce Miguel De. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Brasil, v. 59, n. 3, p. :238-246, jan. 2012.

SIEGEL, Sidney; JR, N John Castellan. **Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento**. 2 ed. São Paulo: Artmed Bookman, 2008.

SILVA, M.D; PATRIOTA, L.M. A reforma psiquiátrica em Campina Grande: um debate contemporâneo. In: XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2010, Campina Grande, PB. **Anais** (online). Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/0350_0378_01.pdf. Acesso em: 8 mar 2017

SKARSAUNE, Mona. The Development of a Pharmaceutical Care Plan in the Scottish Mental Health Service. Master Thesis. **University of Tromsø and University of Strathclyde**, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia**. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1997, 142p.

_____. **Mental disorders affect one in four people**. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/. Acesso em: 09 mar. 2017.

_____. **Mental health action plan 2013-2020**. 1 ed. Geneva: WHO Document Production Services, 2013. 50 p.

APÊNDICE A - AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA - CAPS III-REVIVER

PERFIL DO PACIENTE

1- **Origem** (1) Encaminhamento da equipe (2) Outros _____

2 – **Nome**

3- **Data de Nascimento:**

4-**Idade:**

5-**Gênero:** (1)M (2)F

6-**Telefone:**

7-**Endereço:**

8-**Escolaridade:** (1)Analfabeto (2)Infantil completo (3)Infantil incompleto (4)Fundamental completo (5)Fundamental incompleto (6)Médio completo (7)Médio incompleto (8)Superior completo (9)Superior incompleto (99)Não se aplica (0)Ignorado

9-**Ocupação:**

10-**Estado civil:** (1) solteiro (2)casado (3)separado (4)divorciado (5)viúvo

11-**Com quem mora:** (1)sozinho (2)com família (3)com companheiro

12-**Tem cuidador:** (1)sim (2)não (99)não se aplica (0)ignorado

13-**Autonomia na gestão de medicamentos**

(1)Toma medicamentos sem assistência (2)Necessita de lembretes/assistência (3)incapaz de tomar sozinho

14-**Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:**

Gravidez/Lactação?

PA:

HGT:

Peso:

Altura

Observações:

() Acompanhante no momento da entrevista

HISTÓRIA SOCIAL

Uso de: **15-bebidas alcoólicas:** (1)Sim (2)Não / **16-Tabaco:** (1)Sim (2)Não

17-Exercício físico: (1)Sim (2)Não / **Oficinas terapêuticas:** (1)Sim (2)Não

Observações:

MUSE-TOOL

18-Você esquece de tomar seus medicamentos, por qualquer motivo? (1)Sim (2)Não

19-Nos últimos meses, você parou de tomar algum medicamento por algum motivo? (1)Sim (2)Não

20-Se sim, quais foram os motivos? (1)Custo (2)Efeitos adversos (3)Recomendação médica
(4)Recomendação de amigo/familiar (5)Decisão própria (6)Outro (0)Ignorado

21-Foi internado em algum hospital recentemente? (1)Sim (2)Não

Observações:

23-Algum dos seus medicamentos incomoda você? (1)Sim (2)Não				
Medicamento	de que forma incomoda?			
-verificar alterações no sono, apetite, atenção, PA, percepção de aumento de peso				
24-Está sentindo ou já sentiu algum dos sintomas abaixo? (observar sintomas motores)				
() espasmos no músculos da língua, face, pescoço e rosto	() bradicinesia	() tremor perioral	() discinesia orofacial	
() tontura/desequilíbrio	() rigidez	() rigidez extrema	Outros:	
() acatisia	() tremor variável	() febre	() prob gastrointest.	() cansaço
() agitação	() fâcias inexpressiva	() PA instável	() insônia	() cefaleia
	() arrastando os pés	() correatetose	() dor muscular	() prob sexual
25-Agora, citarei alguns problemas que as pessoas, às vezes, têm com os seus medicamentos				
(1)Abrir ou fechar a embalagem	(1) Sim (2) Não			
(2)Ler o que está escrito na embalagem	(1) Sim (2) Não			
(3)Lembrar de tomar os medicamentos	(1) Sim (2) Não			
(4)Conseguir o medicamento	(1) Sim (2) Não			
(5)Tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo	(1) Sim (2) Não			
26-Tem ou já teve alergia a algum medicamento?	(1)Sim.Qual? (2)Não			

BELIEFS ABOUT MEDICINES QUESTIONNAIRE (BaMQ)			
Opinião do paciente sobre os medicamentos que lhe foram receitados	Concordo	Não tenho certeza	Discordo
N1-Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	[3]	[2]	[1]
P1-Ter que tomar estes medicamentos me preocupa	[3]	[2]	[1]
N2- A minha vida seria impossível sem esses medicamentos	[3]	[2]	[1]
P2- Às vezes os efeitos em longo prazo destes medicamentos me preocupam	[3]	[2]	[1]
N3- Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	[3]	[2]	[1]
P3- Estes medicamentos são um mistério para mim	[3]	[2]	[1]
N4-A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	[3]	[2]	[1]
P4- Estes medicamentos perturbam a minha vida	[3]	[2]	[1]
P5- Às vezes me preocupo em ficar muito dependente destes medicamentos	[3]	[2]	[1]
N5- Estes medicamentos me protegem de ficar pior	[3]	[2]	[1]
P6- Estes medicamentos me dão efeitos secundários desagradáveis	[3]	[2]	[1]
Somatória Necessidade: ____/15 Escala 0-100:	N	=	
Somatória Necessidade: ____/18 Escala 0-100:	P		
N/P>1: Maior tendência de aderir ao tratamento	N/P<1: Menor tendência a aderir ao tratamento		
N/P=1: Tendência de aderir = tendência a não aderir			

N/P>1: Maior tendência de aderir ao tratamento

N/P=1: Tendência de aderir = tendência a não aderir

N/P<1: Menor tendência a aderir ao tratamento

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ em pleno exercício dos meus direitos, me disponho a participar da pesquisa intitulada “**CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CAMPINA GRANDE-PB**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **Pesquisa: CUIDADOS FARMACÊUTICOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CAMPINA GRANDE-PB**, terá como objetivo geral: realizar os cuidados farmacêuticos em pacientes que fazem uso de psicofármacos no CAPS III - Reviver, em Campina Grande.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder ao questionário e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) **98701-0977** com PATRÍCIA TRINDADE COSTA PAULO.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa (OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).