



Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil

Emanuela Cardoso Freire¹; Camila Fernanda de Carvalho Feijó¹; Marta Maria de França Fonteles²; Janete Eliza de Sá Soares²; Teresa Maria de Jesus Ponte Carvalho^{3*}

¹ Concludentes do Curso de Farmácia- Universidade Federal do Ceará

² Professora Dra. Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará

³ Professora Dra. do Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas da Universidade Federal do Ceará

RESUMO

O Transtorno de Humor (TH) é uma doença crônica, recorrente, de difícil diagnóstico e tratamento terapêutico. A baixa adesão à terapia relaciona-se a fatores ligados ao paciente, ao medicamento, ao profissional de saúde ou à doença. O trabalho objetivou avaliar a taxa de adesão ao tratamento e ao lítio de pacientes acometidos pelo TH, delineando o perfil farmacoepidemiológico destes. Para tanto, foram utilizadas de janeiro a outubro de 2011, entrevistas e questionários validados para indivíduos com TH assistidos em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dos 56 entrevistados, a maioria estava na faixa de 30-50 anos, era do sexo feminino e solteiro. Quanto ao histórico familiar, 55,4 % possuíam outros membros da família com TH, 60,7 % participaram de grupos-CAPS e 62,5 % nunca foram internados. A “Escala de Adesão à Medicação” mostrou que 60,7 %, alguma vez já se esqueceu de tomar o medicamento e do horário de tomá-lo. A maioria não toma o medicamento apenas quando se sente doente e seus pensamentos ficam mais coerentes quando está sob o uso de medicamentos. Do total, 35 pacientes eram bipolares e 23 tomavam lítio, os quais foram entrevistados seguindo o Questionário “Atitudes em Relação ao Lítio”. Destes, cerca de 78 % (n=18) considerou fácil seguir a prescrição, aceitável e importante tomar o lítio por vários anos, apesar dos efeitos colaterais e relataram não tomar o lítio somente quando sente necessidade. Em geral, os entrevistados mostraram boa adesão à terapia medicamentosa, compreendendo que somente através de um tratamento bem estabelecido podem manter a doença estabilizada.

Palavras-chave: Transtorno de Humor. Lítio. Centro de Atenção Psicossocial.

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições brasileiras, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico capaz de estimular a integração social desses pacientes em um ambiente social e cultural concreto. Designado como seu “território”, um espaço da cidade onde se desenvolve a vida de seus usuários e familiares, e de apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia (Brasil, 2004).

Em 1978, teve início um movimento social em favor dos direitos dos pacientes mentais, denominado de “Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental” (Brasil, 2005), cujo marco histórico ocorreu na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica em 1990, na qual os países da América Latina firmaram um acordo para promover a reestruturação da assistência psiquiátrica (OMS, 1990). A crise do modelo assistencial dos hospitais psiquiátricos e estes movimentos sociais desencadearam o processo de Reforma Psiquiátrica, cuja principal estratégia consiste nos CAPS, os quais, no Brasil, passaram a substituir os hospitais psiquiátricos (Antunes & Queiroz, 2007; Hirdes, 2009).

Em 2001, o Governo Federal Brasileiro promulgou a Lei nº 10.216 que redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, dando proteção e direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais, proibindo a construção de novos hospitais e estabelecendo que os tratamentos devam ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental a fim de garantir a reinserção social do doente mental (Berlinck et al., 2008).

Em psiquiatria, existem dois principais sistemas de classificação de doenças: CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) da Organização Mundial de Saúde (Caetano, 1993) e o DSM-IV, da Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association, 1994). O CAPS segue a classificação CID 10 para os Transtornos Afetivos, classificando-os em: Episódio Maníaco, Transtorno Bipolar, Episódios Depressivos (recorrente e persistente), Transtornos de Humor isolados e Transtorno do Humor não especificado (Código Internacional de Doenças, 2008).

Autor correspondente: Teresa Maria de Jesus Ponte Carvalho. - Curso de Farmácia da Faculdade de Farmácia - Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - Rua Capitão Francisco Pedro, 1210 Porangabussu - Fortaleza - CE - Brasil - CEP.60.310-001 - telefone.085-3366-8227/fax:085-3366-8292 - e-mail: tmponte@ufc.br / tmponte@gmail.com

Com relação ao tratamento específico indicado a cada paciente sabe-se que é necessário desenvolver um plano abrangente com base no histórico do paciente, na situação clínica atual, na intensidade da doença e no risco de suicídio (Bauer et al., 2009). Considerando-se a medicação no tratamento dos transtornos depressivos, os antidepressivos têm reduzido a morbidade e melhorado o desfecho clínico de milhares de casos de depressão em todo o mundo (Lima et al., 2004).

No Transtorno de Humor Bipolar (THB), os principais objetivos do tratamento são a diminuição dos sintomas maníacos agudos, da frequência dos episódios e da alternância do humor, bem como da gravidade das alterações comportamentais da doença, levando, portanto, à prevenção das consequências psicossociais (Sproule, 2002; Kapczinski et al., 2005; Musenga et al., 2009).

No tratamento dos Transtornos de Humor, podem ser utilizados medicamentos como anticonvulsivantes, ansiolíticos, antidepressivos ou antipsicóticos. No THB, o lítio é utilizado como medicamento de escolha, pois se mostra eficaz em reduzir as crises maníacas e depressivas sendo considerado um “estabilizador do humor” (Goodwin et al.; Sachs, 2003), além de exercer efeito antissuicida (Baldessarini et al., 2003).

As doenças psiquiátricas requerem tratamento de forma contínua, sendo necessário que haja adesão do paciente ao regime medicamentoso prescrito. A adesão ao tratamento é definida como a extensão em que os pacientes seguem as recomendações médicas, compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total (horários, doses, tempo de tratamento) (Leite & Vasconcelos, 2003; Dewulf et al., 2006).

A não adesão ao tratamento é motivo de preocupações na área psiquiátrica e muitos fatores tentam explicar este fenômeno, tais como fatores ligados ao paciente, ao medicamento e aos profissionais de saúde. As taxas de não adesão podem aumentar a recorrência de mania, pois 60% dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos com mania aguda apresentavam falhas no uso do medicamento no mês que antecedeu a sua hospitalização (Santin et al., 2005). A frequência de episódios maníacos e depressivos, a duração das internações hospitalares e as tentativas de suicídios também aumentam com a não adesão (Greenhouse et al., 2000).

As taxas de não adesão em pacientes bipolares podem chegar a 47% em alguma fase do tratamento e, no caso do lítio, a falta de adesão ao tratamento é a principal responsável pela ineficácia da profilaxia (Schumann et al. 1999). É também, justificada pelos efeitos adversos, variabilidade farmacocinética, interações medicamentosas, longa duração do tratamento, levando à suspensão temporária de doses ou atrasos nos horários da tomada dos medicamentos (Schou, 1999; Wannmacher, 2006).

Para medidas de adesão, existem os métodos diretos, os quais procuram confirmar se realmente houve a ingestão do medicamento através do monitoramento biológico do fármaco ingerido ou de um de seus metabólitos no sangue ou na urina. Os indiretos baseiam-se em: a) autorrelato; b) contagem de comprimidos; c) monitoramento eletrônico, o qual se refere à memorização da abertura e fechamento da tampa com cada tomada do medicamento, onde os

dados são coletados posteriormente, por um computador, informando as datas, os horários e os intervalos entre todas as “prováveis” tomadas e, d) escalas de adesão, as quais são elaboradas e validadas e podem ser usadas de forma rápida e simples, sem a necessidade de coleta de sangue (Greenhouse et al., 2000; Leite & Vasconcelos, 2003; Rosa et al. 2006).

Logo, o objetivo principal do presente trabalho foi avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários do CAPS acometidos por Transtornos de Humor, traçando um perfil dos usuários e como objetivo secundário, verificar a taxa de adesão ao tratamento com lítio nos pacientes com Transtorno do Humor Bipolar, fazendo um levantamento dos medicamentos associados ao lítio.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e prospectivo, realizado em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Executiva Regional II e III, no município de Fortaleza-Ceará, no período de janeiro a outubro de 2011.

Foram avaliados 56 pacientes diagnosticados com Transtorno do Humor (CID-10, 2008), inicialmente, através de entrevista para obtenção do perfil sócio econômico e demográfico, contendo informações como: idade, sexo, estado civil, vínculo empregatício, renda familiar, condições de moradia, grau de escolaridade, além de hábitos de vida como utilização de drogas de abuso, histórico familiar dos transtornos mentais, tempo em que a doença foi diagnosticada e a relação do paciente com o CAPS.

Posteriormente, foi feita a avaliação de adesão ao tratamento farmacoterapêutico, utilizando-se, como instrumento, um questionário denominado de “Escala de Adesão ao Medicamento - EAM” elaborada por Thompson et al. (2000) e traduzido para o português por Rosa et al. (2006). O qual se constitui de uma avaliação genérica para se estabelecer um perfil de utilização dos medicamentos (adesão ao tratamento medicamentoso), podendo ser aplicada aos psicofármacos em geral.

Em seguida, para os pacientes tratados com carbonato de lítio, foi utilizado um instrumento denominado de “*Questionário de atitudes em relação ao Lítio*” elaborado por Harvey (1991), traduzido por Rosa et al. (2006) e adaptado por Baratto et al. (2008), o qual avaliou atitudes e crenças desses pacientes em relação ao lítio, a fim de identificar os principais problemas relacionados à falta de adesão ao tratamento com carbonato de lítio.

Seleção de pacientes

Os critérios de inclusão foram: pacientes adultos atendidos no CAPS com diagnóstico de Transtorno do Humor e com indicação de tratamento farmacoterapêutico; pacientes que já tinham iniciado o tratamento para os problemas relacionados ao Transtorno de Humor a mais de uma semana, considerado o tempo provável de início

de ação do fármaco; e pacientes que concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Enquanto, os critérios de exclusão foram: pacientes com Transtorno de Humor sem indicação de tratamento farmacoterapêutico e com tratamento medicamentoso iniciado a menos de uma semana; pacientes com outros transtornos mentais e que não concordaram em participar do estudo.

Desta forma, entrevistou-se 56 pacientes atendidos no CAPS SER II e III, dentre estes, 35 com diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar (THB) – (F-31), dos quais 23 eram tratados com carbonato de lítio. Dos pacientes restantes, 15 com diagnóstico de Transtorno Depressivo Recorrente (F-33), 05 tratados para Episódio Depressivo (F-32) e 01 paciente apresentava Transtorno de Humor não Especificado (F-39). Durante a pesquisa, os pacientes foram selecionados de acordo com as consultas e obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão.

Análise Estatística e aspectos éticos

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados no programa Epiinfo versão 3.5.1. e apresentados na forma de distribuição e percentagem. Com relação aos aspectos éticos, o estudo foi projetado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e aprovado com número de protocolo 121/11 e 244/10. A confiabilidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar foram plenamente garantidos.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil sócio demográfico e aspectos clínicos dos 56 pacientes estudados e assistidos no CAPS. A maioria dos pacientes entrevistados encontrava-se na faixa de idade acima dos 30 anos (n=51, 91,1 %), era do sexo feminino (n=44, 78,6%) e solteiros (n= 29, 51,8%). Quanto à escolaridade, 44,6% (n=25) e 32,5% (n=20) apresentavam o ensino fundamental e o ensino médio, respectivamente. O estudo também revelou, quanto ao histórico familiar da doença, que: 55,4% dos pacientes possuíam outros membros da família com Transtorno Mental; 60,7% participaram das reuniões em grupo no CAPS e 62,5% responderam que nunca foram internados por problemas psiquiátricos (Tabela 1).

A partir do Questionário “Escala de Adesão à Medicação – EAM” verificou-se que 60,7% dos pacientes entrevistados no estudo, alguma vez já se esqueceram de tomar o medicamento e do horário de tomá-lo, no entanto, ao se sentir melhor ou pior, o fármaco não foi interrompido. A maioria respondeu que não tomava o medicamento apenas quando se sentia doente e que seus pensamentos ficavam mais claros quando sob o uso do medicamento. Quando perguntados se ao tomar o remédio ficariam prevenidos de adoecer, 58,9% responderam que sim. 57,1% dos entrevistados não consideraram que os medicamentos que utilizam provocavam cansaço e lentidão e 73,2% não

se sentem estranhos como “zumbi” usando o medicamento (Tabela 2).

Do total de 35 pacientes com Transtorno de Humor Bipolar atendidos pelo CAPS e participantes do presente estudo, 23 eram medicados com o carbonato de lítio e foram entrevistados utilizando-se o Questionário “Atitudes em Relação ao Lítio – QAL”. Os resultados mostraram que 91,3% (n=21) dos pacientes consideravam importante o tratamento com o lítio apesar dos efeitos colaterais e fácil de seguir a prescrição indicada para o seu dia a dia. Todos os pacientes (n=23) responderam que o lítio é importante para manutenção do seu bem-estar e estão convencidos dos seus benefícios. Cerca de 78% dos pacientes entrevistados medicados com lítio consideraram “aceitável” fazer uso do mesmo por vários anos e a maioria declarou não tomar esse medicamento somente quando sentia necessidade. Relataram também, que não precisavam ser lembrados a tomá-lo e que as pessoas do convívio achavam necessário o uso do medicamento (Tabela 3).

Dos 23 pacientes que usavam o carbonato de lítio (estabilizador de humor), as principais associações medicamentosas eram com os ansiolíticos (alprazolam, bromazepam, clonazepam, diazepam, lorazepam), antidepressivos (fluoxetine, paroxetine e amitriptilina), antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol, levomepromazina, onlazapina, risperidona, quetiapina) e outros (biperideno e prometazina) e, as principais reações adversas citadas foram: sonolência, ganho de peso, confusão, dor de cabeça, insônia, tremor, tontura, boca seca e sede.

Tabela 1. Características Sócio- Econômicas e Demográficas dos Usuários do CAPS com Transtornos do Humor (n= 56)

Faixa etária (anos)	Nº de Pacientes	%
< 30	05	8,9
30 a 50	28	50,0
>50	23	41,1
Gênero		
Masculino	12	21,4
Feminino	44	78,6
Estado Civil		
Solteiro	29	51,8
Casado	22	39,3
Divorciado	05	8,9
Grau de escolaridade		
Analfabeto	03	5,4
Fundamental incompleto	18	32,1
Fundamental completo	07	12,5
Ensino Médio	20	35,7
Superior incompleto	02	3,6
Superior completo	06	10,7
Histórico familiar de transtorno mental		
Sim	31	55,4
Não	25	44,6
Participam ou já participaram de grupos terapêuticos?		
Sim	34	60,7
Não	22	39,3
Interações psiquiátricas?		
Sim	21	37,5
Não	35	62,5

Fonte: pesquisa direta

Tabela 2. Resultados do questionário aplicado aos usuários com Transtorno de Humor, entrevistados e atendidos pelo CAPS- Fortaleza/Ceará, através da Escala de Adesão à Medicação – EAM (n=56)

Perguntas	Respostas			
	Sim	%	Não	%
O(A) Sr(a). alguma vez já se esqueceu de tomar sua medicação?	34	60,7	22	39,3
O(A) Sr(a). já esqueceu o horário de tomar sua medicação?	34	60,7	22	39,3
Quando o(a) Sr(a). se sente melhor, pára de tomar seu remédio?	7	12,5	49	87,5
Quando o(a) Sr(a). se sente pior, pára de tomar o remédio?	7	12,5	49	87,5
O(A) Sr(a). toma seu remédio somente quando está doente?	4	7,1	52	92,9
O(A) Sr(a). acha natural ser controlado(a) pelo remédio?	36	64,3	20	35,7
Seus pensamentos são mais claros quando está medicado(a)?	42	75,0	14	25,0
Tomando o remédio, o(a) Sr(a). acha que previne de ficar doente?	33	58,9	23	41,1
O(A) Sr(a). se sente estranho, "como um zumbi", quando usa o remédio?	15	26,8	41	73,2
O remédio faz o (a) Sr(a).sentir-se cansado(a) e lento(a)?	24	42,9	32	57,1

Fonte: pesquisa direta

Tabela 3. Resultados do questionário "Atitudes em Relação ao Lítio - QAL" aplicado aos usuários com Transtorno de Humor Bipolar, tratados com carbonato de lítio e atendidos pelo CAPS- Fortaleza/Ceará (n=23)

Perguntas	Respostas			
	Sim	%	Não	%
O(A) Sr(a). acha perfeitamente aceitável tomar LÍTIO por vários anos?	18	78,3	05	21,7
O(A) Sr(a). toma LÍTIO somente quando sente necessidade?	01	4,3	22	95,7
O(A) Sr(a). acha que vale a pena tomar LÍTIO, apesar dos efeitos colaterais?	21	91,3	02	8,7
Tomar LÍTIO conforme receitado pelo seu médico é fácil no seu dia-a-dia?	21	91,3	02	8,7
O(A) Sr(a). acha que o LÍTIO é importante para manter seu bem-estar?	23	100	00	00
As pessoas com quem o(a) Sr(a). convive acham necessário que tome LÍTIO?	18	78,3	05	21,7
O(A) Sr(a). às vezes tenta esquecer que está doente, e, por isso, pára de tomar os seus comprimidos de LÍTIO?	02	8,7	21	91,3
O(A) Sr(a). confia nos seus comprimidos de LÍTIO, e, se por algum motivo o seu tratamento fosse interrompido, o(a) Sr(a). ficaria preocupado(a)?	17	73,9	06	26,1
As pessoas precisam lhe lembrar de tomar o LÍTIO?	05	21,7	18	78,3
É fácil lembrar as horas certas de tomar LÍTIO?	21	91,3	02	8,7
Se o(a) Sr(a). ficasse bem por vários meses, deixaria de tomar o LÍTIO?	02	8,7	21	91,3
O(A) Sr(a). está convencido(a) dos efeitos benéficos do LÍTIO baseado na sua própria experiência?	22	95,7	01	4,3

Fonte: pesquisa direta

DISCUSSÃO

Dentre os 56 pacientes com Transtorno de Humor estudados, os dados em relação à idade estão compatíveis com a literatura, a qual cita que a média de idade para o início dos Transtornos Depressivos é de 40 anos (Lima et al., 2008). Citam também que nos quadros bipolares a idade média de início situa-se logo após os 20 anos, mais próxima dos 27 anos, embora alguns casos se iniciem ainda na adolescência e outros possam começar mais tardiamente após os 50 anos (Lima, 2005). Para algumas mulheres, o primeiro episódio maníaco pode acontecer no período puerperal e as mulheres bipolares apresentam maior probabilidade de uma evolução com ciclagem rápida, associada a episódios depressivos, mania disfórica e estados mistos de tipo II (Dias et al., 2006).

Com relação ao gênero, o estudo mostrou que a maioria dos pacientes era de mulheres e segundo a American Psychiatric Association (1994), tem-se referência que o Transtorno Depressivo Recorrente é duas vezes mais comum em mulheres adolescentes e adultas do que em adolescentes e adultos do sexo masculino.

Existe também inferência de que os Transtornos Depressivos ocorrem com maior frequência em pessoas sem relacionamentos interpessoais íntimos ou que são divorciadas ou separadas. No entanto, o Transtorno de Humor Bipolar é mais comum entre pessoas divorciadas e solteiras do que entre casadas, mas essa diferença pode refletir um início mais precoce e a discórdia conjugal resultante, características deste transtorno (Kaplan & Sadock, 2008). O estudo também mostrou uma maioria de solteiros.

Com relação ao nível de instrução, foi observado no estudo que a maioria dos pacientes pesquisados possuía ensino fundamental ou médio. Baratto et al. (2008) considera que a educação dos pacientes pode melhorar a adesão ao tratamento, permitindo que recebam benefício máximo do tratamento e facilitando o ajuste à doença. Considera, ainda que a psicoeducação é uma ferramenta útil na aceitação da doença, que faz com que os pacientes entendam o significado da doença e se tornem aptos a desenvolver papéis mais ativos e chegar a decisões mais seguras sobre seus tratamentos.

Mais de cinquenta por cento dos pacientes possuíam outros membros da família com Transtorno mental, mostrando que o histórico familiar é importante e segundo Michelon & Vallada (2005), o risco dos parentes de primeiro grau em desenvolver Transtornos de Humor situa-se entre 2 e 15 %.

Entre os fatores ligados ao tratamento, são responsáveis pela baixa adesão, os efeitos adversos, as interações medicamentosas, a farmacocinética particular e os regimes posológicos complexos. Muitas vezes, estes fatores levam à suspensão temporária de doses ou atrasos nos horários de tomada da medicação e consequente diminuição da eficácia dos tratamentos (Schou, 1999; Adams & Scott, 2000).

A gravidade da doença psiquiátrica também influencia na adesão ao tratamento medicamentoso, mas o conhecimento sobre a doença e sobre o funcionamento neuropsicológico do paciente é de extrema importância para melhorar a adesão ao tratamento. Este conhecimento

é garantido através dos programas de psicoeducação realizados pelo CAPS, em reuniões de grupo, visando modificar as atitudes dos pacientes em relação à doença e ao seu tratamento (Colom, 2003).

Estudos realizados por Baratto et al. (2008), também relataram que os pacientes bipolares atendidos pelo Hospital das Clínicas de Florianópolis mostraram a mesma tendência verificada no presente estudo de que os pacientes nem sempre tomavam os medicamentos regularmente (alguma vez já se esqueceram de tomar o medicamento e do horário de tomá-lo). Isto pode ser devido a fatores relacionados aos pacientes, como por exemplo, as atitudes e crenças em relação ao tratamento, bem como a falta de conhecimento sobre a doença. No entanto, o estudo mostrou um comportamento positivo na tomada dos medicamentos, inclusive do lítio.

O trabalho da equipe multiprofissional nos CAPS estudados, inclusive com a participação do profissional farmacêutico como membro desta equipe, no apoio a pacientes com transtorno de humor pode contribuir para dirimir problemas relacionados aos medicamentos, incluindo aspectos envolvendo a adesão ao tratamento (Baratto et al., 2008). Portanto, fatores como a psicoeducação e o atendimento por equipe multiprofissional, inclusive o farmacêutico, foram extremamente importantes para o esclarecimento de dúvidas sobre os medicamentos, sobre a doença, contribuindo para uma maior aceitação dos pacientes ao tratamento. Ressaltando-se que os pacientes entrevistados foram diagnosticados e vinham sendo tratados a mais de dois anos.

Deve-se ressaltar também que várias dificuldades foram encontradas para o desenvolvimento do estudo, dentre elas destacam-se: falta de cadastro eletrônico, prontuários incompletos, diagnósticos modificados, consultas marcadas muitas vezes trimestralmente. O que levou a dificuldades no acompanhamento do paciente por um período mais prolongado, além da falta de um espaço físico adequado para a entrevista.

Os resultados obtidos neste estudo mostraram um bom perfil de utilização dos psicofármacos. Apesar de que, uma análise mais aprofundada é necessária, inclusive utilizando-se outros métodos de avaliação de adesão, para verificar se de fato há uma boa adesão ao tratamento medicamentoso e quais as causas da não adesão.

ABSTRACT

Compliance with drug therapy in patients with mood disorder at psychosocial care centers in northeastern Brazil

Mood Disorder (MD) is a chronic disease, which is recurrent, hard to diagnose and hard to treat. The low compliance to therapy has been related to the patient, to the medicine, to the health professional or to the illness. The aim of this study was to determine the percent compliance with the drug treatments, and specifically with the lithium treatment, of patients affected by MD, outlining their pharmacoepidemiological profile. Thus, interviews and validated questionnaires were applied to 56 people with MD attended at two Psychosocial Care Centers (CAPS), between January and October 2011. Most of the respondents were between 30-50 years of

age, female and single. With regard to their family history, 55.4% had other family members with TH, 60.7% participated in CAPS groups and 62.5% had never been hospitalized. Replies to the “Medication Adherence Scale” questionnaire showed that 60.7% had at some time forgotten to take the medicine and the time to take it. Most of them take the medicine even when they are not feeling sick and their thoughts become more coherent when they are making use of the medication. In addition, 35 patients were bipolar and 23 took lithium; these were interviewed with the questionnaire “Attitudes in Relation to Lithium”. Approximately 78% of these (n = 18) thought it was easy to follow the prescription and that it was acceptable and important to take lithium for several years, despite the side effects reported, and they denied taking lithium only when they felt the need. In general, the respondents showed good adherence to drug therapy, understanding that only through a well-established treatment could they keep the disease stabilized.

Keywords: Mood Disorder. Lithium. Psychosocial Care Center.

REFERÊNCIAS

- Adams J, Scott J. Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;2:119-24.
- American Psychiatric Association – APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV, 4th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Antunes SMMO, Queiroz MSA. Configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(1):207-15.
- Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen, J. Lithium Treatment and Suicide Risk in Major Affective Disorders: Update and New Findings. *J Clin Psychiat.* 2003;64(5):44-52.
- Baratto L, Winter E, Falkenberg M. Avaliação da Adesão à Farmacoterapia com Lítio e da Percepção do Tratamento Medicamentoso entre Pacientes Bipolares do Hospital Universitário de Florianópolis, Brasil. *Lat Am J Pharm.* 2008;27(6):820-5.
- Bauer M, Whybrow PC, Versiani M, Möller H. Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. *Rev Psiq Clin.* 2009;36(2):17-57.
- Berlinck MT, Magtz AC, Teixeira M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev Latinoam Psicopatol.* 2008;11(1):21-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Educação; 2005.

- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Código Internacional de Doenças - CID-10 [Internet]. 2008 [citado 2011 jul. 27]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm>.
- Colom F. A Randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatr.* 2003;60:402-07.
- Dewulf NLS, Monteiro RA, Passos ADC, Vieira EM, Troncon LE. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Rev Bras Cienc Farm.* 2006;42(4):575-84.
- Dias RS, Kerr-Corrêa F, Torresan RC, Santos CHR. Transtorno bipolar do humor e gênero. *Rev Psiq Clin.* 2006;33(2):80-91.
- Greenhouse WJ, Meyer B, Johnson SL. Coping and medication adherence in bipolar disorder. *J Affect Disorders.* 2000;59:237-41.
- Harvey NS. The Development and Descriptive Use of the Lithium Attitudes Questionnaire. *J Affect Disorders.* 1991;22(4):211-19.
- Hirdes, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Cien Saúde Colet.* 2009;14(1):297-305.
- Kapczinski F, Gazalle FK, Frey B, Kauer-Sant'Anna M.; Tramontina J. Tratamento farmacológico do transtorno bipolar: as evidências de ensaios clínicos randomizados. *Rev Psiq Clin.* 2005;32(1):34-8.
- Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saúde Coletiva.* 2003;8(3):775-82.
- Lima IVM, Sougey EV, Vallada-Filho HP. Farmacogenética do tratamento da depressão: busca de marcadores moleculares de boa resposta aos antidepressivos. *Rev Psiq Clin.* 2004;31:40-3.
- Lima MS. Epidemiologia do transtorno bipolar. *Rev Psiq Clin.* 2005;32(1):15-20.
- Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Psiq Clin.* 2008;42(4):717-23.
- Sadock BJ, Sadock VA, Sussman N. Manual de Farmacologia Psiquiátrica de Kaplan & Sadock. 4ª ed. Brasil: Artmed; 2008.
- Michelon L, Vallada H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Rev Psiq Clin.* 2005;32(1):21-7.
- Musenga A, Saracino MA, Addolorata M, Sani MG, Raggi MA. Antipsychotic and Antiepileptic Drugs in Bipolar Disorder: The Importance of Therapeutic Drug Monitoring. *Curr Med Chem.* 2009;16(12):1463-81.
- Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde - OMS/OPAS. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990.
- Caetano D. Organização Mundial da Saúde - OMS. Classificação de transtornos mentais e de comportamento, CID-10. Porto Alegre: Artmed; 1993.
- Rosa AR, Kapczinski F, Oliva R, Stein A, Barros HMT. Monitoramento da adesão ao tratamento com Lítio. *Rev Psiq Clin.* 2006;33(5):249-61.
- Sachs G. Unmet clinical needs in bipolar disorder. *J Clin Psychopharm.* 2003;3(suppl 1):S2-8.
- Santin A, Ceresér K, Rosa A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev Psiq Clin.* 2005;32(supl 1):105-09.
- Schou M. Perspectives on lithium treatment of bipolar disorder: action, efficacy, effect on suicidal behavior. *Bipolar Disord.* 1999;1:5-10.
- Schumann C, Lenz G, Berghofer A, Muller-Oerlinghausen B. Non-adherence with long-term prophylaxis: a 6-year naturalistic follow-up study of affectively ill patients. *Psychiatry Res.* 1999;89:247-57.
- Sproule B. Lithium in bipolar disorder: Can drug concentrations predict therapeutic effect? *Clin Pharmacokinet.* 2002;41:639-60.
- Wannmacher L. Fármacos utilizados nos distúrbios afetivos em "Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional". Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- Thompson K, Kulkarni J, Segerjew AA. Reability and validity of a new medication adherence rating scale (EAM) for the psychoses. *Schizophrenia Res.* 2000;42:7-241.

Recebido em 01 de outubro de 2012

Aceito par publicação em 08 de fevereiro de 2013