



UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA



Manuela da Conceição dos Santos

**ADESÃO TERAPÊUTICA EM PSICOFÁRMACOS**  
**CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DE UMA MEDIDA DE ADESÃO**

Dissertação no âmbito do mestrado em Gestão e Economia da Saúde orientada pelo  
Professor Doutor Rui Santos Cruz e apresentada à Faculdade de Economia da  
Universidade de Coimbra para a Obtenção do grau de Mestre

Coimbra, setembro de 2019





FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Manuela da Conceição dos Santos

# ADESÃO TERAPÊUTICA EM PSICOFÁRMACOS

## CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DE UMA MEDIDA DE ADESÃO

*Dissertação no âmbito do mestrado em  
Gestão e Economia da Saúde orientada pelo  
Professor Doutor Rui Santos Cruz e  
apresentada à Faculdade de Economia da  
Universidade de Coimbra para a obtenção  
do grau de Mestre*

Coimbra, setembro de 2019



“Onde há vontade, não falta caminho”

J.R.R. TOLKIEN



## **AGRADECIMENTOS**

Ao apresentar este trabalho quero expressar o meu reconhecimento e dar uma palavra de gratidão a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a sua realização e que me acompanharam ao longo deste difícil percurso da minha vida.

Quero agradecer em primeiro lugar ao meu orientador, Professor Doutor Rui Cruz, que aceitou ser o meu orientador, que desde o início se mostrou disponível para orientar esta minha dissertação e que sempre me incentivou e me orientou, esclarecendo todas as minhas dúvidas com toda a paciência e generosidade que lhe são características.

Aos responsáveis institucionais do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, pela autorização, disponibilidade e interesse na realização deste estudo. Agradeço, também, o apoio e a colaboração prestada na Consulta Externa de Psiquiatria do mesmo Centro Hospitalar pelos diversos funcionários no decurso da recolha de dados.

A todos os doentes que contribuíram com o preenchimento do questionário sobre adesão terapêutica em psicofármacos, sem os quais este trabalho não teria sido possível, apresento a minha profunda gratidão.

Ao enfermeiro João Paulo Reis pela sua disponibilidade e apoio relativamente às metodologias de investigação e de estatística presente neste estudo.

Aos meus familiares, colegas e amigos pelo apoio incondicional demonstrado nas horas boas e pela paciência nos momentos menos bons. À minha amiga Maria João Grou pela sua cultura, disponibilidade e incentivo.

Aos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.





## RESUMO

A adesão terapêutica em pessoas com doenças crónicas do foro psiquiátrico, é um assunto muito discutido e preocupante entre os profissionais de saúde que afeta a saúde do próprio, da família e da comunidade onde está inserido. Habitualmente a gestão do tratamento é da responsabilidade do próprio e/ou do seu cuidador informal.

Este estudo tem como objetivo principal proceder à avaliação da aplicabilidade prática da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) em indivíduos portadores de doenças mentais. Pretendemos ainda, verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e a Medida de Adesão aos Tratamentos. A amostra é constituída por 190 utentes da Consulta Externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, colhida durante o mês de Outubro de 2011 e que cumprem os critérios de inclusão no referido estudo. Os dados foram recolhidos através de um questionário composto por três partes: primeira parte caracterização sociodemográfica; segunda parte conhecimento da doença; terceira parte Medida de Adesão aos Tratamentos.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo do tipo descritivo-correlacional de nível II, numa amostra do tipo não probabilístico por conveniência composta por indivíduos seguidos na Consulta Externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.

Concluiu-se que a Medida de Adesão aos Tratamentos apresentou uma fidelidade estimada através do valor de *alfa* de Cronbach (0,75), o que significa que a escala de medida revelou valores psicométricos satisfatórios na adesão terapêutica em psicofármacos

A adesão terapêutica não é influenciada pelo sexo, nem pela situação profissional, estado civil ou situação de coabitação, mas está correlacionada com a idade e é influenciada pelas habilitações literárias. Também não se correlaciona com o tempo de diagnóstico. A toma dos diferentes subgrupos de psicofármacos não influencia a adesão terapêutica, mas a existência de reações adversas influencia a adesão terapêutica. Por último, a adesão terapêutica em psicofármacos correlaciona-se negativamente com o número de dias em que os indivíduos não tomaram a medicação.

Palavras-chave: adesão terapêutica; psicofármacos; perturbações psiquiátricas.



## **ABSTRACT**

Therapeutic adherence in people with chronic psychiatric diseases is a much discussed and worried issue among health professionals that affects the health of oneself, family and the community where it is inserted. Management of treatment is usually the responsibility of the person and / or his / her informal caregiver.

This study aims to evaluate the practical applicability of the Treatment Adherence Measure (MAT) in individuals with mental illness. We also intend to verify the association between sociodemographic variables and the Measure of Adherence to Treatments. The sample consists of 190 patients from the External Psychiatry Consultation of the Coimbra Psychiatric Hospital Center, collected during the month of October 2011 and who met the inclusion criteria in the study. Data were collected through a questionnaire consisting of three parts: first part sociodemographic characterization; second part knowledge of the disease; third part Measure of Adherence to Treatments.

A quantitative descriptive-correlational level II study was conducted in a non-probabilistic convenience sample composed of individuals followed at the Psychiatry Outpatient Consultation of the Coimbra Psychiatric Hospital Center.

It was concluded that the Treatment Adherence Measure presented an estimated fidelity through Cronbach's alpha value (0.75), which means that the measurement scale revealed satisfactory psychometric values in the therapeutic adherence in psychotropic drugs.

Therapeutic adherence is not influenced by gender, professional status, marital status or cohabitation, but is correlated with age and is influenced by literacy. It also does not correlate with the time of diagnosis. Taking different subgroups of psychotropic drugs does not influence therapeutic adherence, but the existence of adverse reactions influences therapeutic adherence. Finally, therapeutic adherence in psychotropic drugs correlates negatively with the number of days that individuals did not take their medication.

Keywords: therapeutic adherence; psychotropic drugs; psychiatric disorders.



## ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1: Cinco dimensões da adesão .....	11
Figura 2: Curva de ansiedade .....	16
Figura 3: Efeito das benzodiazepinas .....	21
Figura 4: Norma nº 055/2011: Árvore de decisão -Ansiedade patológica .....	22
Figura 5 Norma nº 055/2011: Árvore de decisão -Insónia patológica .....	23
Figura 6: Norma nº 033/2012: Árvore de decisão -Perturbação Bipolar Tipo I.....	51
Figura 7: Norma nº 033/2012: Árvore de decisão -Início da terapêutica com lítio.....	51
Figura 8: Norma nº 034/2012: Árvore de decisão -Depressão “major” fase aguda .....	52
Gráfico 1: Distribuição dos participantes por classes etárias .....	70
Gráfico 2: Distribuição entre a adesão terapêutica e a idade.....	78
Gráfico 3: Distribuição entre a adesão terapêutica e o tempo de diagnóstico da doença....	82
Gráfico 4: Distribuição entre a adesão terapêutica e os dias que esteve sem tomar medicação .....	86



## ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Benzodiazepinas prescritas em Portugal e suas reações adversas.....	24
Quadro 2: Antipsicóticos prescritos em Portugal e suas reações adversas.....	36
Quadro 3: Antidepressivos prescritos em Portugal e suas reações adversas.....	53
Tabela 1: Resultados dos coeficientes de simetria e de achatamento para a escala de adesão terapêutica (MAT) .....	64
Tabela 2: Resultado do teste Kolmogorov-Smirnov para a escala de adesão terapêutica (MAT).....	64
Tabela 3: Consistência interna (alfa de Cronbach).....	65
Tabela 4: Distribuição da amostra em função do sexo.....	69
Tabela 5: Distribuição da amostra em função da idade (classe etária).....	69
Tabela 6: Distribuição dos participantes segundo a idade (anos).....	70
Tabela 7: Distribuição dos participantes segundo as habilitações literárias.....	71
Tabela 8: Distribuição dos participantes quanto à situação profissional.....	71
Tabela 9: Distribuição dos participantes quanto à situação familiar .....	72
Tabela 10: Distribuição dos participantes quanto ao nível económico .....	72
Tabela 11: Distribuição dos participantes quanto ao agregado familiar .....	73
Tabela 12: Distribuição dos participantes segundo o tempo de diagnóstico da doença por classes etárias.....	73
Tabela 13: Distribuição dos participantes segundo o tempo de diagnóstico da doença.....	74
Tabela 14: Distribuição dos participantes segundo as reações adversas .....	74
Tabela 15: Distribuição dos participantes segundo a atitude tomada face às reações adversas .....	75
Tabela 16: Estatística descritiva da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).....	75
Tabela 17: Distribuição da escala dicotómica convertida do MAT .....	76
Tabela 18: Distribuição dos participantes segundo a escala dicotómica convertida.....	76
Tabela 19: Distribuição dos dias sem tomar medicação.....	77

Tabela 20: Associação entre a adesão terapêutica em função do sexo.....	77
Tabela 21: Relação entre a idade e a adesão terapêutica.....	78
Tabela 22: Associação entre as habilitações literárias dos indivíduos e a sua adesão terapêutica.....	79
Tabela 23: Associação entre a situação profissional dos indivíduos e a adesão terapêutica.....	79
Tabela 24: Associação entre o estado civil dos indivíduos e a adesão terapêutica .....	80
Tabela 25: Associação entre a adesão terapêutica em função da situação de coabitação ...	80
Tabela 26: Relação entre o tempo de diagnóstico da doença com a adesão terapêutica.....	81
Tabela 27: Associação entre a adesão terapêutica e a toma de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos .....	82
Tabela 28: Associação entre a adesão terapêutica e a toma de antidepressivos.....	83
Tabela 29: Associação entre a adesão terapêutica e a toma de estabilizadores do humor ..	83
Tabela 30: Associação entre a adesão terapêutica e a toma de antipsicóticos .....	84
Tabela 31: Associação entre a adesão terapêutica e a toma de antiepiléticos e anticonvulsivantes .....	84
Tabela 32: Associação entre a adesão terapêutica e a presença de reações adversas dos psicofármacos .....	85
Tabela 33: Relação entre a adesão terapêutica e o número de dias sem tomar os psicofármacos .....	85



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**APA** – Associação Americana de Psiquiatria

**VAI** – Anos Vida Ajustados por Incapacidade

**BZD** – Benzodiazepinas

**CHPC** – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra

**CHUC** – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**CID-10** – Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde

**DALY** – *Disability-Adjusted Life Year*

**DDD** – Dose Diária Definida

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DSM - V** – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais

**EUA** – Estados Unidos da América

**FEUC** – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

**MAT** – Medida de Adesão aos Tratamentos

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*

**WHO** – *World Health Organization*

**YLL** – *Years of life are lost*



## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS .....	I
RESUMO .....	III
ABSTRACT .....	V
ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS.....	VII
ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS .....	IX
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	XI
INTRODUÇÃO .....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	5
1    Conceito de adesão terapêutica.....	7
1.1. Definição de adesão terapêutica.....	7
1.2. Fatores de risco da não-adesão.....	10
1.3. Avaliação do grau de adesão terapêutica .....	13
1.4. Estratégias para melhorar a adesão .....	13
2    Perturbação mental e tratamento farmacológico .....	15
2.1    Ansiedade e tratamento farmacológico .....	15
2.1.1    Definição de ansiedade .....	15
2.1.2    Tratamento farmacológico da ansiedade .....	19
2.1.3    Reações adversas das benzodiazepinas.....	25
3    Esquizofrenia e tratamento farmacológico .....	27
3.1    Definição de esquizofrenia.....	27
3.1.1    Tratamento farmacológico da esquizofrenia.....	30
3.1.2    Reações adversas dos antipsicóticos.....	32
3.1.3    Sobredosagem e interação de antipsicóticos.....	35
4    Perturbação bipolar e tratamento farmacológico.....	37
4.1    Definição de perturbação bipolar: depressão vs mania.....	37
4.1.1    Tratamento farmacológico de perturbações bipolares .....	43
4.1.2    Reações adversas dos antidepressivos .....	45

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	55
1 Métodos .....	57
1.1. Objetivos e conceptualização do estudo.....	57
1.2. Questões de investigação e hipóteses .....	58
1.3. População e amostra.....	59
1.4. Instrumento de colheita de dados .....	60
1.5. Processo de recolha de dados .....	63
1.6. Procedimentos estatísticos.....	63
1.7. Fidelização da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT).....	65
1.8. Princípios éticos .....	65
PARTE III – RESULTADOS .....	67
1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	69
1.1. Caracterização sociodemográfica.....	69
1.2. Caracterização do conhecimento da doença.....	73
1.3. Caracterização da medida de adesão aos tratamentos (MAT) .....	75
1.4. Análise das hipóteses .....	77
2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	87
CONCLUSÃO.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	99
ANEXOS .....	107
ANEXO I – Pedido de autorização para aplicação da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).....	107
ANEXO II – Pedido de autorização para a realização do estudo e parecer favorável da comissão de ética .....	109
ANEXO III – Consentimento Informado .....	110
ANEXO IV – Instrumento de recolha de dados .....	111





## INTRODUÇÃO

O Sistema Nervoso Central (SNC) é um sistema complexo, constituído por biliões de neurónios e sinapses que regulam o funcionamento do mesmo. As doenças do SNC podem ser divididas em doenças neurológicas e doenças psiquiátricas. São doenças neurológicas a epilepsia, a doença de Parkinson, a demência e a doença de Alzheimer. A doença psiquiátrica compreende a depressão, a esquizofrenia, a ansiedade, a insónia, o défice de atenção e a hiperatividade (Thorp, 2008).

As estratégias de tratamento dos doentes com estas patologias crónicas passam indiscutivelmente pela eficácia das terapêuticas farmacológicas. O insucesso dos diversos programas terapêuticos tem como consequências um maior risco das recaídas e dos respetivos e sucessivos internamentos dos doentes, acrescido do stresse físico e emocional dos próprios e seus cuidadores, o que acarretam um aumento de custos diretos e indiretos no setor da saúde (Cardoso, Byrne, & Xavier, 2016).

No que diz respeito ao consumo de psicofármacos antipsicóticos e antidepressivos, Portugal, no período entre 2013 e 2016, registou um aumento no consumo destes medicamentos por Dose Diária Definida (DDD). No entanto, houve uma ligeira diminuição no consumo de psicofármacos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos. Relativamente à quantidade de embalagens prescritas, no mesmo período, registou-se também um aumento no número de embalagens dos três subgrupos farmacoterapêuticos de psicofármacos: ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; antipsicóticos e antidepressivos (DGS, 2017).

O uso incorreto das terapêuticas das doenças do SNC pode trazer implicações graves para a saúde do próprio indivíduo decorrentes da não utilização dos medicamentos de acordo com as prescrições e recomendações dadas pelos profissionais de saúde. A não-adesão à terapêutica, em saúde mental, é um problema grave quer a nível pessoal, quer a nível socioeconómico.

Serra (2014) refere que *“um país com uma boa saúde mental contribui para uma maior e melhor produtividade e uma maior economia”*.

A não-adesão terapêutica em doentes com perturbações psiquiátricas é uma realidade não só em Portugal como em outros países. Em Portugal de acordo com o estudo realizado por

Cabral e Silva (2010), quase metade dos portugueses não toma a medicação sobretudo por motivo de esquecimento. Outros motivos apontados para a não-adesão à terapêutica são a falta de recursos económicos, a resistência em tomar medicamentos (Cabral & Silva, 2010).

Ao fazer um uso racional do medicamento está implícita uma otimização da saúde, uma redução de gastos com a saúde, uma menor taxa de morbilidade e de mortalidade e, por acréscimo, uma maior qualidade em saúde.

A escolha deste tema prende-se com o facto de ser profissional de saúde, na área da farmácia e de ter consciência da importância da adesão terapêutica em indivíduos com doença psiquiátrica em meio hospitalar como a esquizofrenia e a depressão. As doenças do foro psiquiátrico têm vindo a aumentar, tornando-se uma grande preocupação no campo da saúde pública.

Conscientes das vantagens das terapêuticas farmacológicas para a prevenção do agravamento destas doenças e das suas implicações, os profissionais de saúde devem conhecer e identificar as causas que levam os doentes a não aderirem aos diversos esquemas terapêuticos prescritos.

Neste contexto, justifica-se o estudo na adesão terapêutica em doentes com doenças psiquiátricas: a ansiedade, a esquizofrenia e a depressão. Pretendemos ainda contribuir também para avaliar a aplicabilidade prática de uma medida de adesão terapêutica neste grupo de psicofármacos, medida baseada na Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Delgado & Lima, 2001).

O objetivo geral do nosso trabalho é analisar a adesão à terapêutica em fármacos do foro psiquiátrico e que fazem parte do grupo de medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central e Periférico, os chamados psicofármacos.

Para enquadramento teórico do nosso estudo, começámos por concetualizar a adesão terapêutica, os fatores que contribuem para a não-adesão ao tratamento em perturbações psiquiátricas e os métodos de avaliação do grau de adesão terapêutica utilizados; De seguida, abordaremos as principais perturbações psiquiátricas (a ansiedade, a esquizofrenia e a perturbação bipolar), as suas características, as suas causas e as suas consequências e por



fim abordaremos o tratamento farmacológico com uma breve descrição dos fármacos utilizados no tratamento destas patologias.

No desenvolvimento metodológico deste estudo realizámos uma investigação quantitativa do tipo descritivo-correlacional de nível II (Fortin, 2003).

Após descrevermos a fundamentação teórica e a conceptualização do estudo empírico, passamos à apresentação, descrição, análise e discussão dos resultados apurados.

No final, procurámos elaborar uma conclusão integradora dos resultados alcançados com o estudo dos conhecimentos existentes neste domínio e com os objetivos estabelecidos para o estudo.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



# 1 CONCEITO DE ADESÃO TERAPÊUTICA

## 1.1. DEFINIÇÃO DE ADESÃO TERAPÊUTICA

Para que um tratamento farmacológico resulte é necessário que o doente cumpra as instruções que lhe foram dadas pelo profissional de saúde, nomeadamente quanto à posologia que compreende as seguintes informações: dose do medicamento, via de administração, intervalo de tempo e duração do tratamento.

O cumprimento destas instruções, a que vulgarmente chamamos adesão à terapêutica, é decisivo para o sucesso terapêutico em todas as patologias, mas assume uma importância crucial nas doenças crónicas.

A este propósito a Organização Mundial da Saúde define doença crónica como:

*"Diseases that have one or more of the following characteristics: are permanent, leave residual disability, are caused by non-reversible pathologies, require special training of the patient for rehabilitation, or may be expected to require a long period of supervision, observation, or care"* Doenças caracterizadas por uma ou mais destas particularidades: são longas e permanentes, geram incapacidades residuais, são causadas por patologias irreversíveis, requerem mudanças de estilo de vida do paciente para a sua reabilitação ou podem exigir um longo período de supervisão, de observação ou mesmo de cuidados WHO, (2003, p. 4).

No seguimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assume a definição de adesão terapêutica segundo Haynes e Rand (WHO, 2003), como:

*"To the extent that the behavior of a person - taking medication, following a diet, and / or performing lifestyle changes, correspond to the agreed recommendations of a health care provider."* O grau em que o comportamento de uma pessoa, relacionado não só com a administração de medicamentos mas também com o seguimento de uma dieta ou com as mudanças de estilo de vida e que corresponde às recomendações do médico ou de outro profissional de saúde WHO, (2003, p. 4).

O termo adesão deriva do latim “*adhaesione*” que significa ato ou efeito de aderir, aderência, concordância, aprovação, entre outras (Dias et al., 2011).

O conceito de adesão à terapêutica tem evoluído ao longo do tempo e tem sido motivo de interesse de muitos investigadores (Cruz, 2017).

Nos vários estudos realizados ao longo do tempo, a expressão adesão terapêutica tem evoluído e assenta em três grandes pilares: concordância (*compliance*), adesão (*adherence*) e manutenção (*maintenance*).

A palavra *compliance* pode ser entendida pelo comportamento de uma pessoa que é coincidente com o aconselhamento médico ou de outro profissional de saúde, em que o doente tem um papel passivo (Cabral & Silva, 2010; Cruz, 2017).

O termo *adherence* foi adotado quando houve um reconhecimento do papel ativo do doente no seu tratamento: o comportamento do doente deve ser ativo, voluntário e de colaboração com os profissionais de saúde tendo plena consciência de que se encontra doente (Cabral & Silva, 2010; Cruz, 2017).

Relativamente ao vocábulo *maintenance* observa-se que o doente tem comportamentos de hábitos saudáveis e por isso preserva e melhora a sua saúde (Cruz, 2017).

A adesão terapêutica em doenças crónicas, nos países desenvolvidos, é de cerca de 50% e, nos países subdesenvolvidos, a taxa é muito menor (WHO, 2003). A adesão terapêutica assume um papel de extrema importância em doentes portadores de doenças crónicas como são as doenças psiquiátricas. Estas são um grave problema para a saúde pública e têm um enorme impacto na incidência e prevalência de várias patologias.

Esta realidade apresenta graves consequências para a economia mundial e segundo Bugalho & Carneiro (2004), em 2020, 65% das despesas para a saúde são devido às doenças crónicas. Por isto torna-se fundamental procurar alternativas ou mesmo estratégias para os cuidados de saúde, no tratamento das mesmas.

A adesão terapêutica envolve um número de comportamentos, tais como: o acesso ao tratamento, o acesso à medicação, a compreensão do tratamento e o seguimento de todas as instruções da toma e da monitorização de toda a medicação (Berk et al., 2010; WHO,

2003). Nesta perspetiva, o doente tem de ser envolvido pela equipa multidisciplinar e aceitar o seu próprio regime terapêutico, colaborando com esse mesmo tratamento. O seu comportamento deve coincidir com os conselhos e indicações dos mesmos profissionais de saúde (Colom, Vieta, Tacchi, Sánchez-Moreno, & Scott, 2005). Esta definição não só engloba a medicação prescrita na dose e hora apropriada como também a frequência as consultas que lhe são marcadas e os comportamentos de um estilo de vida e hábitos saudáveis (Berk et al., 2010).

Leite & Vasconcelos (2003) referem que existe adesão quando os doentes cumprem totalmente 80% das recomendações (prescrições).

Uma má adesão terapêutica é uma péssima atitude perante todos os benefícios e vantagens que o doente possa usufruir na sua saúde (Bugalho & Carneiro, 2004). É evidente que uma má adesão leva a uma taxa de mortalidade mais elevada e conseqüentemente, uma boa adesão leva a uma diminuição da taxa de mortalidade (Cruz, 2017).

Porém o doente poderá manifestar diferentes tipos de não-adesão. Rudd (1995) cit. por Dias et al. (2011), refere que a adesão poderá ser parcial, ou seja, o doente só toma parte da medicação que lhe foi prescrita. A adesão é um comportamento variável de causas intencionais ou não intencionais. A adesão não intencional ou involuntária acontece quando o doente tem limitações ou surgem obstáculos que tornam os doentes incapazes de seguir as recomendações num tratamento. Esta ocorre por omissão de uma toma de um medicamento ou mesmo por faltar a uma consulta. Este tipo de não-adesão acontece frequentemente em pessoas idosas e/ou crianças. A adesão intencional ou voluntária surge quando o doente toma a decisão de não seguir as recomendações que acordou com os profissionais de saúde. Esta decisão depende das crenças e expectativas que influenciam a motivação dos doentes em seguir um esquema terapêutico (Cabral, 2016).

Entretanto, Colom et al. (2005) refere que a não-adesão aos tratamentos em doentes com transtorno bipolar pode ser classificada em sete comportamentos não aderentes:

*Não-adesão completa* – aquela em que o doente se recusa a fazer o tratamento completo e teima em não comparecer em consultas por vários motivos.

Não-adesão seletiva – alguns pacientes recusam tomar alguns medicamentos de certos grupos farmacoterapêuticos como antipsicóticos atípicos, porque conhecem os seus efeitos secundários.

Adesão intermitente – a adesão é intermitente ou mesmo tomada descontinuadamente, quando são omitidas algumas tomas de um ou de vários medicamentos.

Adesão tardia – Após o diagnóstico da doença, o doente pode mostrar resistência em aceitar a doença e nega a necessidade de fazer o tratamento. Após a negação e o choque com posterior aceitação, ele reconhece que deverá seguir as instruções dos profissionais de saúde, seja parcial ou totalmente.

Não-adesão tardia – O inverso da adesão tardia. Segue todas as recomendações dos profissionais de saúde durante um intervalo de tempo (exemplo: um a dois anos de adesão) e ao fim deste tempo recusa a tomar a medicação.

Abuso – Não seguir a prescrição médica e tomar doses elevadas de um certo medicamento. Em doentes com transtorno bipolar, é comum o abuso de benzodiazepinas entre outros.

Não-adesão comportamental – A adesão do doente não se limita aos esquemas terapêuticos prescritos, mas opta por comportamentos adequados como mudança dos seus hábitos de saúde e estilos de vida: segue uma dieta, deixa de beber e fumar, entre outros. Isto acontece na diabetes quando os diabéticos continuam a ingerir alimentos ou bebidas gaseificadas que contêm elevado teor em açúcares.

## 1.2. FATORES DE RISCO DA NÃO-ADESÃO

Associados aos problemas de não-adesão, em doenças crónicas, existem fatores que interagem entre si e que afetam diretamente os pacientes, determinando qual o seu comportamento perante a adesão terapêutica. Estes fatores foram agrupados e elaborados pela WHO (2003) num documento em cinco grandes dimensões: 1-Fatores sociais, económicos e culturais; 2-Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde; 3-Fatores relacionados com o tratamento; 4-Fatores relacionados com a doença; 5- Fatores relacionados com a pessoa doente. Ver figura 1.



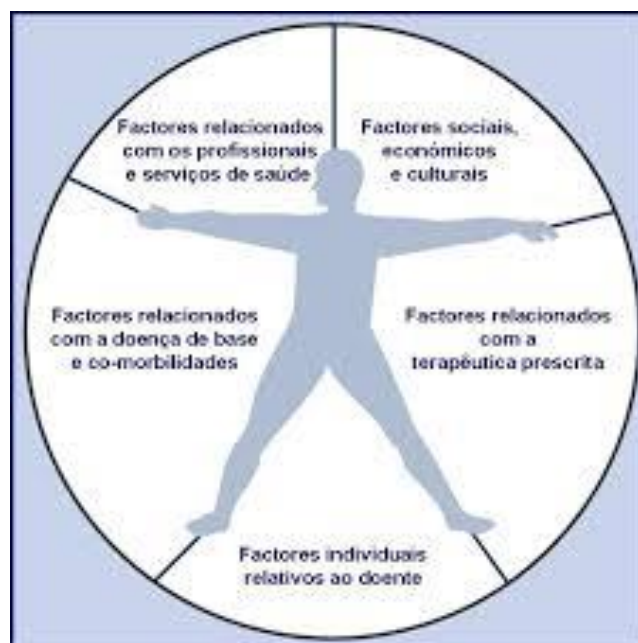


Figura 1: Cinco dimensões da adesão

Fonte: (WHO, 2003)

*Fatores sociais, económicos e culturais:* esta dimensão é afetada pela idade, situação profissional e pelo nível de escolaridade, o sexo, os apoios sociais e as condições habitacionais, o custo dos medicamentos e das deslocações nos transportes para adquirir os próprios tratamentos, a raça e as crenças culturais. A adesão em crianças e pessoas de idade mais avançada depende do seu cuidador informal em compreenderem e seguirem todas as recomendações/ instruções fornecidas. Nos adolescentes, a baixa taxa de adesão terapêutica deve-se aos problemas de autoimagem, às influências sociais, ao aumento de autonomia e à ausência de supervisão por parte da família (Bugalho & Carneiro, 2004; Cruz, 2017; Dias et al., 2011).

*Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde:* cada doente (pessoa) tem de se sentir estimado por todos os profissionais que o assistem. Neste fator sobressai o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, a acessibilidade às terapêuticas e taxas de participação, o grau de educação/esclarecimento dos doentes face aos cuidados de saúde, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e a duração das consultas, o conhecimento dos profissionais de saúde acerca das doenças em causa e a

gestão da adesão terapêutica instituída (Bugalho & Carneiro, 2004; Cruz, 2017; Dias et al., 2011).

*Fatores relacionados com o tratamento:* nestes destaca-se a compreensão de um regime terapêutico complexo e dos seus benefícios, a sua duração, os custos do tratamento, a realização de alterações frequentes de medicação, mas não existem melhorias rápidas dos sintomas e dos efeitos secundários da medicação (Bugalho & Carneiro, 2004; Cruz, 2017; Dias et al., 2011).

*Fatores relacionados com a doença:* nomeadamente com a gravidade dos sintomas, a evolução e a gravidade da doença, o grau de incapacidade (física, psicológica, social e profissional) assim como a comorbilidade associada que pode alterar a adesão à medicação (Bugalho & Carneiro, 2004; Cruz, 2017; Dias et al., 2011).

*Fatores relacionados com a pessoa doente:* esta última dimensão evidencia os recursos psicológicos, a ausência de informação e de conhecimento dos doentes acerca da sua doença, assim como as atitudes, as crenças, as perceções e expectativas do indivíduo relativamente à sua doença, o medo da dependência ou da discriminação, a incapacidade de manusear o esquema terapêutico, a ansiedade inerente às tomas de medicação e a diminuição da motivação e da confiança no tratamento (Bugalho & Carneiro, 2004; Cruz, 2017; Dias et al., 2011).

Considera-se, então, que a não compreensão das instruções relativas aos esquemas terapêuticos, devido ao seu nível de escolaridade, o custo dos medicamentos, a falta de informação e conhecimento sobre a doença, as crenças sobre os medicamentos, a não-aceitação da doença e possível discriminação, os efeitos secundários dos medicamentos, o medo da dependência ou da discriminação, o stresse psicossocial, os esquecimentos constantes, a baixa motivação e confiança nos tratamentos levam ao incumprimento das recomendações dos profissionais de saúde (Cabral, 2016).

### 1.3. AVALIAÇÃO DO GRAU DE ADESÃO TERAPÊUTICA

Nos vários estudos de avaliação do grau de adesão terapêutica são utilizados diferentes métodos que se agrupam em diretos e indiretos ( Cabral, 2016; Cabral & Silva, 2010; Dias et al., 2011; Vermeire et al., 2001).

Os métodos diretos procuram confirmar “in loco” se o medicamento foi ingerido ou não pelo o doente. Inclui-se neste método a observação direta da toma de medicação e posterior avaliação das concentrações séricas do fármaco ou seus metabolitos nos fluidos biológicos e ainda a quantificação de marcadores biológicos doseados no sangue. Este último método é o mais fidedigno, mas é o mais evasivo e dispendioso.

Os métodos indiretos baseiam-se na recolha de informação através de entrevistas estruturadas e questionários escritos que comportam os autorrelatos dos doentes nos quais estes descrevem o seu comportamento medicamentoso. Os questionários escritos são o método indireto de mais baixo custo e com uma aplicação mais prática. Para além destes métodos, ainda existem a contagem de formas farmacêuticas sólidas remanescentes num determinado intervalo de tempo (ex: uma semana); o registo da dispensa de medicamentos pelos serviços farmacêuticos; a utilização de sistemas de monitorização eletrónica das prescrições.

Um exemplo concreto de um questionário escrito foi o questionário utilizado nesta dissertação: a escala adaptada de Delgado & Lima (2001) designada por Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), constituída por sete itens e cada item com seis possibilidades de resposta que variam entre sempre (1) e nunca (6) numa escala de tipo *Likert*.

### 1.4. ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADESÃO

Para obtenção de melhores resultados positivos a longo prazo, na adesão terapêutica, o ideal seria a combinação de farmacoterapia com a psicoterapia. A psicoterapia baseia-se na aprendizagem de novas competências cognitivo-comportamentais e esta intervenção repõe os relacionamentos colaborativos do doente e entre o doente e os profissionais de saúde, até mesmo com a família, tudo com o objetivo de melhorar a adesão terapêutica (Berk et al., 2010).



## 2 PERTURBAÇÃO MENTAL E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

### 2.1 ANSIEDADE E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Neste subcapítulo abordaremos algumas definições de ansiedade, seguidas por uma descrição sumária dos fármacos utilizados no seu tratamento, não querendo com esta abordagem restringir o tratamento de ansiedade ao tratamento farmacológico em detrimento de outras abordagens terapêuticas como a psicoterapia e a terapia de grupo, entre outras, que em muitas situações por si só não resolvem, mas funcionam como adjuvantes do tratamento farmacológico.

#### 2.1.1 DEFINIÇÃO DE ANSIEDADE

A ansiedade pode ser uma resposta normal do ser humano ou também pode ser um mecanismo de defesa ou de sobrevivência. Poderá ser considerada uma resposta normal ou patológica, dependendo da intensidade, da duração ou mesmo do incômodo que gera nas atividades quotidianas de um indivíduo. É um sentimento que acompanha toda a vida de uma pessoa e pode surgir subitamente com sintomas pouco perceptíveis como palpitações, tremores, sudorese excessiva, diarreias, entre outros, ou surgirem ataques de pânico caracterizados por taquicardia ou mesmo dores de cabeça e aceleração da respiração (Cordioli, n.d.; Loch, 2009).

Consideramos que é importante iniciar esta definição efetuando a distinção entre ansiedade normal e ansiedade patológica. Como é mencionado por Parreira & Santos (2007 p. 133), *“a melhor maneira de definir o limite entre ansiedade normal e a patológica é comparar o grau de perigo, a ansiedade gerada pela situação e a resposta do organismo. (...) deve-se diagnosticar uma ansiedade patológica sempre que uma situação de perigo mínimo ou inexistente dê origem a um estado de ansiedade exagerado, provocando uma resposta generalizada.”*

A figura 2 demonstra que, em determinadas situações conflituosas e à medida que aumenta o nível de ansiedade, aumenta de forma proporcional o rendimento e a adaptação das

atuações, mas só até um determinado nível. Ultrapassado esse nível, verifica-se que ocorre uma evidente diminuição das capacidades de eficiência nas atuações (rendimento) do indivíduo. Assim, a ansiedade pode criar, como efeito benéfico, uma capacidade maior de adaptabilidade do indivíduo perante as suas atividades quotidianas e uma melhoria clara das suas competências. Contudo, quando a ansiedade se intensifica ou se excede provoca sofrimento e incapacidade adaptativa (Ballone, 2015; Greist, 2016; Parreira & Santos, 2007c).



Figura 2: Curva de ansiedade

Fonte: (Ballone, 2015)

Marturano, Linhares & Loureiro, 2004, *apud* Oliveira, 2010, p. 27 descrevem que “o estado de ansiedade é transitório e caracteriza-se por sentimentos desagradáveis de tensão conscientemente percebidos e por um aumento na atividade do sistema nervoso autónomo, enquanto que o traço de ansiedade se refere a características individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade”.

Citando Oliveira, (2010), “a ansiedade como sintoma representa um contínuo desde a emoção normal até à ansiedade patológica, a qual ultrapassa os limites adaptativos afetando de forma negativa o funcionamento do indivíduo (Haggstram, 2003, *apud* Oliveira, 2010, p. 27) (...), pela sua severidade, persistência, associação a eventos neutros ou prejuízo significativo no funcionamento bio-psico-social do indivíduo” (Hallstrom & Mcclure, 2000; Neto, Gauer & Furtado, 2003, *apud* Oliveira, A. (2010, p. 27).

A ansiedade patológica é considerada uma doença psiquiátrica classificada nos dois principais manuais de psiquiatria mundial: O Manual de Diagnóstico e Estatística de

Transtornos Mentais (DSM V), última edição publicada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), e o Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID 10), última edição publicada pela World Health Organization (WHO). Estes dois manuais baseiam-se em diretrizes para a realização de um diagnóstico. São os médicos psiquiatras que fazem a avaliação dos critérios e o diagnóstico das doenças psiquiátricas. Estes manuais são úteis na prática clínica (APA, 2014; WHO, 2016).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA), no seu manual, o DSM – V classifica as perturbações de ansiedade em:

- Perturbações do Pânico com e sem Agorafobia,
- Agorafobia sem História de Perturbação do Pânico,
- Fobia Específica,
- Fobia Social,
- Perturbação Obsessivo-Compulsiva,
- Perturbação Pós-Stress Traumático,
- Perturbação Aguda de Stress,
- Perturbação da Ansiedade Generalizada,
- Perturbação da Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral,
- Perturbação da Ansiedade Induzida por Substância e
- Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação.

A World Health Organization (WHO) define ansiedade como “*manifestações de carácter emocional/subjetivo e fisiológicas, perante as mais diversas situações pelo qual é confrontado no seu dia-a-dia*”. As perturbações de ansiedade provocam sensações de incapacidade e desconforto (WHO, 2009).

A ansiedade é caracterizada por “*alterações psíquicas e físicas, que se manifestam quando uma pessoa se encontra num estado de alerta injustificado ou desproporcionado*”, e correspondem a um estado de insegurança e de medo ou mesmo de angústia (Parreira & Santos, 2007c).

Ambas as obras consultadas (Parreira & Santos, 2007c; WHO, 2009) referem que a incidência das perturbações de ansiedade é de 3% na população ocidental e que a incidência no sexo feminino é o dobro da incidência verificada no sexo masculino.

É de referir que mais de 20% da população adulta sofre destas perturbações em alguma fase da sua vida. De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos da América, *“os distúrbios da ansiedade podem estar relacionados com outros distúrbios mentais e emocionais, tal como a depressão e eventos traumáticos. Podem também estar relacionados com outras doenças físicas. Nestas doenças incluem-se os distúrbios endócrinos tal como as alterações na tiróide e os problemas com a regulação de glicose no organismo, incluindo diabetes e hipoglicémia ”* (Raihan et al., 2011).

O facto de a taxa de incidência de ansiedade se referir somente à população ocidental presume-se que não existam dados referentes à restante população do globo.

Importa ainda referir que na década de 90 Portugal foi o terceiro país europeu de maior consumo em benzodiazepinas, que a sua prevalência no ano de 2001 foi de 14,5% e que o sexo feminino consome duas vezes mais que o sexo masculino (Cadilhe, 2004).

Convém referir ainda que em 2010 o nosso país foi reconhecido como o segundo país do mundo que mais consumia benzodiazepinas ansiolíticas. Nos diferentes trabalhos realizados nesta última década é de referir também um aumento de ansiolíticos, antidepressivos e neurolépticos, ou seja, psicofármacos (Lopes, Yaphe, & Ribas, 2018). As benzodiazepinas de longa e intermédia duração foram as mais consumidas no nosso país, e o nosso país voltou a ser o segundo consumidor no ano de 2014 (Oliveira, R. M., 2018).

As manifestações clínicas predominantes da ansiedade podem apresentar algumas variações. Os vários autores consultados dão principal destaque aos seguintes sintomas: boca seca, taquicardia, tonturas, estado nervoso, palpitações e dores no peito (angústia e sensação de falta de ar), distúrbios gastrointestinais, tensão muscular. Podem ocorrer alterações de funções orgânicas, tal como o sono, a sexualidade e a capacidade de atenção e concentração, que levam a uma clara diminuição da atividade intelectual (Lullmanm, Mohr, Ziegler, & Biegger, 2000; Parreira & Santos, 2007c; WHO, 2009).



Na décima edição do livro “*Prescribing Guidelines*”, a ansiedade é definida como “*uma emoção normal que é experienciada por todas as pessoas em determinada altura da vida. Os sintomas podem ser psicológicos, físicos, ou uma mistura de ambos. (...) As perturbações de ansiedade podem ocorrer isoladamente, podem ser co-mórbidas com outras perturbações psiquiátricas (particularmente a depressão), podem ser uma consequência de doença física ou ser induzidos por fármacos. Co-morbilidade com outros distúrbios psiquiátricos é muito comum*” (Taylor et al., 2010, p. 234).

Já Cordioli, n.d. apresenta a ansiedade como um sintoma secundário presente na maioria das doenças psiquiátricas.

### **2.1.2 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA ANSIEDADE**

Apesar de não ser este o nosso objeto de estudo, para tratamento da ansiedade, tal como por nós referido anteriormente, defende-se que se deve, em primeiro lugar, abordar todas as estratégias para diminuir a ansiedade: as chamadas intervenções terapêuticas que incluem a terapia cognitivo-comportamental, técnicas de relaxamento e mesmo aconselhamento terapêutico. (Lullmanm et al., 2000; WHO, 2009).

Alguns autores defendem que para o tratamento de ansiedade se devem aplicar ambas as terapias: a terapia psicológica e a terapia farmacológica (Lullmanm et al., 2000; NICE, 2014).

Taylor et al., (2010a) comenta que “*Uma intervenção farmacológica inicial pode ser necessária para ajudar o doente a tornar-se mais recetivo às psicoterapias (...) o resultado ideal é alcançado ao combinar terapias farmacológicas e psicoterapêuticas, mas também existem estudos negativos*”.

“*Embora os medicamentos não possam curar completamente os transtornos de ansiedade, mas podem em grande medida aliviar os sintomas e reduzir as suas ocorrências*” (Raihan et al., 2011). Não curam, mas tratam.

## **Benzodiazepinas**

Os medicamentos mais usados na prescrição de ansiedade incluem as benzodiazepinas (mais conhecidos por anseolíticos) e alguns do tipo antidepressivo como os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) (Raihan et al., 2011; Taylor et al., 2010a). Outros autores sugerem ainda uma nova classe com propriedades sedativas, as *azopironas*, agonista dos recetores da serotonina, cuja única representante é a buspirona (Baldessarini, 1996b; Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; Réus, 2006; Silva, 2001; Taranto, 1997a).

O INFARMED – Autoridade Nacional da Farmácia e do Medicamento (Portugal, produtos farmacêuticos), através do seu Prontuário Terapêutico – 1 e do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, classifica as benzodiazepinas como pertencendo a um subgrupo de compostos do chamado grupo dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos que por sua vez pertencem ao grupo dos psicofármacos, que quando administrados em doses baixas, têm a função de reduzir a ansiedade (ansiolíticos) e em doses mais elevadas são administrados para induzir o sono (hipnóticos) (Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; Infarmed, 2009;Oliveira, R.M, 2018; WHO, 2009).

*“As benzodiazepinas são fármacos marcadamente lipossolúveis e, por isso, atravessam facilmente por difusão as barreiras biológicas”*(Silva, 2001, p. 99), e são rápida e completamente absorvidos após a administração oral, por um processo de biotransformação.

Apesar de não existirem estudos conclusivos sobre a ação das benzodiazepinas, todas as obras consultadas apresentam que o mecanismo de ação das benzodiazepinas intensifica a ação neurotransmissora do GABA (Acido Gama-Aminobutírico), e potencia o seu efeito inibitório, na fenda sináptica, em todas as regiões do SNC (Sistema Nervoso Central) (Baldessarini, 1996; Lullmanm et al., 2000; Oliveira, R. M.,2018).

Estes ansiolíticos (benzodiazepinas) produzem um alívio rápido dos sintomas da ansiedade aguda e são recomendados apenas no tratamento da “ansiedade grave, incapacitante ou que submeta o indivíduo a um desconforto externo.” (Taylor et al., 2010a, p. 234).

As benzodiazepinas podem provocar dependência física e sintomas de privação. Por este motivo devem ser usadas em dose mínima eficaz, num menor período de tempo possível

(máximo de 4 semanas) (Lullmanm et al., 2000; Taylor et al., 2010a; WHO, 2009). No entanto, algumas benzodiazepinas de curta duração poderão provocar agressividade e irritabilidade como sintomas de abstinência (Silva, 2001). São as que têm maior potencial de induzir dependência (Infarmed/Ministério da Saúde, 2013), motivo pelo qual a retirada destes fármacos pode ser difícil (Lullmanm et al., 2000).

No entanto, as guidelines da NICE (2014) aconselham a que não se utilizem estas mesmas benzodiazepinas, no tratamento das perturbações do pânico: só devem ser prescritas com alguma precaução na perturbação do stress pós-traumático. Já o Infarmed/Ministério da Saúde (2013) alerta para a necessidade de precaução no uso destes fármacos em idosos e em crianças, devendo a dose administrada ser menor do que a administrada em adultos.

Para minimizar os riscos e maximizar os benefícios das benzodiazepinas, na escolha destas devem seguir-se as boas práticas terapêuticas: ponderar sobre as indicações e contra-indicações; informar os doentes sobre as reações adversas; tomar dose mínima eficaz e reduzida no doente idoso; período limitado no tempo (na ansiedade 8 a 12 semanas e na insónia 4 semanas); fazer o desmame lento e progressivo; tratar a doença de base (DGS, 2015; Oliveira, R. M., 2018).



Figura 3: Efeito das benzodiazepinas

Fonte: (Mendes, 2011)

Oliveira, (2018, p. 46) refere que o perfil ansiolítico versus sedativo e hipnótico como demonstrado na figura 3 deve ser a escolha na seleção das benzodiazepinas para o tratamento da ansiedade, sedação e hipnose.

A DGS em 2011 fez sair uma norma, através de uma circular normativa sendo atualizada em 2015 (norma nº 055/2011) sobre o “tratamento sintomático de ansiedade e insónia com benzodiazepinas e fármacos análogos” em que faz cumprir a prescrição junto dos médicos do Sistema Nacional de Saúde no tratamento de ansiedade e hipnose na terapêutica das benzodiazepinas. Nas figuras seguintes (4,5) apresentam-se os “algoritmos clínicos” ou árvores de decisão da ansiedade patológica e insónia patológica.

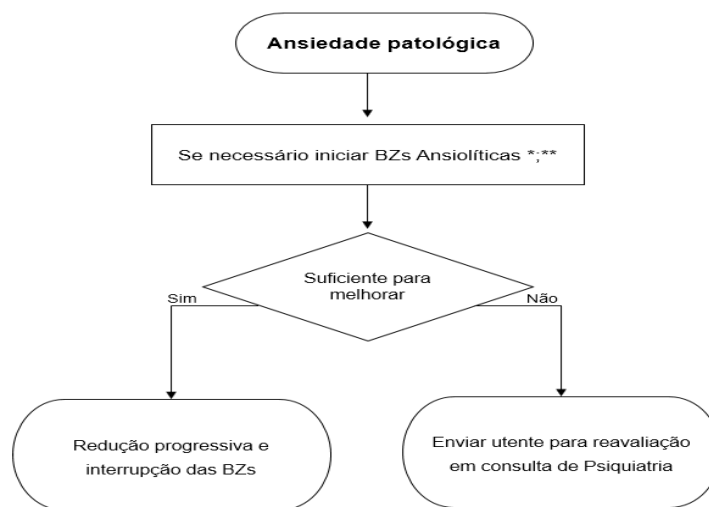


Figura 4: Norma nº 055/2011: Árvore de decisão -Ansiedade patológica

\*Durante um período até 12 semanas, incluindo a fase de descontinuação

\*\*Em combinação com a terapêutica para a patologia de base caso tenha sido feito um diagnóstico de perturbação psicótica, afetiva ou de ansiedade

Fonte: (DGS, 2015)

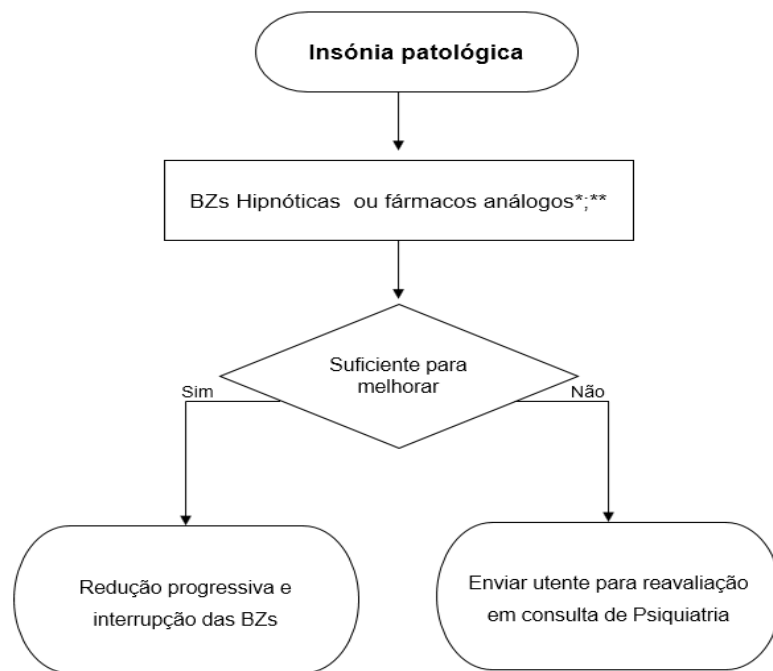


Figura 5 Norma nº 055/2011: Árvore de decisão -Insónia patológica

\*Durante um período até 12 semanas, incluindo a fase de descontinuação

\*\*Em combinação com a terapêutica para a patologia de base caso tenha sido feito um diagnóstico de perturbação psicótica, afetiva ou de ansiedade

Fonte: (DGS, 2015)

As benzodiazepinas podem-se agrupar consoante a duração de ação. Existem benzodiazepinas de curta duração (tempo de semi-vida de 6 a 12 horas), média duração (tempo de semi-vida de 12 a 24 horas) e de longa duração (tempo de semi-vida de 24 horas ou mais) (Oliveira, R.,2018; Ossvald, W. & Moura, 2001; WHO, 2009).

Conforme com o acima foi exposto, as principais benzodiazepinas podem ser agrupadas segundo a duração de ação e o seu uso terapêutico. Osswald & Moura (2001) refere que as benzodiazepinas podem ser usadas como tranquilizantes, hipnóticos e antiepiléticos.

Em Portugal, são comercializadas benzodiazepinas ansiolíticas ou sedativo-hipnóticas conforme a indicação terapêutica e a sua duração de ação (Quadro 1).

Quadro 1: Benzodiazepinas prescritas em Portugal e suas reações adversas

Benzodiazepinas e fármacos análogos comercializados em Portugal		
Fonte: (Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; Oliveira, R. M. (2018)		
Substância ativa	Duração de ação	Reações adversas
<b>Benzodiazepinas Ansiolíticas</b>		
Alprazolam	Intermédia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonolência</li> <li>• Tonturas</li> <li>• Tremores</li> <li>• Problemas de memória</li> <li>• Problemas de coordenação motora</li> <li>• Confusão</li> <li>• Vertigens</li> <li>• Mal-estar extremo</li> <li>• Alterações gastrointestinais (dores abdominais, diarreia ou obstipação, náuseas)</li> <li>• Alterações na visão</li> <li>• Alterações cardiovasculares</li> <li>• Depressão</li> <li>• Podem causar dependência química</li> </ul>
Bromazepam	Intermédia	
Cetazolam	Longa	
Clobazam	Longa	
Clorazepato dipotássico	Longa	
Clordiazepóxido	Longa	
Cloxazolam	Longa	
Diazepam	Longa	
Loflazepato de Etilo	Longa	
Lorazepam	Intermédia	
Mexazolam	Longa	
Oxazepam	Intermédia	
Prazepam	Longa	
<b>Benzodiazepinas Sedativo-hipnóticos</b>		
Brotizolam	Curta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As mesmas das benzodiazepinas ansiolíticas</li> </ul>
Estazolam	Intermédia	
Flurazepam	Longa	
Loprazolam	Intermédia	
Lorazepam	Intermédia	
Midazolam	Curta	
Temazam	Intermédia	
Triazolam	Curta	
<b>Fármacos análogos</b>		
Zolpidem	Curta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefaleias, tonturas, náuseas, excitação, nervosismo, pesadelos, etc.</li> </ul>
<b>Benzodiazepinas Antiepiléticas</b>		
Clonazepam	Longa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As mesmas das benzodiazepinas ansiolíticas</li> </ul>
Diazepam	Longa	

Fonte: (Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; Oliveira, R. M.,2018; Osswald & Moura, 2001)

De acordo com a para a prática profissional da autora deste trabalho e tendo por base a população-alvo de estudo e o presente quadro, podemos pressupor que as principais benzodiazepinas utilizadas em período de internamento e que possivelmente transitam

posteriormente para tratamento em domicílio são: alprazolam, bromazepam, diazepam, lorazepam, oxazepam e zolpidem.

### **2.1.3 REAÇÕES ADVERSAS DAS BENZODIAZEPINAS**

As reações adversas mais comuns das benzodiazepinas são: sonolência, incoordenação motora, alteração da memória, confusão, depressão, vertigens, alterações gastrointestinais, alterações visuais e cardiovasculares, sedação, fadiga, diminuição da concentração e dos reflexos, aumento de risco de acidentes, cefaleias, alterações na libido, retenção urinária ou incontinência, ataxia (Baldessarini, 1996b; Cordioli, n.d.; WHO, 2009). Cordioli, (n.d.) refere também que as benzodiazepinas de curta duração estão relacionadas com quedas e fraturas do colo do fêmur, em pessoas idosas. A World Health Organization (WHO) refere que os efeitos secundários ocorrem com maior frequência na utilização das benzodiazepinas de curta duração (WHO, 2009).

Tal como foi referido anteriormente, as benzodiazepinas devem ser utilizadas por um período de tempo o mais curto possível, muito devido à tendência que têm para provocar dependência física e psicológica, de tal modo, que um período de tratamento de algumas semanas pode fazer com que a suspensão destes fármacos se torne difícil. As benzodiazepinas de ação curta podem provocar sintomas de abstinência após algumas horas e os seus sintomas de abstinência são mais graves do que os ocorridos com as benzodiazepinas de ação longa e muito similares aos sintomas da dependência induzida. No caso das benzodiazepinas de ação longa, os sintomas de abstinência podem desenrolar-se algumas semanas depois do *terminus* da sua administração. Em ambos os casos, os sintomas de abstinência incluem a ansiedade, tremores, insónia, agitação, náusea, irritabilidade, confusão, etc. Por estes motivos deve proceder-se ao desmame de forma gradual, de modo a proporcionar um atenuar dos sintomas e evitar a necessidade de repetir o tratamento com estes fármacos (Lullmanm et al., 2000; WHO, 2009).

Em caso de sobredosagem, com estes fármacos (BZD), a evolução é favorável a menos que se tenha ingerido álcool e outros medicamentos ou outros depressores do SNC por potenciação dos efeitos. Como consequência dessa intoxicação é referida a rápida alteração de consciência, ou seja, a entrada em letargia (WHO, 2009). Em caso de intoxicação, é

aconselhável a administração do **flumazenilo** ou compostos da carbolina, que possuem propriedades antagonistas às ações das benzodiazepinas (Baldessarini, 1996b; Infarmed/Ministério da Saúde, 2013).

### **Buspirona**

A buspirona é uma substância com efeitos redutores nos distúrbios de ansiedade, pertencente à família das azopironas, e por isso não têm quaisquer afinidades químicas e farmacológicas com as benzodiazepinas. É uma substância tranquilizante sobre manifestações de ansiedade, mas não detém propriedades antipsicóticas relevantes. É utilizada quando existem contra-indicações para o uso de benzodiazepinas e antidepressivos.

É referido que a buspirona, através do seu mecanismo de ação, envolve mecanismos dopaminérgicos (dopamina) e serotoninérgicos (serotonina), o que explica o facto de a buspirona ser um agonista parcial do recetor serotoninérgico ( $5HT_{1A}$ ) e tem efeito inibitório na recaptção da dopamina.

A administração desta substância deve-se às suas propriedades ansiolíticas. Contudo, as suas reações adversas são menos intensas. Daí advém a sua preferência sobre as substâncias benzodiazepínicas. Ainda assim, é frequente ocorrerem os seguintes sintomas: parestesias, tonturas, diminuição da concentração, excitação, alterações de humor, prurido, rash. Porém, não provoca sedação, nem perda de coordenação motora, nem possui efeitos relacionados à abstinência. Está contraindicada a sua prescrição durante a gestação, aleitamento e em crianças (Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; Taranto, 1997a).

Das leituras efetuadas, a investigadora constatou que a buspirona não é referenciada pela WHO, (2009) como fármaco ansiolítico. Foram consultados autores como Baldessarini, (1996b); Cordioli, (n.d.); Infarmed/Ministério da Saúde, (2013); Ossvald, W. & Moura, (2001); Pascuzzo-Lima, (2008c); Réus, (2006).



### 3 ESQUIZOFRENIA E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

No desenvolvimento deste tema, pretende-se abordar algumas das manifestações clínicas que ocorrem quando estamos em presença de um grave problema de personalidade, vulgarmente conhecido por esquizofrenia. De realçar que a heterogeneidade das manifestações deste distúrbio e a sua intensidade, que varia de indivíduo para indivíduo, não nos permitem mostrar uma teoria linear para as suas causas. O mesmo ocorre com os fármacos utilizados no seu tratamento, por isso faremos somente uma descrição sumária das principais substâncias usadas.

#### 3.1 DEFINIÇÃO DE ESQUIZOFRENIA

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009) refere que a esquizofrenia é a psicose primária mais comum e a APA (2014, p. 87), no seu Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) sob o tema “Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”, classifica a esquizofrenia e outras perturbações psicóticas em:

- Esquizofrenia,
- Perturbação Esquizofreniforme,
- Perturbação Esquizoafetiva,
- Perturbação Delirante,
- Perturbação Psicótica Breve,
- Perturbação Psicótica Induzida,
- Perturbação Psicótica devido a um estado físico geral,
- Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias,
- Perturbação Psicótica sem outra Especificação.

Assim, considera-se que esta psicose, a esquizofrenia, é uma síndrome que provoca graves variações na personalidade que essencialmente se resumem a alterações sensoriais (sensações tácteis, visuais e auditivas), do pensamento, delírio, perda de contacto com a realidade, conduta estranha e alterações graves do humor. Desta forma, este transtorno mental manifesta-se por distorções do pensamento e da percepção, nomeadamente alterações de linguagem e do raciocínio, do qual se destaca o discurso incoerente, bem

como alterações no comportamento (sintomas positivos), tais como, falta de higiene pessoal, adoção de gestos e posições corporais incoerentes. Verifica-se, em resumo, uma clara alteração do aspeto físico e da sua expressividade. De destacar que estas alterações se fazem acompanhar de uma afetividade inadequada, onde o desinteresse pelo relacionamento afetivo e social provoca uma indiferença muito peculiar, variando de indivíduo para indivíduo, que se traduz no isolamento do paciente, com oportunidades reduzidas de retomar o trabalho ou os estudos, problemas no desenvolvimento de novas relações e da manutenção das já existentes, o que pode representar-se em consequências sociais bastante adversas que podem conduzir à exclusão social (NICE, 2013; Parreira & Santos, 2007b; Pascuzzo-Lima, 2008b; Taranto, 1997b; WHO, 2009).

Dentro do quadro psicótico, especificamente em episódios de delírio e alucinações, é comum a manifestação de comportamentos autoagressivos e o suicídio. Também é frequente a agressividade física e verbal para com terceiros, sendo que estes casos tendem a ocorrer na sua generalidade em ambiente familiar ou com indivíduos próximos do paciente, o que torna impreterível uma vigilância constante que pode incluir o internamento hospitalar. Neste aspeto, torna-se fundamental a envolvência dos familiares ou de outros elementos próximos e/ou significativos do paciente (cuidadores informais), de forma a facilitar, se possível, a inclusão do paciente em ambiente familiar e social (embora com algumas condicionantes) (Parreira & Santos, 2007b; Pascuzzo-Lima, 2008b; WHO, 2009).

A esquizofrenia é um transtorno psíquico severo que tende a manifestar-se entre os 15 e os 30 anos de idade, mas que pode ocorrer em qualquer idade, em especial quando o indivíduo se encontra numa fase de transição para a sua antecipação social e pessoal (iniciação da atividade laboral, abandono do domicílio dos progenitores, alterações de laços afetivos, etc.). Abrange de igual forma ambos os sexos, apesar dos seus sintomas surgirem mais tardiamente nas mulheres. Curiosamente os pacientes do sexo feminino apresentam uma melhor evolução no tratamento deste transtorno. As obras consultadas sugerem que cerca de 1% da população mundial é afetada por esta perturbação, independentemente do extrato socioeconómico e intelectual em que o paciente se insira (NICE, 2013; Parreira & Santos, 2007b; Pascuzzo-Lima, 2008b; Silva, 2001; Taranto, 1997b; WHO, 2009).

A esquizofrenia, devido aos inúmeros problemas a ela associados e de acordo com as características dos sintomas e sua evolução, permite uma ordenação tipológica. (Schneider 1962, apud Almeida, 2009; Parreira & Santos, 2007b; Pascuzzo-Lima, 2008b).

- Esquizofrenia simples: que se manifesta de forma gradual, na juventude, cujo principal sintoma é a indiferença afetiva, em indivíduos com personalidade reservada;

- Esquizofrenia catatónica: Os seus sintomas tendem a surgir em indivíduos afetados por outro tipo de esquizofrenia, no qual ocorrem sintomas positivos dando especial ênfase à oscilação a nível motor (inibição motora *versus* agitação excessiva). Pode evoluir até uma compressão afetiva e intelectual;

- Esquizofrenia paranoide: é um tipo de esquizofrenia, cujos sintomas ocorrem de uma forma mais rápida e numa fase mais tardia da idade do indivíduo. Os sintomas associados a este tipo de esquizofrenia são os que mais facilmente se identificam com a doença. O delírio e a perda da noção de realidade atribuem aos doentes com esquizofrenia paranoide um comportamento de reserva e desconfiança em relação ao meio social envolvente, o que permite a ocorrência de acontecimentos de agressividade;

- Esquizofrenia hebefrénica: começa na adolescência. Provoca alterações cognitivas e sócio-comportamentais que podem levar à apatia afetiva, isolamento, comportamento infantil, extravagância na aparência física e alteração das capacidades intelectuais.

Segundo Almeida, (2009), pode agregar-se um novo tipo de esquizofrenia a “*alucinosis-esquizofrénica*” que inclui as alterações sensoriais. Em continuação, é de realçar que, mediante a evolução do quadro clínico de cada indivíduo, podem surgir características clínicas que se identificam com um tipo de esquizofrenia e posteriormente transitar ou apresentar sintomas característicos de outro tipo de esquizofrenia, o que demonstra que não se verifica um isolamento entre os vários tipos de esquizofrenia e respetivos sintomas. Pelas leituras efetuadas, subentende-se que as manifestações clínicas desta doença são heterógenas e que pode ocorrer co-morbilidade entre os sintomas ocorridos nos diversos tipos de esquizofrenia.

Na atualidade, a esquizofrenia não é considerada uma doença com uma causa específica, ou seja, não existe uma causa única para o aparecimento deste distúrbio. O facto de

existirem causas multifatoriais torna a etiologia desta psicose algo abstrata/incerta. Alguns autores apresentam como causas prováveis os fatores genéticos (histórico-familiar da doença ou de outras perturbações), os fatores ambientais, os fatores psicológicos e neurofisiológicos. É referida a presença de anormalidades estruturais e funcionais, nomeadamente perda de volume da amígdala, hipocampo, redução progressiva de volume cortical, alterações no tamanho, orientação e densidade da células do hipocampo e córtex pré-frontal, entre outras alterações neurofisiológicas que destabilizam a filtração sensorial e a atenção (Parreira & Santos, 2007b; Réus, 2006).

### ***3.1.1 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA ESQUIZOFRENIA***

De acordo com a WHO (2009), os antipsicóticos constituem a medicação básica para o tratamento da esquizofrenia e de outros distúrbios relacionados, tanto em fase aguda como na fase de manutenção, com esta patologia psíquica. Em 70% dos casos, estes fármacos apresentam eficácia no alívio dos sintomas. Estes medicamentos são inibidores das funções psicomotoras que apresentam efeitos benéficos sobre o humor, o pensamento e outros sintomas neuro psíquicos, tais como, delírios e alucinações. A utilização destas substâncias visa regular os processos psíquicos no ser humano e reduz significativamente o risco de futuros surtos psicóticos em doentes que recuperaram dum surto agudo. Contudo, isso não significa que muitos indivíduos já recuperados não venham a sofrer recaídas, mas a sua ocorrência surge com uma menor intensidade e frequência (Baldessarini, 1996b; Ballone & Ortolani, 2008; Cordioli, n.d.; Pascuzzo-Lima, 2008b; Taranto, 1997b; Vaz-Serra et al., 2010).

Uma das causas apresentadas, anteriormente, para a esquizofrenia são os fatores neurofisiológicos onde se verificam alterações no registo da atividade cerebral. Ou seja, existe um desequilíbrio dos recetores da dopamina ou aumento da libertação de dopamina na via mesolímbica e mesocortical do paciente esquizofrénico. Contudo, não foram encontradas alterações no sistema dopaminérgico na esquizofrenia e a anomalia poderá situar-se noutra sistema que de alguma forma esteja ligado aos neurónios dopaminérgicos. Também é referido que a esquizofrenia pode ser consequência de um distúrbio no desenvolvimento do córtex pré-frontal, no qual existe uma deficiência na atividade da dopamina, o que leva a um desequilíbrio da atividade da dopamina na via mesolímbica.

Poderá existir algum envolvimento da serotonina (5HT) ou outros neurotransmissores que interajam com as vias dopaminérgicas. Em suma, os antipsicóticos bloqueiam os recetores pós-sinápticos da dopamina (D<sub>2</sub>) no cérebro, os chamados antipsicóticos típicos e numa fase mais recente da farmacologia surgiram os antipsicóticos atípicos que também bloqueiam os recetores da serotonina [Adaptado de Thorp, (2008)]. Segundo Cordioli, (n.d.) os antipsicóticos atípicos criam um bloqueio dos recetores dopaminérgicos e serotoninérgicos provocando efeitos extrapiramidais de perfil diferente, que se traduz numa melhor tolerância pelos pacientes.

A WHO (2009) defende que o tratamento antipsicótico deve ser acompanhado de exames laboratoriais tais como análises bioquímicas, hemogramas, análises à urina, entre outras, de forma a descartar distúrbios de função hepática, renal e doenças cardiovasculares. Os clínicos devem inquirir o doente (ou familiares) sobre a presença de possíveis antecedentes clínicos relacionados com as áreas acima mencionadas, assim como, sobre a possível administração de medicamentos a elas associados. Por este motivo, a escolha do psicofármaco deve ter em conta a severidade da condição clínica do utente e a identificação dos sintomas positivos ou negativos da esquizofrenia. A mesma instituição defende uma proximidade entre o tratamento farmacológico e as intervenções psicossociais de forma a proporcionar a aquisição de competências sociais que facultem a inclusão social e laboral do indivíduo, não esquecendo a psico-educação familiar, o ensino sobre a situação clínica do doente (quer ao próprio doente, quer ao seu cuidador informal) e a informação e gestão da respetiva terapêutica prescrita, concomitantemente com terapias cognitivas e comportamentais. Ou seja, o utente é o centro do próprio tratamento farmacológico e psicossocial, já que dele depende a aceitação ou recusa do tratamento e a interação com a medicação prescrita (efeitos extrapiramidais) (Parreira & Santos, 2007b; Silva, 2001; WHO, 2009).

Tornou-se relevante abordar os fatos anteriores para que se possa compreender a razão de serem prescritos, a determinado utente, antipsicóticos típicos ou antipsicóticos atípicos.

No seu quotidiano laboral em contexto hospitalar, a investigadora destaca de entre os antipsicóticos típicos ou de primeira geração os utilizados com maior frequência e que se classificam em fenotiazidas (clorpromazina, levomepromazina, prometazina, flufenazina, perfenazina), butiferas (haloperidol), difenilbutilpiperidinas (pimozida), tioxantenos

(flupentixol, zuclopentixol) e as benzidamidas (sulprida). Embora a clorpromazina e o haloperidol apresentem uma elevada taxa de eficácia (80%) na redução das alucinações e delírios nos doentes esquizofrénicos, contudo no caso de sintomas negativos (apatia, desinteresse, ...) a sua eficácia é muito reduzida. No caso dos antipsicóticos atípicos ou de segunda geração destacam-se: amisulprida, aripiprazol, clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprazidona, zotiepina (Baldessarini, 1996b; Ballone, 2005; Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; Infarmed, 2009; Schulz, 2016; Thorp, 2008; WHO, 2009).

### **3.1.2 REAÇÕES ADVERSAS DOS ANTIPSICÓTICOS**

Grande parte das reações adversas e efeitos secundários extrapiramidais ocorrem com maior frequência em doentes que iniciam o tratamento farmacológico com antipsicóticos típicos, também designados por psicofármacos de primeira geração. Os efeitos secundários extrapiramidais estão relacionados com o fármaco, a dose e o tipo de antipsicótico. Deve realçar-se, tal como referido anteriormente, a reação manifestada pelo doente aquando da toma do psicofármaco (manifestação de efeitos extrapiramidais). Os efeitos motores extrapiramidais dos antipsicóticos de segunda geração são menos frequentes (Taylor, Paton, & Kapur, 2010b; WHO, 2009).

Os efeitos secundários dos antipsicóticos agrupam-se em reações neurológicas e anticolinérgicas. A descrição das principais reações adversas foi efetuada com base na leitura das seguintes obras: Baldessarini, (1996b); Ballone & Ortolani, (2008); Cordioli, (n.d.); Infarmed/Ministério da Saúde, (2013); Pascuzzo-Lima, (2008b); Réus, (2006); Taylor et al., (2010b); WHO, (2009). As reações neurológicas mais frequentes são as seguintes:

- **Parkinsonismo:** desenvolve-se após a primeira semana do tratamento com psicofármacos. As suas manifestações são: tremor em repouso, rigidez muscular, expressão facial inexistente e movimentos retardados. Como forma de atenuar estes efeitos colaterais podem ser administrados agentes antiparkinsónicos (ex: Biperideno).

- Distonia: esta reação é frequente no início da terapia com antipsicóticos, surge sob a forma de espasmos musculares na região do pescoço ou crise oculogírica. Tal como no sintoma referido no ponto anterior, o tratamento destes sintomas é efetuado com medicamentos antiparkinsonianos (ex: Biperideno). Embora o tratamento destas reações tenha um efeito imediato, o doente tende a possuir um enorme receio aquando das suas manifestações; é referida a existência de morte súbita, em casos muito pontuais, devido ao “*comprometimento da respiração provocado por distonia da musculatura faríngea, laríngea ou de outros músculos*” (Baldessarini, 1996b).
- Acatisia: ocorre, maioritariamente, após o terceiro dia de medicação e caracteriza-se por fortes sensações subjetivas de desconforto ou tensão situadas nos membros inferiores, necessidade compulsiva de estar em constante movimento e inquietação psicomotora. Para minimizar estes efeitos é aconselhável a redução da dose do antipsicótico. Os agentes ansiolíticos ou o propranolol em doses moderadas podem ser benéficos (Lipinski *et al*, 1984 *apud* Baldessarini, 1996b, p. 301). Este sintoma interfere com a adesão terapêutica de fármacos antipsicóticos. Nos casos em que ocorra acatisia grave estão associados violência e comportamentos suicidas.
- Discinésia tardia: é uma síndrome neurológica de aparecimento tardio, que é mais frequente em pacientes idosos. Caracteriza-se por movimentos anormais e involuntários do rosto, boca e língua. O tronco, os ombros e os membros também podem apresentar movimentos discinéticos. Estes sintomas podem ser incapacitantes e irreversíveis. Mais de um quarto dos pacientes que consomem estes fármacos podem desenvolver estes sinais. A discinésia tardia não responde a antagonistas. Em alguns casos é efetuada a redução da dose utilizada do antipsicótico ou mesmo a sua supressão. Pode também ocorrer mudança para um antipsicótico atípico, sendo a clozapina a mais aconselhável.
- Síndrome Neuroléptica Maligna: é um distúrbio raro, que se traduz pela toxicidade provocada pelos antipsicóticos. As suas manifestações são muito semelhantes a uma forma muito grave de parkinsonismo, com catatonias, flutuações na intensidade do tremor, febre, sudorese, hipertermia, aumento da pressão arterial, rigidez muscular, aumento da creatinocinase e insuficiência renal. Esta síndrome apresenta uma mortalidade elevada, cuja taxa é de 30%. “*Esta reação foi associada a vários tipos de neurolépticos, mas a sua prevalência pode ser maior quando são*

*empregadas doses relativamente altas dos agentes mais potentes, em especial por via parenteral. Além da suspensão imediata do tratamento neuroléptico e do fornecimento de cuidados de suporte, o tratamento específico é insatisfatório; a administração de dantroleno ou do agonista dopaminérgico bromocriptina pode ser valiosa”* (Adonizio *et al*, 1987; Pearlman, 1986 *apud* Baldessarini, 1996b, p. 302).

- Hiperprolactinémia: traduz-se num aumento dos níveis séricos da prolactina, e o grau de elevação da prolactina poderá estar relacionado com a dose do fármaco. É uma reação assintomática que não afeta subjetivamente a qualidade de vida. Contudo, a elevação contínua da prolactina no plasma está associada a vários efeitos adversos, tais como disfunção sexual, reduções na densidade mineral óssea, perturbações menstruais, aumento dos seios, galactorreia e possível aumento do risco do cancro da mama. Para minimizar estes sintomas a primeira escolha consiste na alteração do antipsicótico para um fármaco que não aumente os níveis de prolactina. Em alternativa pode ser adicionado ao tratamento inicial o aripiprazol. Após a adição deste medicamento ocorrem melhorias graduais. Em casos muitos específicos também poderão ser muito eficazes os agonistas da dopamina (Taylor *et al.*, 2010b).
- Outras reações: graus variáveis de sedação, hipotensão e arritmias, ganho de peso, problemas dermatológicos, náuseas, dores abdominais, diabetes, alterações endócrinas, desequilíbrio lipídico, alterações hematológicas (agranulocitose, problema associado à toma de clozapina, que obriga ao recurso frequente de análise ao sangue, em especial o hemograma), erupções cutâneas, fotossensibilidade e alterações idiossincráticas das transaminases e, por vezes, icterícia colestática.

A WHO (2009) menciona que as alterações metabólicas desenvolvidas com a presença de antipsicóticos são preocupantes, constituindo fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular.

As reações anticolinérgicas incluem os efeitos periféricos como secura da boca, turvação visual, obstrução nasal, retenção urinária e efeitos centrais - agitação grave e confusão (Baldessarini, 1996a; WHO, 2009).



### **3.1.3 SOBREDOSAGEM E INTERAÇÃO DE ANTIPSICÓTICOS**

Em caso de sobredosagem é frequente ocorrerem os seguintes sintomas: hipotensão, taquicardia, hipotermia, arritmia, sonolência, distonias e crises compulsivas. Apesar das consequências da sobredosagem dos antipsicóticos não serem consideradas graves, é aconselhável o recurso a cuidados médicos. Contudo, em caso de administração de outros depressores do SNC, com especial ênfase dada às benzodiazepinas, a sobredosagem pode manifestar sintomas mais graves. O mesmo ocorre com a sobredosagem de fenotiazidas (haloperidol), cuja sintomatologia é mais grave do que a que acontece com outros subgrupos de antipsicóticos (WHO, 2009).

Tal como em qualquer fármaco, existem interações potenciais que podem alterar os efeitos dos antipsicóticos, dos quais se destacam:

- Álcool: a ingestão de álcool durante o tratamento com antipsicóticos pode proporcionar o aumento de depressão do SNC, défice de concentração, sonolência e letargia.
- Anticonvulsivante: os antipsicóticos podem antagonizar a ação dos anticonvulsivantes.
- Barbitúricos: a toma concomitante com antipsicóticos resulta num aumento do efeito sedativo.
- Carbamazepina: esta substância antiepilética reduz as concentrações do haloperidol.
- Levodopa: ocorre um antagonismo desta substância para com a ação terapêutica dos antipsicóticos, e vice-versa.

O INFARMED (2013), através do Prontuário Terapêutico – 11, disponibiliza a informação dos medicamentos existentes no mercado português, sendo este um ótimo guia para os profissionais de saúde no ato da prescrição e da dispensa. No quadro 2, estão presentes os antipsicóticos prescritos em Portugal.

Quadro 2: Antipsicóticos prescritos em Portugal e suas reações adversas

Antipsicóticos comercializados em Portugal		
Fonte: (Coryell & Winokur, 2016e, 2016d; Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; Schulz, 2016)		
Substância ativa	Reações Adversa	
<b>Antipsicóticos Típicos ou de 1ª geração</b>		
<b>Fenotiazidas</b>		
Cloropromazina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parkinsonismo (Tremores, rigidez muscular, lentificação de movimentos)</li> <li>• Distonia (espasmos e contrações involuntárias)</li> <li>• Acatisia (inquietação psicomotora)</li> <li>• Discinesia tardia (movimentos anormais e involuntários do rosto, boca e língua)</li> <li>• Síndrome neuroléptica maligna (caibras musculares, febre, sudorese, aumento da pressão arterial e da creatinocinase e insuficiência renal)</li> <li>• Hiperprolactinémia (aumento dos níveis séricos da prolactina)</li> <li>• Outras reações: sedação, hipotensão e arritmias, ganho de peso, náuseas, dores abdominais, diabetes, alterações endócrinas e hematológicas (agranulocitose), erupções cutâneas.</li> <li>• Reações anticolinérgicas (boca seca, visão turva, obstipação, retenção urinária, medríase)</li> </ul>	
Flufenazina		
Levomepromazina		
Perfenazina		
Prometazina		
<b>Butiferas</b>		
Haloperidol		
<b>Difenilbutilpiperidinas</b>		
Pimozida		
<b>Tioxantenos</b>		
Flupentixol		
Zuclopentixol		
<b>Benzidamida</b>		
Sulpride		
<b>Antipsicóticos Atípicos ou de 2ª geração</b>		
Amissulprida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações hematológicas (agranulocitose)</li> </ul>	
Aripiprazol		
Clozapina		
Olanzapina		
Paliperidona		
Risperidona		
Quetiapina		
Ziprazidona		
Zotiepina		

## 4 PERTURBAÇÃO BIPOLAR E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Neste subcapítulo abordaremos algumas das principais características das perturbações bipolares e outras doenças mentais relacionadas (alguns dos seus subtipos) dos quais damos principal ênfase à depressão e mania. Descreveremos os seus sintomas somáticos seguidos pela enumeração sumária dos fármacos e as reações adversas dos antidepressivos utilizados no respetivo tratamento das doenças.

### 4.1 DEFINIÇÃO DE PERTURBAÇÃO BIPOLAR: DEPRESSÃO VS MANIA

As perturbações bipolares são distúrbios psiquiátricos cujas alterações emocionais, variações de humor ou afeto, se manifestam pela presença de períodos prolongados de depressão ou de euforia excessiva (mania), que afeta a vida normal do paciente. Caracteriza-se por episódios de depressão e mania. (Ballone, 2005).

#### **Depressão**

Iniciaremos o desenvolvimento desta temática através de uma breve descrição da depressão. A American Psychiatric Association (APA) publica, no seu “*Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*” (DSM-V), a listagem das perturbações bipolares e doenças relacionadas. Recordamos que o âmbito desta dissertação não é efetuar uma descrição aprofundada de cada diagnóstico, mas apenas mencionar os itens de referida listagem de forma sucinta:

- Perturbação Depressiva Major,
- Perturbação Distímica,
- Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação,
- Perturbação Bipolar I,
- Perturbação Bipolar II,
- Perturbação Ciclotímica,
- Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação,
- Perturbação do Humor Devido a um Estado Físico Geral,

- Perturbação do Humor Induzida por Substância,
- Perturbação do Humor Sem Outra Especificação.

O termo “depressão” visa descrever uma doença do foro psiquiátrico muito frequente na atualidade. Contudo, a denominação mais correta seria “doença depressiva”, pois depressão é um sintoma comum a várias alterações psíquicas (Parreira & Santos, 2007a). Ainda assim, a depressão é uma alteração do estado emocional normal ou um grupo de manifestações específicas. As mais comuns são: sentimentos de tristeza ou infelicidade profunda e persistente, que ocorrem sem razão aparente, humor deprimido, perda de interesse e prazer na realização de atividades outrora prazenteiras, sentimentos de culpa, baixa auto-estima, diminuição de vitalidade, que se poderá refletir na diminuição da atividade, redução da concentração, perturbações do sono e do apetite, cansaço excessivo, perda de confiança em si mesmo (o que provoca um claro sentimento de inferioridade e sentimento de inutilidade). A prática clínica atual, mais sensibilizada para com esta patologia, e a administração das drogas antidepressivas transformaram a depressão num problema clínico passível de tratamento semelhante a outras doenças e colocaram de lado alguns preconceitos existentes para com os seus sintomas que por vezes eram considerados caprichos do doente e inadequados a uma vida em sociedade.

Embora a depressão não tenha uma única causa, contudo existem fatores que de alguma forma desencadeiam a manifestação dos sintomas a ela associados. Desta forma, a WHO (2009) sugere que os prestadores de serviços de saúde tenham em conta alguns fatores de risco para procederem a um diagnóstico correto, nomeadamente antecedentes pessoais e/ou familiares, pois Parreira & Santos (2007a) e também Réus (2006) referem a existência de dados que levam a supor a presença de predisposição genética e hereditária, sintomas físicos sem explicação, recurso aos serviços médicos com maior frequência do que o normal, entre outros. A identificação dos vários sintomas, que podem clarificar o diagnóstico, pode ser reforçada através do recurso a questões específicas e sucintas, que tem apresentado resultados fiáveis para o reconhecimento primário desta patologia. Desse grupo de questões destacamos as seguintes: “Durante as últimas semanas tem estado preocupado por se sentir com baixo ânimo, deprimido ou sem esperança?” e “Durante as últimas quatro semanas tem demonstrado falta de interesse ou prazer em fazer as coisas?”. Em caso de resposta afirmativa a ambas as questões devem fazer-se estudos mais aprofundados que visem identificar os sintomas depressivos (WHO, 2009) para iniciar o

tratamento o mais rápido possível. De realçar que 30 a 50% dos casos de depressão passam despercebidos, visto que o paciente descreve a manifestação apenas de queixas somáticas ou sintomas depressivos ligeiros, remetendo esses sintomas para problemas físicos associados a qualquer outra patologia exceto à depressão. Só cerca de 10% das pessoas deprimidas é que apresentam depressão grave (Ballone, 2005; Coryell & Winokur, 2016a; Costa, 2010; Matos, 2001).

Em adultos com mais de sessenta e cinco anos, o desânimo e a ansiedade podem estar disfarçados. O défice de memória, concentração e retardamento da função psicomotora são sintomas geralmente associados a uma deficiência cognitiva que podem resultar tanto da presença de depressão como de demência. Daqui resulta a necessidade de ser efetuado um diagnóstico diferenciado da depressão em pessoas em idade avançada onde se deve ter em conta a possível presença de demência. De realçar que é frequente a prescrição de antidepressivos a pacientes com demência, pois aparentemente apresentam sintomas de depressão (WHO, 2009).

São vários os antecedentes comuns que levam à depressão, nomeadamente, a influência do ambiente familiar e social, assim como, o ambiente sócio-cultural, que na atualidade se traduz numa maior exigência a nível económico, afetivo e social que podem conduzir a situações de enorme *stress*. Outro fator prende-se com os contratempos ocorridos no quotidiano, nomeadamente em situações de perda (luto), alteração e conflitos nas relações interpessoais, que integram um estado emocional normal não patológico, mas que podem trazer consigo disfunções cognitivas passageiras. Quando essas disfunções não desaparecem espontaneamente e a curto prazo, ou atingem dimensões desproporcionais, estamos perante um comprometimento de equilíbrio emocional, intelectual e social do indivíduo, que interfere com o seu desempenho quotidiano e pode conduzir a um comportamento autoagressivo e, por vezes, ao suicídio (Ballone, 2005; Cordioli, n.d.; Coryell & Winokur, 2016b; Costa, 2010; WHO, 2009).

Quando a principal causa para os sintomas da depressão é a existência dos fatores traumáticos acima referidos e quando acompanhados por reações depressivas inadequadas ou excessivas, estamos perante a chamada depressão reativa (Ballone, 2005; Coryell & Winokur, 2016b; Parreira & Santos, 2007a).

De realçar que a presença de perturbações físicas ou outras patologias clínicas, nomeadamente a doença de Parkinson (depressão orgânica), neoplasias, outros distúrbios mentais, doenças hormonais e a dependência de substâncias suscetíveis de adição, assim como a administração de alguns medicamentos (neoplásicos, terapêutica hormonal de substituição, anti-hipertensivos entre outros) podem facilitar a ocorrência de episódios depressivos ou a evolução para depressão crónica (Ballone, 2005; Costa, 2010; Réus, 2006).

Alguns dos autores consultados referem que a depressão resulta da presença de alterações ao nível cerebral, nomeadamente, a desregulação de neurotransmissores (dopamina, serotonina, noradrenalina) em determinados setores do SNC (fendas sinápticas) e que tem um efeito depressivo no estado anímico, devido à existência de fatores genéticos em conjunto com diversos fatores ambientais. Em termos clínicos, a chamada depressão endógena ocorre quando estão reunidos os elementos atrás descritos (Costa, 2010; Parreira & Santos, 2007a; Thorp, 2008). Contudo, existem autores que referem este tipo de depressão como uma alteração persistente para a qual, aparentemente, não existem fatores precipitantes (Ballone, 2005; Cordioli, n.d.; Coryell & Winokur, 2016b; Thorp, 2008).

A WHO (2009) alerta que os sintomas depressivos podem confundir-se com a angústia normal e subjetiva, que surge após exposição de circunstâncias extremas. A depressão não deve ser confundida com períodos de tristeza, uma vez que faz parte da experiência normal do ser humano sentir-se infeliz em momentos de adversidade (Gelder *et al*, 2006, *apud* Costa, 2010), pois “*Os desgostos e a dor fazem parte da dieta normal do Homem*” (Shakespeare *apud* Matos, 2001). Uma vez que os sintomas ocorrem de forma cíclica, é frequente verificar-se um aumento dos sinais de depressão e sua intensidade aquando da ocorrência de alterações climatéricas, nomeadamente na Primavera e no Outono (Parreira & Santos, 2007c). Um episódio de depressão tem um período médio de vida de seis a doze meses, mas pode prolongar-se por vários anos e em 20% dos casos a depressão pode tornar-se crónica com probabilidade reduzida de cura. Os episódios depressivos (tidos como normais) tendem a repetir-se várias vezes ao longo da vida do indivíduo, e a taxa de recidiva para os que recuperam do primeiro episódio depressivo é de 35% (Thorp, 2008; WHO, 2009).

No que diz respeito à sua prevalência, a depressão afeta cerca de 17% da população adulta, com uma maior incidência de episódios depressivos no sexo feminino, comparativamente ao género masculino. Tal prende-se com as diferenças hormonais ocorridas durante a adolescência ou no primeiro ano pós-parto, menopausa e pós-menopausa (Ballone, 2005; Coryell & Winokur, 2016b). A depressão pode afetar os indivíduos em qualquer fase etária. Contudo, a sua incidência é mais frequente na idade adulta, mas as crianças também podem ser afetadas por esta patologia, ainda que a sua presença passe despercebida aos familiares na maior parte dos casos. A WHO (2009) refere que os distúrbios depressivos se podem traduzir numa enorme carga económico-social para a sociedade, uma vez que é uma das principais causas de morbilidade e perda de qualidade de vida, assim como a principal causa de incapacidade medida pelos anos de vida perdida por morte prematura (YLL). A manterem-se as tendências atuais, de controlo de transmissão de doenças, transição demográfica e epidemiológicas, a depressão atingirá níveis bastante elevados, convertendo-se na principal causa de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI) (Costa, 2010; WHO, 2009).

Pela prática laboral e pela constatação pessoal verificada no seu quotidiano social, a investigadora pressupõe que a depressão, quando ocorre de forma intensa e a longo prazo, pode levar à dependência do doente por parte de terceiros, na execução das suas atividades diárias, e traduzir-se numa enorme carga pessoal, social e por vezes económica da família ou outros cuidadores informais. E em casos extremos (abandono ou inexistência de suporte familiar, dificuldades económicas), poderá levar à sobrecarga de instituições de carácter social que não possuem ao seu dispor cuidados e conhecimentos adequados a esta patologia.

## **Mania**

No seguimento do referido subcapítulo, a euforia excessiva (mania) inclui-se nas perturbações bipolares. Contudo, as suas principais características são totalmente opostas às verificadas na depressão. A mania é um distúrbio psíquico onde está presente uma exaltação persistente do humor (humor expansivo quase irritável e desinibido), aumento da vitalidade e da atividade, incluindo um entusiasmo excessivo pela atividade sexual, profissional e social, sentimentos exacerbados de bem-estar e elevado rendimento físico e

intelectual, que podem oscilar entre um estado de jovialidade despreocupada e a excitação quase descontrolada. O vigor excessivo leva a uma diminuição da necessidade de dormir e à dificuldade de atenção (incompreensão do discurso). O pensamento do paciente com euforia tende a ser constituído por pensamentos de grandeza, o que leva a uma autoestima desmesurada e a um aumento da sua autoconfiança, à falta de juízo crítico e perda das inibições sociais normais que levam a um comportamento imprudente e inapropriado às circunstâncias. É frequente na pessoa maníaca ocorrer alguma irritabilidade, alguma reserva social e por vezes hostil (verbal ou física) que pode conduzir a uma conduta violenta/agressiva quando alguém se aproxima. Devido à sua impulsividade, desinibição, aumento de energia e ausência de autocritica, o doente maníaco tende a alterar o seu aspeto visual e a vestir-se de forma exuberante. Da mesma forma, é propício o desenvolvimento de atividades perigosas e insensatas que podem colocar a sua vida em risco (Ballone, 2005; Coryell & Winokur, 2016c; Réus, 2006; WHO, 2009).

A mania apresenta-se como parte da doença maníaco-depressiva. As pessoas que parecem apresentar só sintomas de mania podem ter episódios de depressão ligeiros ou limitados no tempo, dificilmente identificáveis. Os pacientes portadores deste distúrbio devido ao seu bem-estar generalizado não possuem consciência da alteração do seu estado mental e comportamental. Em consequência, o diagnóstico desta patologia é, na sua maioria, mais que evidente para o observador clínico. Contudo, é frequente o recurso a relatos dos familiares ou de outros indivíduos que integrem o ambiente sociocultural do paciente. De realçar que os questionários estandardizados não se utilizam com a mesma frequência quanto a ocorrência na depressão e, neste caso, os resultados não são considerados fiáveis. De salientar que, para existir um diagnóstico assertivo, deve-se excluir a possibilidade de existência de patologia orgânica assim como deve existir uma preocupação em descobrir os antecedentes patológicos e psiquiátricos do doente, uma avaliação física, neurológica e estado mental do indivíduo. A manifestação dos sintomas característicos deste distúrbio ocorre entre os dezanove e os vinte e nove anos. A WHO (2009) indica que este transtorno pode afetar cerca de 1% da população adulta e atinge, na mesma proporção, ambos os sexos. A mesma instituição refere que os episódios maníacos podem estar associados à angústia pessoal e disfunção social e podem ser consequência de outra patologia ou abuso de substâncias psicotrópicas, o que pode ser necessária uma desintoxicação prévia (Ballone, 2005; Coryell & Winokur, 2016c; Pascuzzo-Lima, 2008a; Réus, 2006).



Existem também, manifestações de mania em grau mais leve, ou seja, a denominada hipomania. Caracteriza-se pela hiperatividade, diminuição da necessidade de sono, aumento da atividade física, aumento da sociabilidade, impaciência e iniciativa. A hipomania pode ser confundida com uma reação normal perante o desencadeamento de eventos positivos muito semelhante ao comportamento habitual do indivíduo. Este distúrbio não apresenta sintomas psicóticos, e por isso não é frequente o recurso a fármacos (estabilizadores do humor) nem ao internamento hospitalar (Ballone, 2005; Coryell & Winokur, 2016c; Pascuzzo-Lima, 2008a; Thorp, 2008; WHO, 2009).

#### **4.1.1 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE PERTURBAÇÕES BIPOLARES**

##### **Antidepressivos**

Na segunda metade do séc. XX houve um ponto de viragem no tratamento de distúrbios depressivos, através da descoberta dos fármacos antidepressivos e da sua inclusão na prática clínica. Tal como já foi referido neste trabalho, na atualidade, a depressão é encarada como um problema clínico suscetível de tratamento (Moreno *et al*, 1999 *apud* Costa, 2010). A descoberta das substâncias antidepressivas teve um papel fulcral para uma melhor compreensão da etiologia da depressão e, para que não fosse designada como um defeito caraterológico, como ocorria até então. Passou-se, então, a valorizar as alterações biológicas, assim como, uma carga hereditária/genética complexa que interagem com fatores ambientais ou circunstâncias adversos (Costa, 2010; Matos, 2001; Thorp, 2008). Em 1965, Schildkraut apresenta a teoria bioquímica da depressão, relacionando um défice funcional absoluto ou relativo da monoamina em certos locais do cérebro como causa de depressão, enquanto a mania resulta de um excesso absoluto ou relativo de monoaminas (Taranto, 1997b; Thorp, 2008). Esta teoria baseou-se na capacidade dos fármacos antidepressivos em agilizar a transmissão monoaminérgica. Apesar de posteriormente terem sido desenvolvidas várias pesquisas, ainda não existem evidências farmacológicas que apoiem esta hipótese. Ainda assim, não está claro quais os recetores ou que monoaminas estão presentes nas alterações cerebrais que precipitem a depressão. Contudo, sabe-se que a noradrenalina, a serotonina e a dopamina estão presentes em todo o processo, e por isso a manipulação farmacológica da dopamina é uma das abordagens terapêuticas mais eficazes. A mesma teoria não consegue explicar a co-morbilidade entre mania e

depressão, no mesmo paciente. É provável que baixos níveis de serotonina ou noradrenalina não causem depressão, mas mecanismos mais complexos estão envolvidos no desequilíbrio dos neurotransmissores atrás mencionados (Taranto, 1997b; Thorp, 2008).

A WHO (2009) refere que a eficácia dos antidepressivos é, aproximadamente, 60% e o seu efeito terapêutico completo ocorre entre as seis e as oito semanas de tratamento, tempo mais que necessário para a transformação das aminas cerebrais, pelo que Thorp (2008) sugere que os efeitos dos antidepressivos são influenciados por mudanças adaptativas no cérebro que podem implicar a regularização dos recetores ou outras alterações na sua sensibilidade.

De realçar que o tratamento antidepressivo aquando da sua iniciação deverá ter em conta as características biológicas, psicológicas e sociais do paciente. Não existem, contudo, até ao momento oscilações significativas quanto à eficácia dos diferentes fármacos antidepressivos.

A escolha da substância usada no tratamento é determinada pelos fatores atrás referidos e pelo seu mecanismo de ação. De acordo com este último fator (mecanismo de ação), podem-se classificar os antidepressivos em quatro subgrupos:

- Antidepressivos tricíclicos e afins (TCA): este subgrupo inclui a amitriptilina, a amitriptilina e a perfenazina, a clomipramina, a dosulepina, a duloxetina, a imipramina, a maprotilina, a mianserina, a mirtazepina, a reboxetina e a trazadona;
- Inibidores da monoamina-oxidase (IMAO): esta classe contém a moclobemida e o pirlindol;
- Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) cujas principais substâncias são: a citalopram, a escitalapram, a fluoxetina, a fluvoxamina, a paroxetina e a sertralina;
- Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina (ISRSN): neste tipo de inibidores é referido o minalciprano e a venlafaxina.

As obras consultadas, sobre as quais se elaborou a descrição dos vários subgrupos dos antidepressivos, são: Baldessarini, 1996a; Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; Infarmed, 2009; Matos, 2001; Taranto, 1997b; WHO, 2009.

#### **4.1.2 REAÇÕES ADVERSAS DOS ANTIDEPRESSIVOS**

Tal como ocorre com outras substâncias, não existe um antidepressivo exemplar, uma vez que a todos estão associados alguns problemas. Contudo, isto não é sinónimo de diferenças significativas em termos de eficácia dos diferentes antidepressivos. Por este motivo, pelo qual aquando da prescrição do psicofármaco deve-se ter em conta as condições biológicas, psicológicas e sociais do paciente, a ocorrência de efeitos adversos, o preço e a tolerabilidade que variam bastante e se tornam em elementos diferenciadores na eficácia dos medicamentos consoante o paciente (Cordioli, n.d.; Souza, 1999 *apud* Costa, 2010; WHO, 2009).

Dos vários subgrupos de antidepressivos, já referidos, os tricíclicos e afins (TCA) são indicados em casos de depressões graves e em pacientes hospitalizados, mas estão contraindicados em pacientes com patologias cardiovasculares, em pacientes com hipertrofia da próstata, obstipação intestinal e glaucoma. Estas contraindicações devem-se aos seguintes efeitos adversos: sedação, efeitos anticolinérgicos (secura da boca, retenção urinária, agitação, confusão, obstipação, aumento da pressão intraocular), efeitos cardiovasculares, como a hipotensão ortostática, alterações do ritmo cardíaco (motivo pelo qual se deve questionar o paciente e/ou seus familiares sobre a presença de antecedentes cardiovasculares e respetiva toma de fármacos usados no tratamento destas patologias), agravamento da diabetes pré-existente, sudorese, hipertrofia prostática e aumento de peso, motivo pelo qual são contraindicados em pessoas obesas. O uso destes psicofármacos deve ser feito com bastante precaução em idosos, devido ao risco de hipotensão postural e de quedas, sendo que devem ser prescritas doses iniciais reduzidas. Em crianças e adolescentes existem poucos resultados que comprovem a eficácia dos tricíclicos. Os possíveis efeitos secundários e riscos de toxicidade por sobredosagem são determinantes para que estas substâncias, geralmente, não sejam recomendadas nesta fase etária. Esta substância pode perturbar a capacidade de condução. Em caso de sobredosagem dos antidepressivos tricíclicos e afins (TCA) pode ocorrer sedação, hipotensão, taquicardia, alterações no eletrocardiograma (ECG), secura de boca, visão turva, pupilas dilatadas, convulsão e crises convulsivas (Cordioli, n.d.; Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; Réus, 2006; Taranto, 1997b; Taylor et al., 2010a; WHO, 2009).

O subgrupo dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) possui um perfil mais favorável de efeitos colaterais, mas a sua ação neuro-química é mais específica e melhor tolerada. Os efeitos secundários associados a estas substâncias são ansiedade, agitação, tremores, insónia, náuseas, diarreia, distúrbios sexuais, perda de peso e anorexia, erupção cutânea, dor abdominal, obstipação, retenção urinária e hiponatremia. Este último, é um efeito secundário raro dos antidepressivos (TCA e ISRS), mas potencialmente grave que leva à suspensão imediata do antidepressivo. O doente com hiponatremia apresenta letargia, confusão, náuseas e crises convulsivas. Os ISRS estão associados a um aumento do risco de suicídio em adolescente, pelo que a sua utilização deve ser cuidadosamente avaliada. Somente a fluoxetina demonstrou eficácia em ensaios clínicos realizados com esta população. Os ISRS estão contraindicados em doentes com patologias do foro cardíaco. Os ISRS podem aumentar o risco de hemorragias digestivas em adultos com idade avançada e naqueles que possuem fatores de risco associados a doenças hemorrágicas. Em caso de sobredosagem, os ISRS caracterizam-se por provocar os seguintes sintomas clínicos: vómitos, tremores, sonolência, alterações no eletrocardiograma (ECG), convulsões e redução do nível de consciência (Cordioli, n.d.; Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; Taylor et al., 2010a; WHO, 2009). O Infarmed/Ministério da Saúde, (2013) refere que algumas das substâncias incluídas neste subgrupo podem provocar a síndrome maligna dos neurolépticos. Este aspeto é referenciado na descrição das reações adversas de medicamentos como escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina e sertralina.

O Infarmed/Ministério da Saúde (2013) refere como reações adversas dos Inibidores da monoamina-oxidase (IMAO) náuseas, cefaleias, alterações do sono, hipotensão, taquicardia, tremores, aumento das transaminases, estados confusionais. Estão contraindicados em doentes com estados confusionais agudos, epilepsia e gravidez. Na instituição hospitalar, na qual a investigadora exerce a sua atividade, não é prática comum a prescrição dos fármacos pertencentes a este subgrupo, apesar de estudos os considerarem altamente eficazes. Está contraindicado o tratamento adjuvante com Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) (Réus, 2006).

Perante o tratamento com Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina (ISRSN), são frequentes as seguintes reações adversas: vertigens, hipersudorese, ansiedade, afrontamentos, vómitos, excitação psicomotora (raros),

síndrome serotoninérgico, rash, sonolência, cefaleias, convulsões, aumento das transaminases e colesterol, securas da boca e hipertensão. Em doentes que tomam venlafaxina, deve ser efetuada uma vigilância apertada dos sinais e sintomas associados a patologias coronárias. A ingestão de grandes quantidades deste fármaco pode conduzir à morte. Contudo, a sobredosagem por esta substância provoca taquicardia, sedação, alterações no ECG e convulsões (Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; WHO, 2009).

Em ambos os subgrupos, é referido que os efeitos secundários tendem a diminuir com a continuação do tratamento à exceção do aumento do peso e disfunção sexual, que tendem em persistir um pouco mais do que as outras reações adversas. O tratamento com antidepressivos deve ser suspenso de forma gradual devido aos efeitos de privação que podem ocorrer como agitação, ansiedade, insónia, tremores e flutuações do estado do humor (WHO, 2009).

Em caso de sobredosagem de antidepressivos é recomendado o recurso a cuidados de saúde especializados. Contudo, deve realçar-se que a sobredosagem com antidepressivos combinados com álcool e outros fármacos provocam uma maior toxicidade.

Outro fator a ter em conta é a metabolização destas substâncias que é efetuada através do fígado, o que leva a uma maior precaução na prescrição de substâncias antidepressivas em doentes com patologias do foro hepático, devendo a dosagem inicial ser reduzida e a posologia realizada em intervalos mais longos.

Deve ser evitada a prescrição de antidepressivos em mulheres gestantes. Somente em casos em que o risco de depressão é maior é que devem ser prescritas estas substâncias. Estudos atuais indicam que não existe um aumento de malformações fetais em mulheres expostas à fluoxetina, nem provas científicas de que ocorra teratogenicidade. Verifica-se alguma obscuridade científica quanto ao efeito teratogénico dos antidepressivos tricíclicos e afins (TCA) no primeiro semestre de gestação. Existem registos de alguns recém-nascidos onde foram diagnosticados alguns efeitos secundários. A terapêutica antidepressiva não é aconselhável a mulheres que amamentem (WHO, 2009).

## **Estabilizadores do humor**

A lista da WHO (2009) refere que o lítio, a carbamazepina e o ácido valpróico são medicamentos indispensáveis no tratamento das alterações do humor. O único estabilizador do humor existente é o lítio, administrado durante a fase de manutenção a longo prazo do transtorno bipolar e é muito eficaz no tratamento de doentes com mania, retardando o aparecimento de episódios recorrentes. Este fármaco não provoca efeito sedativo, depressor ou euforizante. São estas as características que o diferenciam de outros agentes psicotrópicos (Baldessarini, 1996a).

Pascuzzo-Lima (2008) refere que o lítio pode inibir a secreção de noradrenalina e de dopamina desde as extremidades nervosas, e intensificar a descarga de serotonina e alterar a recaptção e armazenamento de catecolaminas e talvez outras aminas, no tecido encefálico. A sua eficácia atinge-se após sete a dez dias de tratamento, e não existe diferenciação no resultado em ambos géneros. Contudo, para tratamento da mania, também é frequente o recurso à prescrição de antipsicóticos ou anticonvulsivantes. Em caso de ineficácia, existe a possibilidade de tratamento que implique a combinação de antipsicótico com lítio ou antipsicótico com ácido valpróico ou carbamazepina, substâncias que possuem capacidade de ação sobre o humor nas psicoses maníaco-depressivas (Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; Réus, 2006; WHO, 2009).

Quando o doente apresenta sinais de agitação e hiperatividade, podem ser administradas, como tratamento coadjuvante, as benzodiazepinas, a curto prazo (Pascuzzo-Lima, 2008a; WHO, 2009).

Atualmente, têm sido levados a cabo testes a outros convulsivantes tais como topiramato, lamotrigina e a gabapentina, assim como a olanzapina (antipsicótico), Contudo, a eficácia destes novos compostos não está estabelecida de forma sólida (Cordioli, n.d.; Réus, 2006).

De realçar que num tratamento, em que são administradas estas substâncias, deve-se reduzir de forma progressiva as dosagens (desmame), durante pelo menos duas semanas ou mais. A WHO (2009) alerta que a suspensão repentina do lítio está associada a recaídas maníacas.

No âmbito das reações adversas associadas aos estabilizadores do humor, faremos uma abordagem por substância, ou seja, lítio, ácido valpróico e a carbamazepina.

No tratamento com lítio, realçam-se os seguintes efeitos secundários: tremores, debilidade muscular, poliúria, polidipsia, diabetes, arritmias, aumento de peso, problemas cognitivos, sedação ou letargia, deterioração da coordenação, perturbações gastrointestinais, hipertiroidismo, acne e edemas. O lítio está contraindicado em doentes com insuficiência renal grave, doenças cardíacas, doenças endócrinas, aleitamento e tratamentos com diuréticos. Os sintomas associados à intoxicação leve com lítio são letargia, sonolência, tremores, debilidade muscular, vômitos, náuseas e diarreia. À toxicidade moderada associa-se o estado de confusão, disartria, ataxia e alterações no ECG. A toxicidade grave, que pode ser mortal, provoca uma grande deterioração do estado de consciência, insuficiência renal e coma. Não é aconselhada a prescrição de lítio em gestantes, visto que esta substância aumenta a incidência de defeitos congénitos no primeiro trimestre de gestação. A sua administração nos últimos meses de gravidez pode provocar prematuridade no parto ou fazer com que os recém-nascidos apresentem sintomas de toxicidade por exposição ao lítio.

O ácido valpróico tem como principais reações adversas dores gastrointestinais, hepatotoxicidade (nomeadamente em crianças com menos de dois anos, em doentes com mais de um antiepilético, que tenham alterações metabólicas congénitas, doentes com epilepsia grave ou que têm lesões cerebrais orgânicas), tremores e sedação. Podem ocorrer leucopenia assintomática e trombopenia: são efeitos reversíveis, após a suspensão do fármaco. Ocasionalmente, pode ocorrer insuficiência hepática irreversível, pancreatite e a agranulocitose hemorrágica. Em caso de sobredosagem, pode ocorrer hipotensão, sonolência, convulsões, coma, depressão respiratória, discrasia sanguínea (Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; WHO, 2009). O Infarmed/Ministério da Saúde (2013) realça a necessidade de ser avaliada a função hepática antes do início do tratamento e posteriormente em intervalos curtos.

Durante o tratamento com carbamazepina é frequente a ocorrência dos seguintes sintomas adversos: sonolência, anorexia, sedação, distúrbios do tubo digestivo, erupções cutâneas, risco de anemia aplástica e agranulocitose (o risco de adquirir esta patologia é cinco vezes superior à da população normal), aumento das enzimas hepáticas, hiponatremia, síndrome

de Stevenc-Johnsom, pancreatite. A ação anticolinérgica pode desencadear síndromes confusionais em doentes com idades mais avançadas e agravar situações de glaucoma. A diplopia, ataxia e a sedação podem indicar a presença de intoxicação por esta substância. A carbamazepina pode alterar a capacidade de condução do paciente e está contraindicada a doentes com patologia auriculoventricular não controladas e patologias hepáticas crónicas. Esta substância interage com anticoagulantes e anticoncetivos ao reduzir o seu efeito. Já o verapamil e a eritromicina tendem a aumentar os níveis de carbamazepina (Infarmed/Ministério da Saúde, 2013; Réus, 2006; WHO, 2009). Sintomas como crises convulsivas, coma, depressão respiratória leve, discinesia orofacial, rigidez e taquicardia podem ocorrer em caso de sobredosagem com a carbamazepina. Devido à existência de um maior risco de malformações fetais, o tratamento com este fármaco deve ser evitado em gestantes. Tal como o ácido valpróico, a carbamazepina é excretada pelo leite materno (WHO, 2009).

No portal da Direção Geral de Saúde encontram-se circulares normativas (norma nº 033/2012 de 28/12/2012 e norma nº 034/2012 de 30/12/2012) que regulamentam os critérios e fornecem orientações padronizadas sobre os procedimentos obrigatórios relacionados com:

A norma 033/ 2012 (figura 6 e 7) refere-se à “terapêutica farmacológica de manutenção na perturbação bipolar no adulto” e à “introdução da terapêutica com lítio” (estabilizador do humor).

A norma 034/2012 (figura 8) menciona a “terapêutica farmacológica da depressão major e da sua recorrência no adulto”.

Estas orientações e procedimentos são normas padrão para os médicos do Serviço Nacional de Saúde. Neste contexto, o Departamento da Qualidade em Saúde da Direção Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos elaboraram três árvores de decisão:

- 1- Terapêutica de manutenção da perturbação bipolar no adulto,
- 2- O início da terapêutica com o lítio e
- 3- Terapêutica farmacológica da depressão major e da sua recorrência no adulto como demonstrado nas figuras seguintes.



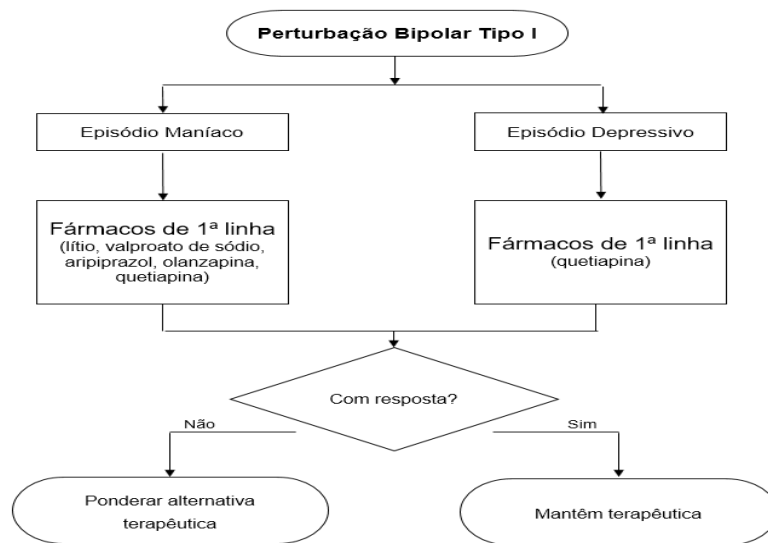


Figura 6: Norma nº 033/2012: Árvore de decisão -Perturbação Bipolar Tipo I

Fonte: (DGS, 2012b)

O tratamento de manutenção da perturbação bipolar tipo I ocorre após tratamento de uma fase aguda maníaca ou depressiva (figura 6): na fase maníaca ou episódio maníaco é prolongada a terapêutica da fase aguda com um único estabilizador do humor (fármaco de 1ª linha) ou mesmo dois estabilizadores do humor; No episódio depressivo, o fármaco de 1ª linha é a quetiapina. Na fase posterior ou de avaliação procede-se ao controlo avaliando a terapêutica prescrita (DGS, 2012b).

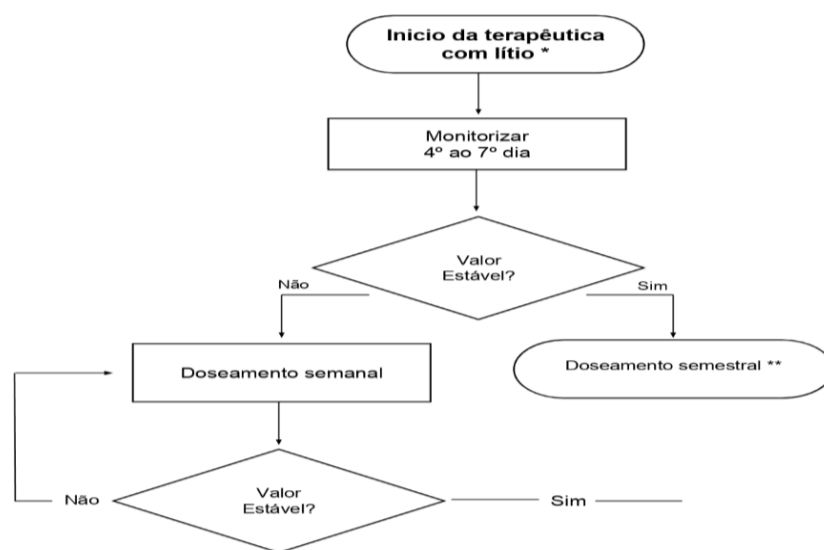


Figura 7: Norma nº 033/2012: Árvore de decisão -Início da terapêutica com lítio

\*Avaliação cardíaca, renal e tiroideia; \*\*Avaliação renal e tiroideia

Fonte: (DGS, 2012b)

Aquando do tratamento com lítio (figura 7), é necessário controlar os níveis cardíacos, renais e da tiroide do 4º ao 7º dia de administração. Se os valores são estáveis, os doseamentos dos níveis renais e da tiroide passam a ser semestrais. Quando os níveis são instáveis é necessário proceder ao doseamento dos mesmos semanalmente até se tornarem estáveis (DGS, 2012b).

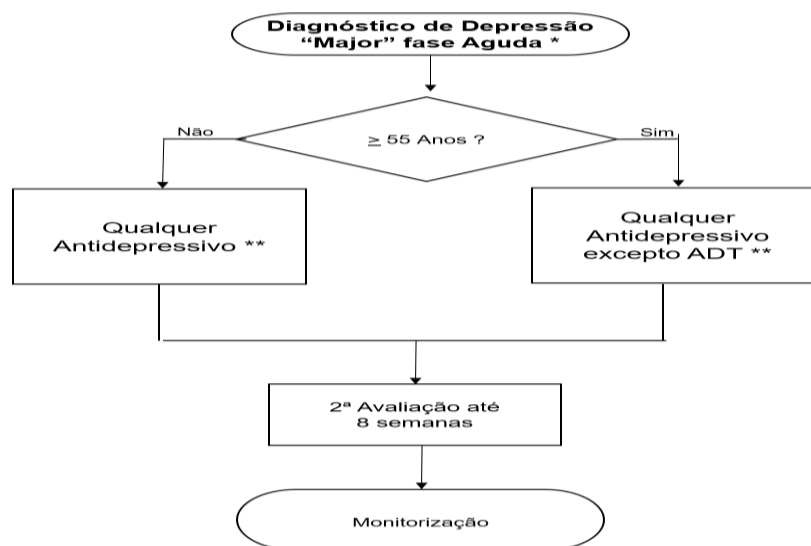


Figura 8: Norma nº 034/2012: Árvore de decisão -Depressão “major” fase aguda

\*Avaliação de doenças cardiovasculares, patologias tiroideias, neurológicas e/ou metabólica, abuso ou dependência de álcool e/ou de outros psicotrópicos; \*\*Se HTA não controlada, não usar bupropiom, inibidores de recaptção da serotonina e noradrenalina (SNRI), tais como a venlafaxina, duloxetina e minalciprano

Fonte: (DGS, 2012a)

A norma 34/2012 da Direção Geral de Saúde fornece orientações e procedimentos para o diagnóstico da depressão “major” no adulto (figura 8). Inicia-se o diagnóstico da depressão “major” com uma avaliação de comorbidades clínicas tais como doenças cardiovasculares, patologias da tiroide, neurológicas ou metabólicas ou mesmo dependências alcoólicas ou psicotrópicas. Na fase de acompanhamento da doença, continuam a ser avaliadas as mesmas comorbilidades. Após o diagnóstico, os antidepressivos são os fármacos de primeira linha exceto a amitriptilina se o doente tiver 55 anos ou mais. Dentro de oito semanas, os pacientes com depressão “major” diagnosticada devem ser novamente reavaliados e posteriormente monitorizados (DGS, 2012a).

No quadro seguinte (quadro 3) encontram-se descritos os antidepressivos e suas reações adversas que os profissionais de saúde (médicos) prescrevem e dispensam no dia-a-dia aos doentes que padecem de perturbações bipolares (Infarmed/Ministério da Saúde, 2013).

Quadro 3: Antidepressivos prescritos em Portugal e suas reações adversas

<b>Antidepressivos comercializados em Portugal</b>	
Fonte: Coryell & Winokur (2016d, 2016e); Infarmed/Ministério da Saúde (2013)	
<b>Substância ativa</b>	<b>Reações Adversa</b>
Tricíclicos e afins	
Amitriptilina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedação</li> <li>• Ganho de peso</li> <li>• Sudorese excessiva</li> <li>• Efeitos anticolinérgicos (Retenção urinária, mucosas secas, quadros confusionais, obstipação)</li> <li>• Hipotensão ortostática</li> <li>• Alterações do ritmo cardíaco</li> <li>• Agravamento de diabetes pré-existente</li> <li>• Contraindicados ou devem ser usados com precaução em idosos e crianças</li> <li>• Diminuição da capacidade de condução</li> </ul>
Clomipramina	
Dosulepina	
Duloxetina	
Imipramina	
Maprotilina	
Mianserina	
Mirtazepina	
Nortriptilina	
Reboxetina	
Trazadona	
Trimipramina	
Inibidores da monoaminoxidase do tipo A (IMAO)	
Moclobemida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações do sono, tonturas, náuseas, vômitos, cefaleias, agitação estados confusionais, hipotensão</li> </ul>
Pirlindol	
Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS)	
Citalopram	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reações gastrointestinais: Náuseas, vômitos, dispepsia, dor abdominal, diarreia obstipação.</li> <li>• Anorexia e perda de peso</li> <li>• Reações de hipersensibilidade: rash, urticária artralgia, angioedema, anafilaxia, mialgia</li> <li>• Outros efeitos como ansiedade, cefaleias, insónia, tremor, tonturas, sonolência, sudação, retenção urinária</li> </ul>
Escitalopram	
Fluoxetina	
Fluvoxamina	
Paroxetina	
Sertralina	
Inibidores seletivos da recaptação da serotonina e da noradrenalina (ISRSN)	
Duloxetina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertigens, hipersudorese, ansiedade, vômitos, excitação psicomotora, síndrome serotoninérgico, cefaleias, convulsões, secura da boca, náuseas, tremores, palpitações, ...</li> </ul>
Minalciprano	
Venlafaxina	
Estabilizador do humor	
Lítio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações gastrointestinais, tremores, poliúria, aumento de peso, diabetes arritmias, problemas cognitivos, sedação ou letargia, ...</li> </ul>
Inibidores seletivos da recaptação da dopamina e da noradrenalina (ISRDN)	
Bupropion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insónia, perda de peso, cefaleias, enxaqueca, irritabilidade, ansiedade.</li> </ul>



## **PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**



# 1 MÉTODOS

Este capítulo pretende descrever os métodos utilizados de modo a responder às questões iniciais desta investigação, uma vez que são estas a origem deste estudo. Neste sentido serão desenvolvidos os passos que constituem a metodologia, a apresentação dos nossos objetivos, definindo quais as nossas variáveis em estudo, assim como a apresentação do instrumento utilizado na colheita de dados. Serão descritos o processo da recolha de dados e o tratamento estatístico utilizado.

## 1.1. OBJETIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O objetivo principal do nosso trabalho é analisar a adesão terapêutica em doentes a fazer tratamento com psicofármacos que são fármacos que atuam no Sistema Nervoso Central.

De acordo com as metas que nos propusemos atingir, podemos enquadrar este estudo na investigação quantitativa do tipo descritivo-correlacional, de nível II. Segundo Fortin (2003), no método descritivo-correlacional, o investigador “*tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações*”.

A principal finalidade deste estudo é verificar a fidelidade da escala da Medida de Adesão aos Tratamentos e procurar descobrir as possíveis relações entre as variáveis e proceder à sua análise.

Este estudo tem como objetivos:

- Efetuar a caracterização sociodemográfica da amostra: sexo, idade, habilitações literárias, situação profissional, situação familiar, nível socioeconómico e situação de coabitação;
- Efetuar a caracterização clínica da amostra: tempo de diagnóstico, reações adversas, atitude tomada face às reações adversas;
- Avaliar os níveis de adesão ao tratamento em indivíduos que tomam psicofármacos;
- Estabelecer a relação entre a adesão terapêutica em psicofármacos com as respetivas variáveis sócio demográficas (o sexo, a idade, as habilitações literárias, a situação

profissional, a situação familiar, o nível socioeconómico e a situação de coabitação), as reações adversas, o subgrupo de psicofármacos, o tempo de diagnóstico e o número de dias sem tomar a medicação.

- Estimar a fidelidade da escala da Medida de Adesão aos Tratamentos em indivíduos com perturbação mental a frequentar a Consulta Externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra;

## 1.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Nesta investigação, para caracterizar a adesão terapêutica em psicofármacos, definiram-se as seguintes questões de investigação e respetivas hipóteses:

### **Questões de Investigação:**

Q1: Que fidelidade apresenta da escala da Medida de Adesão aos Tratamentos em indivíduos com perturbação mental a frequentar a Consulta Externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra?

Q2: Qual a caracterização sociodemográfica da amostra relativamente ao sexo, idade, habilitações literárias, situação profissional, situação familiar, nível socioeconómico e situação de coabitação?

Q3: Qual a caracterização clínica da amostra relativamente ao tempo de diagnóstico, reações adversas e atitude tomada face às reações adversas?

Q4: Qual o nível de adesão terapêutica em psicofármacos utilizados em indivíduos da Consulta Externa de Psiquiatria no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra?

Q5: Qual a relação entre a adesão terapêutica em psicofármacos e as respetivas variáveis sócio demográficas (o sexo, a idade, as habilitações literárias, a situação profissional, a situação familiar, o nível socioeconómico e a situação de coabitação), as reações adversas, os subgrupos de psicofármacos (ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, antidepressivos,



antipsicóticos, estabilizadores do humor, e antiepiléticos e anticonvulsivantes), o tempo de diagnóstico e o número de dias sem tomar a medicação?

### **Hipóteses:**

H<sub>1</sub>: A adesão terapêutica em psicofármacos está relacionada com as respetivas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, habilitações literárias, situação profissional, estado civil, situação de coabitação).

H<sub>2</sub>: A adesão terapêutica em psicofármacos está relacionada com o tempo de diagnóstico da doença.

H<sub>3</sub>: A adesão terapêutica em psicofármacos está relacionada com os diferentes grupos farmacoterapêuticos (ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; antidepressivos; estabilizadores do humor; antipsicóticos; antiepiléticos e anticonvulsivantes).

H<sub>4</sub>: A adesão terapêutica em psicofármacos está relacionada com a presença de reações adversas dos psicofármacos.

H<sub>5</sub>: A adesão terapêutica em psicofármacos está relacionada com o número de dias em que os indivíduos não tomaram a medicação.

### 1.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo é constituída por doentes que frequentam a Consulta Externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC), à data da realização da colheita de dados.

A amostra é do tipo não probabilístico por conveniência (Fortin, 2003) e é constituída por 190 indivíduos com patologia psiquiátrica (ansiedade, depressão e esquizofrenia).

Os critérios de inclusão neste estudo, são:

- Indivíduos de ambos os sexos;
- Doentes que frequentam a Consulta Externa de Psiquiatria do CHPC;

- Indivíduos com patologias do foro psiquiátrico (ansiedade, esquizofrenia e perturbação bipolar) a tomar psicofármacos (ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor, e antiepiléticos e anticonvulsivantes);
- Utentes que foram abordados pela investigadora, quando a mesma visita o Serviço acima referenciado;
- Utentes que voluntariamente assinaram o termo de consentimento informado e aceitaram participar no estudo;

No estudo, foram excluídos todos os utentes que não cumprem os pressupostos de inclusão anteriormente referidos.

Foi preenchido um só questionário por cada utente, uma vez que poderiam estar presentes em duas consultas ou mais, no período em que se fez a recolha de dados. No entanto, tentou-se inquirir o maior número possível de utentes.

#### 1.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Numa primeira fase do estudo, e para dar respostas às nossas questões sobre adesão terapêutica em psicofármacos, definiu-se o tipo de instrumento de colheita de dados. Após consulta de artigos científicos selecionou-se a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) de Delgado & Lima (2001) por esta apresentar uma consistência interna razoável. Os autores concluíram que uma medida de adesão baseada numa escala do tipo *Likert* permite captar e diferenciar melhor as diversas situações comportamentais dos indivíduos quanto à adesão aos tratamentos, ou seja, analisam-se mais credivelmente os comportamentos dos indivíduos através de uma escala de tipo *Likert*.

Após seleção do instrumento de medida foi efetuado o pedido de autorização de aplicação aos autores (Delgado & Lima, 2001) (Anexo I).

Para a concretização deste trabalho, foram adicionadas à escala de MAT, algumas questões para recolher informação sobre as características sociodemográficos dos indivíduos (sexo, idade, habilitações literárias, situação profissional, situação familiar (estado civil), nível

socioeconómico, agregado familiar (situação de coabitação), tempo de doença, grupo farmacoterapêutico, reações adversas e número de dias sem tomar a medicação.

O instrumento final de colheita de dados apresenta-se de forma a ser preenchido pelos indivíduos sendo constituído por três partes: Parte I - Caracterização Sociodemográfica; Parte II - Conhecimento da doença; Parte III - Medida de Adesão aos Tratamentos. Deste modo estava preparado para ser autoadministrado aos doentes da nossa amostra (Anexo IV).

Do ponto de vista prático, este questionário encontrava-se associado ao consentimento informado em duplicado para esclarecimento do doente acerca da natureza e objetivos da investigação, garantias de anonimato e de confidencialidade e o contacto da investigadora para a possibilidade de obter qualquer informação adicional, ou mesmo a exclusão na participação. A parte I recolhe as características sociodemográficas da população através de 7 questões. A parte II é constituída por 6 questões que se destinam à caracterização clínica dos indivíduos. A parte III e última do questionário é constituída pela Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) adaptada de Delgado e Lima (2001). Por último achamos conveniente a seguinte questão: “Nas duas últimas duas semanas, esteve algum(ns) dia(s) sem tomar a medicação?”. Esta última parte (terceira) destina-se a avaliar a adesão terapêutica ao tratamento (MAT) em que a resposta é fornecida através de uma escala de tipo *Likert* de seis pontos em que o valor 1 corresponde a “Sempre” e o valor 6 corresponde a “Nunca” (1=Sempre; 6=Nunca). Posteriormente, os scores foram calculados fazendo a soma de cada item e divididos pelo número de itens para obter uma nova variável na qual expressa o valor da medida de adesão aos tratamentos (MAT). Os valores/scores mais elevados correspondem a uma maior adesão terapêutica; os valores/scores mais baixos correspondem a uma menor adesão terapêutica.

Com o objetivo de avaliar o grau de adesão, procedeu-se à conversão de escala de tipo *Likert* para uma escala dicotómica, designada por escala dicotómica convertida (Delgado & Lima, 2001). Com este procedimento, recodificou-se a medida de adesão ao tratamento: os pontos sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3) e por vezes (4) da escala do tipo *Likert* correspondem ao valor não (0) na escala dicotómica, ou seja, a uma menor adesão ao tratamento. Os pontos raramente (5) e nunca (6) na escala do tipo *Likert*

equivalem ao valor sim (1) na escala dicotômica, ou seja, a uma maior adesão ao tratamento.

Para avaliar a aplicabilidade do questionário, realizou-se um pré-teste a 15 doentes, com o objetivo de avaliar a adesão terapêutica em doentes com terapêutica anti hipertensora. Com características semelhantes aos da população-alvo, são doentes que em ambas as doenças são debilitantes devido à sua cronicidade e sintomatologia. A polimedicação que lhes está associada tem custos de tratamento elevados e têm também vários efeitos secundários indesejáveis provocados pelos mesmos fármacos. Depois de explicados os objetivos do estudo, foi pedido aos respondentes que preenchessem o questionário, que nos comunicassem as dificuldades no preenchimento do mesmo e que contribuíssem com algumas sugestões ou críticas que de alguma forma pudessem ajudar na melhoria deste questionário.

Segundo Fortin (1999, p. 253), o objetivo principal de um pré-teste é *“avaliar a eficácia e a pertinência do formulário e verificar se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos; a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas; se o formulário não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação e se as questões não apresentam ambiguidade”*.

Os doentes não referiram qualquer obstáculo na interpretação e preenchimento do questionário. Depois da aplicação do pré-teste, os dados sociodemográficos sofreram um reestruturação e a questão número sete passou de “Com quem vive?” para “O seu agregado familiar é formado por: Vivo sozinho(a), duas pessoas, três pessoas, quatro pessoas, mais de quatro pessoas”. Sobre o diagnóstico da doença, também houve uma reestruturação: a questão número um deste grupo passou de “Há quanto tempo sofre da doença?” para “Há quanto tempo lhe diagnosticaram a sua doença?”. A questão número três, também deste grupo, passou de “Já teve sintomas físicos incómodos pensando que são provocados pelos medicamentos que tomou?” para “Alguma vez sentiu efeitos físicos incómodos e que, na sua opinião, possam ter sido provocados pelos medicamentos que tomou?”. Na questão número quatro acrescentou-se uma lista de alguns sintomas secundários comuns típicos em psicofármacos, na qual o utente procede à escolha respetiva. Para melhor visualização, a questão número cinco “Qual foi o medicamento que lhe provocou esses sintomas?” é alterada para “Na sua opinião, qual o(s) medicamento(s) que lhe provocou estes mesmos

sintomas?” com espaço para seis possíveis respostas (psicofármacos). A questão número seis “Se respondeu sim à questão três que atitude tomou?” corrigiu-se para “Face aos efeitos provocados pelos medicamentos, que atitude tomou?”.

### 1.5. PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

Após deferimento do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra procedeu-se à aplicação do questionário para a recolha de dados. Esta foi realizada pela própria investigadora. A investigadora esclareceu os respondentes de modo a auxiliar os mesmos no preenchimento do instrumento de colheita de dados. Assim, a recolha de dados decorreu durante o mês de Outubro de 2011, em utentes que se dirigiram à Consulta Externa de Psiquiatria e que cumpriam os critérios de inclusão.

Os dados foram colhidos após uma abordagem aos utentes, no local acima referenciado. Depois de explicados os nossos objetivos, foi solicitada a participação dos doentes. Após o consentimento da sua participação foi entregue um questionário de autopreenchimento. De salientar que foi sempre reforçada a ideia de que os resultados obtidos são estritamente confidenciais e apenas para fins académicos nesta investigação e, ainda, que poderiam interrompê-la a qualquer momento.

O tempo médio de demora para o preenchimento do questionário foi de cerca de 16 minutos. A grande parte dos questionários foram autopreenchidos. No entanto, e quando solicitada, a investigadora prestou esclarecimentos e ajuda no preenchimento do mesmo, em indivíduos analfabetos e/ou com limitações visuais e físicas.

### 1.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Após a colheita de dados procedeu-se ao seu processamento e análise realizados através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 19,0.

O tratamento dos dados compreendeu uma análise descritiva e inferencial. A decisão dos testes estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, baseou-se em função dos seguintes critérios:

- valor de simetria, obtido através do quociente do valor estatístico da Skewness pelo erro padrão da medida;
- valor de achatamento, obtido através do quociente do valor estatístico da Kurtosis pelo seu valor do erro padrão;
- avaliação da aderência à normalidade, obtida através da utilização do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov.

A leitura dos coeficientes de simetria e achatamento (tabela 1) permitiu constatar que a distribuição é assimétrica (negativa) e platicúrtica.

Tabela 1: Resultados dos coeficientes de simetria e de achatamento para a escala de adesão terapêutica (MAT)

	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>
MAT	- 0.469	2.665

Esta análise, e mediante os valores encontrados no teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors (Tabela 2), permite-nos concluir que a amostra não segue uma distribuição normal. Assim inferimos para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos não paramétricos. O teste demonstrou que a variável dependente (adesão terapêutica) não tem uma distribuição normal, e, assim, rejeita-se a hipótese nula para qualquer erro do tipo I.

Tabela 2: Resultado do teste Kolmogorov-Smirnov para a escala de adesão terapêutica (MAT)

	<b>Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup></b>	<b>Nível de Significância</b>
MAT	0.162	0.000

a. Lilliefors Significance Correction

Foram aplicadas como medidas descritivas: estatísticas de frequência (absolutas e relativas), medidas de localização (média, moda de mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo).

Foram aplicados os testes seguintes: Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman. A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ) com um intervalo de confiança de 95%. Se o valor de significância for inferior a  $\alpha$  ( $p < 0,05$ ), rejeita-se a hipótese nula ( $H_0$ ) observando-se diferenças ou associações entre os grupos. Se o valor de significância for superior a  $\alpha$  ( $p > 0,05$ ) aceita-se a hipótese nula ( $H_0$ ) não se observando diferenças ou associações significativas entre os grupos.

O coeficiente da correlação de Spearman varia entre -1 e 1 e o critério de associação de Ró, segundo Pestana & Gageiro (2014, p. 748), é:  $< 0,2$  (Muito fraca);  $0,2 \leq Ró < 0,4$  (Fraca);  $0,4 \leq Ró < 0,7$  (Moderada);  $0,7 \leq Ró < 0,9$  (Elevada);  $0,9 \leq Ró < 1$  (Muito elevada).

### 1.7. FIDELIZAÇÃO DA MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO (MAT)

Para estimar a fidelidade foi realizado o cálculo do valor *alfa* de Cronbach. Este valor do *alfa* de Cronbach é indicador da consistência interna entre os vários itens da mesma escala. Assim a escala MAT apresenta um *alfa* de Cronbach de 0,751 (tabela 3). De acordo com Pestana & Gageiro (2014, p. 531) este valor indica uma consistência razoável, oscila entre 0,7 e 0,8.

Tabela 3: Consistência interna (alfa de Cronbach)

ESTATÍSTICAS DE CONFIABILIDADE	
Alfa de Cronbach	N de itens
0,751	7

### 1.8. PRINCÍPIOS ÉTICOS

Para que o trabalho se concretizasse, em primeiro lugar, foi solicitada autorização de aplicação da escala aos autores que já se encontrava validada para a população portuguesa (Anexo I).

De seguida, solicitou-se ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Psiquiátrico de Coimbra autorização para a realização do estudo na Consulta Externa de Psiquiatria, sob a supervisão do diretor de serviço envolvido. Enviou-se também um pedido à Comissão de Ética para a Saúde que emitiu um parecer favorável à realização do estudo (Anexo II).

De referir que um dos requisitos da mesma comissão de ética foi a elaboração do termo de consentimento informado. A inclusão do doente dependeria da concordância com a concordância manifestada através da respetiva assinatura (Anexo III). Com a leitura deste consentimento informado os respondentes tinham conhecimento dos objetivos do estudo, da solicitude da participação do mesmo, da certificação da total confidencialidade, do carácter voluntário, podendo interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento, e da certificação de que os resultados só serviriam para fins académicos (estatísticos), cumprindo todos os princípios éticos na sua utilização.

De salientar que o Termo de Consentimento Informado é a maneira de transmitir ao respondente qual o tema e quais os objetivos do estudo, certificando-se da total confidencialidade dos dados, do carácter voluntário da participação no mesmo, dar-lhe a conhecer que em qualquer momento poderá interromper a sua participação, sem qualquer penalização ou perda de benefícios, para o mesmo participante.



## **PARTE III – RESULTADOS**



# 1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados que o estudo revelou. Inclui, além de uma breve análise descritiva, os resultados relativos aos testes das hipóteses inicialmente por nós formuladas através dos respetivos testes estatísticos.

## 1.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A amostra é constituída por 190 doentes que frequentam a Consulta Externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra que agora pertence ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Como se pode observar através da tabela 4, verifica-se que 71 (37,4%) respondentes são do sexo masculino e 119 (62,6%) do sexo feminino.

Tabela 4: Distribuição da amostra em função do sexo

<i>Sexo</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	71	37,4
Feminino	119	62,6
Total	190	100,0

Pela análise do tabela 5 e gráfico 1, podemos verificar que grande parte dos indivíduos (41,1%) pertence ao grupo etário entre os 46 e os 65 anos de idade. Verificamos ainda que 61 doentes (32,1%) tinham idades compreendidas entre os 31 e os 45 anos de idade, seguidos de 36 (18,9%) com idades iguais ou superiores a 66 anos. De referir que só 3 indivíduos (1,6%) estão situados na classe etária igual ou inferior a 18 anos de idade.

Tabela 5: Distribuição da amostra em função da idade (classe etária)

<i>Classes etárias (anos)</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
$\leq 18$	3	1,6
19 – 30	12	6,3
31 – 45	61	32,1
46 – 65	78	41,1
$\geq 66$	36	18,9
Total	190	100,0

Como se pode verificar na tabela 6, a média de idades dos participantes é de 50,58 anos e estão compreendidas entre os 16 e os 83 anos, com um desvio padrão de 15,14 anos, com uma moda de 45 anos e uma mediana de 50 anos.

Tabela 6: Distribuição dos participantes segundo a idade (anos)

Total	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
190	50,58	50	45,00	15,14	16	83

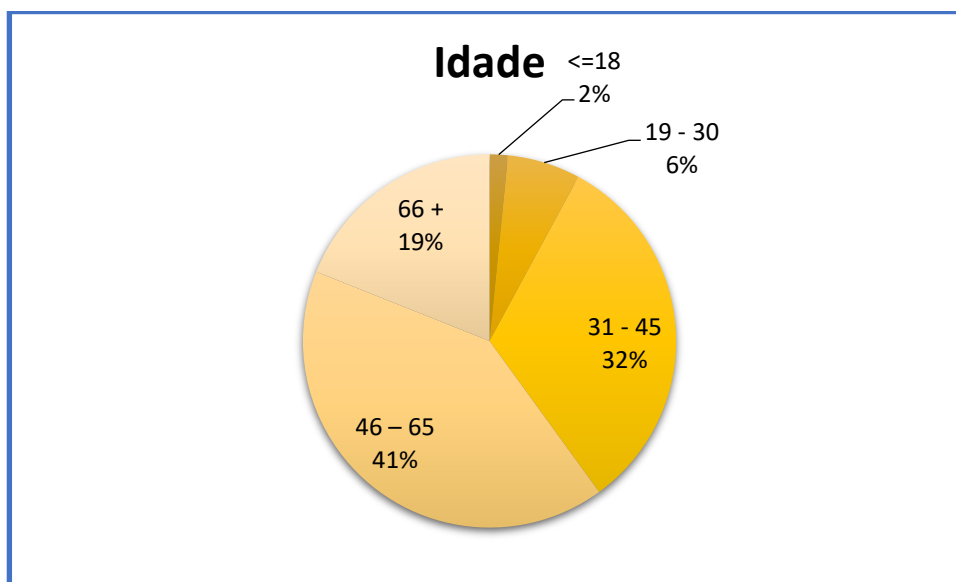


Gráfico 1: Distribuição dos participantes por classes etárias

De salientar que 42,5% dos participantes ( $n = 80$ ) detém o ensino primário (antiga 4ª classe) e 26,8% ( $n = 51$ ) detém o ensino básico (9º ano de escolaridade). Dos restantes elementos, só 4,7% ( $n = 9$ ) não sabe ler nem escrever, 13,7% ( $n = 26$ ) concluiu o ensino secundário (12º ano de escolaridade) e apenas 12,6% ( $n = 24$ ) é detentora do ensino superior (tabela 7).

Tabela 7: Distribuição dos participantes segundo as habilitações literárias

<i>Habilitações literárias</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não sabe ler nem escrever	9	4,7
Ensino primário (antiga 4ª classe)	80	42,1
Ensino básico (9º ano de escolaridade)	51	26,8
Ensino Secundário (12º ano de escolaridade)	26	13,7
Ensino Superior	24	12,6
Total	190	100,0

No que se refere à situação profissional, a maioria dos participantes com 36,8% (n = 70) são reformados, seguido do trabalhador por conta de outrem com 30,0% (n = 57), enquanto que 15,3% (n = 29) e 8,4% (n = 16) se encontram desempregados ou são domésticas, respetivamente, como se pode verificar na tabela 8. Dos restantes elementos da amostra, apenas 5,8% (n = 11) se encontram a trabalhar por conta própria e 3,7% (n = 7) são estudantes.

Tabela 8: Distribuição dos participantes quanto à situação profissional

<i>Situação profissional</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trabalhador por conta de outrem	57	30,0
Trabalhador por conta própria	11	5,8
Desempregado(a)	29	15,3
Estudante	7	3,7
Doméstica	16	8,4
Reformado(a)	70	36,8
Total	190	100,0

Analisando a tabela 9, verifica-se que a maioria 51,1% (n = 97) dos participantes são casados, 27,4% (n = 52) encontram-se solteiros, 11,1% (n = 21) estão divorciados ou separados 0,4% (n = 1) e 10,0% (n = 19) são viúvos.

Tabela 9: Distribuição dos participantes quanto à situação familiar

<i>Situação familiar</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
Casado(a)	97	51,1
Solteiro(a)	52	27,4
Viúvo(a)	19	10,0
Divorciado(a)	21	11,1
Separado(a)	1	0,4
Total	190	100,0

Pela análise da tabela 10, verificamos que a maioria dos participantes, ou seja, 105 utentes (55,3%) tem a percepção de ter um nível económico baixo e 71 (37,4%) tem a percepção de ter nível económico médio.

Tabela 10: Distribuição dos participantes quanto ao nível económico

<i>Nível económico</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alto	2	1,0
Médio	71	37,4
Baixo	105	55,3
Sem Opinião	12	6,3
Total	190	100,0

Relativamente ao agregado familiar (tabela 11), verificou-se que para 61 elementos (32,1%) o agregado familiar é composto por duas ou mesmo três pessoas. Constituído por quatro pessoas existem 32 (16,9%), seguidos de 23 (12,1%) que vivem sozinhos e 13 (6,8%) dos participantes residem com mais de quatro pessoas, o que significa que a grande maioria (87,9%) tem um suporte familiar estável.

Tabela 11: Distribuição dos participantes quanto ao agregado familiar

<i>Agregado familiar</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
Vivo sozinho	23	12,1
Duas pessoas	61	32,1
Três pessoas	61	32,1
Quatro pessoas	32	16,9
Mais de quatro pessoas	13	6,8
Total	190	100,0

## 1.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONHECIMENTO DA DOENÇA

Pela análise das tabelas 12 e 13, podemos constatar que à maior parte dos indivíduos (23,2%) foi diagnosticada a sua doença mental entre um e cinco anos; seguindo-se 20% em que o diagnóstico foi feito entre 6 e 10 anos atrás. De salientar que a 18,4% dos indivíduos foi diagnosticada a doença mental há mais de 21 anos e apenas 10% a menos de 1 ano.

A média observada na tabela 13 foi de 12,11 anos ( $\pm 10,10$ ), sendo a moda de 2 e a mediana de 10 anos, com um mínimo de 2 meses e um máximo de 50 anos.

Tabela 12: Distribuição dos participantes segundo o tempo de diagnóstico da doença por classes etárias

<i>Tempo de doença (anos)</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 1	19	10,0
1 – 5	44	23,2
6 – 10	38	20,0
11 – 15	29	15,2
16 – 20	25	13,2
$\geq 21$	35	18,4
Total	190	100,0

Tabela 13: Distribuição dos participantes segundo o tempo de diagnóstico da doença

<b>Total</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
190	12,11 Anos	10 Anos	2 Anos	10,10	2 Meses	50 Anos

Como se pode observar na tabela 14, os sintomas provocados pelos medicamentos que os participantes mais referem são: alterações de peso 50 (26,3%), sonolência 50 (26,3%), alterações do apetite 48 (25,3%), ansiedade 44 (23,2%), fadiga 42 (22,1%), tremores 35 (18,4%) cefaleias/dores de cabeça 30 (15,8%), depressão 26 (13,7%), vertigens 20 (10,5%). De salientar que dos 190 inquiridos, 106 não referiram sentir reações adversas provocadas pela medicação tomada.

Tabela 14: Distribuição dos participantes segundo as reações adversas

<b>Reações/Sintomas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Efeitos físicos provocados pelos medicamentos	84 (44,2)	106 (55,8)
Agranulocitose / Redução de glóbulos brancos	1 (0,5)	91 (47,9)
Alterações do apetite	48 (25,3)	44 (23,2)
Alterações de peso	50 (26,3)	42 (22,1)
Alterações de visão	21 (11,1)	71 (37,4)
Ansiedade	44 (23,2)	48 (25,3)
Cefaleias/Dores de cabeça	30 (15,8)	62 (32,6)
Depressão	26 (13,7)	66 (34,7)
Diarreia	8 (4,2)	84 (44,2)
Dispepsia/Indigestão	5 (2,6)	87 (45,8)
Fadiga	42 (22,1)	50 (26,3)
Náuseas	18 (9,5)	74 (38,9)
Obstipação	19 (10,0)	73 (38,4)
Retenção Urinária	10 (5,3)	82 (43,2)
Sedação	17 (8,9)	75 (39,5)
Sonolência	50 (26,3)	42 (22,1)
Taquicardia	9 (4,7)	83 (43,7)



Tremores	35 (18,4)	57 (30,0)
Vertigens	20 (10,5)	72 (37,9)
Vómitos	12 (6,3)	80 (42,1)
Não sei /Não se aplica	4 (2,1)	88 (46,3)

No que diz respeito à atitude tomada perante os efeitos secundários da medicação, a maioria 58 (30,5%) responderam que contactaram com o médico prescriptor e 39 (20,5%) continuaram com o tratamento (tabela 15).

Tabela 15: Distribuição dos participantes segundo a atitude tomada face às reações adversas

<i>Atitude tomada face às reações adversas</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Deixei imediatamente o tratamento	8 (4,2)	80 (42,1)
Falei com o médico que o receitou	58 (30,5)	30 (15,8)
Aconselhei-me na Farmácia onde comprei	1 (0,5)	87 (45,8)
Continuei com o tratamento	39 (20,5)	49 (25,8)
Outra	5 (2,6)	83 (43,7)
Não sei /Não se aplica	3 (1,6)	85 (44,7)

### 1.3. CARACTERIZAÇÃO DA MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT)

Em termos de caracterização global da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), na nossa amostra, verificou-se um valor médio de 5,349 com um desvio-padrão de 0,606. A moda corresponde ao valor 6 (Nunca). O valor mínimo encontrado de adesão é 2,57 e o máximo é de 6 (tabela 16).

Tabela 16: Estatística descritiva da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Moda</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b><i>MAT</i></b>	2,57	6	6	5,349	0,606

Pela análise descritiva da tabela dicotômica do MAT (tabela 17), verifica-se que os indivíduos são mais aderentes quanto ao item “Deixar de tomar os medicamentos por outra razão que não seja a indicação médica” (174; 91,6%). Por outro lado, os indivíduos são menos aderentes quanto ao item “Descuido com as horas da toma” (138; 72,6%).

Tabela 17: Distribuição da escala dicotômica convertida do MAT

<i>Escala Dicotômica convertida do MAT</i>	<i>Não Aderente</i>	<i>Aderente</i>
	N (%)	N (%)
Esqueceu de tomar	50 (26,3)	140 (73,7)
Descuido com as horas da toma	52 (27,4)	138 (72,6)
Deixar de tomar por se sentir melhor	41 (21,6)	149 (78,4)
Deixar de tomar por se sentir pior	29 (15,3)	161 (84,7)
Tomou um ou vários por se sentir pior	26 (13,7)	164 (86,3)
Interrupção terapêutica por deixar acabar os medicamentos	22 (11,6)	168 (88,4)
Deixar de tomar os medicamentos por outra razão que não seja a indicação médica	16 (8,4)	174 (91,6)

A adesão terapêutica dos indivíduos em psicofármacos, avaliada através da escala “MAT” (tabela 18) como “escala dicotômica convertida” (aderente e não aderente), permitiu concluir que a grande maioria dos indivíduos são aderentes à terapêutica (78,4%). Contudo, 21,6% dos utentes podem ser considerados como não aderentes aos tratamentos medicamentosos para a sua doença (psicofármacos).

Tabela 18: Distribuição dos participantes segundo a escala dicotômica convertida

<i>Escala dicotômica convertida</i>	N	%
Não Aderentes	41	21,6
Aderentes	149	78,4
Total	190	100,0

Quando questionados se nas duas últimas semanas estiveram alguns dias sem tomar medicação (tabela 19), 153 (80,5%) dos inquiridos responderam que nunca deixaram de

tomar a medicação (0 dias) seguidos de 22 (11,6%) participantes que estiveram apenas um dia sem tomar a medicação nas duas últimas semanas.

Tabela 19: Distribuição dos dias sem tomar medicação

<i>Número de dias</i>	<b>0 Dias</b>	<b>1 Dia</b>	<b>2 Dias</b>	<b>3 Dias</b>	<b>4 Dias</b>	<b>5 Dias</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Esteve alguns dias sem tomar a medicação?	153 (80,5)	22 (11,6)	4 (2,1)	3 (1,6)	0 (0,0)	8 (4,2)

#### 1.4. ANÁLISE DAS HIPÓTESES

De forma a testar as relações das nossas variáveis, procedemos ao teste de cada uma das hipóteses para descrever e retirar as devidas ilações. Os resultados são apresentados em quadros antecedidos da respetiva análise. Foi considerado um nível de significância de 0,05, para um nível de confiança de 95%.

*H<sub>1</sub> - A adesão terapêutica em psicofármacos está relacionada com as respetivas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, habilitações literárias, situação profissional, estado civil e situação de coabitação).*

Tabela 20: Associação entre à adesão terapêutica em função do sexo

<i>Sexo</i>	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<b>Z</b>	<b>ρ</b>
	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>		
Adesão terapêutica (MAT)	71	95.51	119	95.49	-0.003	0.998

Teste U de Mann-Whitney

No estudo conjunto da informação referente ao sexo dos indivíduos e à sua adesão terapêutica em psicofármacos (tabela 20), podemos verificar que os sujeitos do sexo masculino obtiveram médias mais altas (95,51) do que os do sexo feminino (95,49). Contudo, devemos salientar uma

homogeneidade nas médias obtidas. Logo não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ).

Tabela 21: Relação entre a idade e a adesão terapêutica

Idade	Ró de Spearman	$\rho$
Adesão terapêutica (MAT)	<i>0.177</i>	<i>0.015</i>

Ao relacionarmos a idade dos indivíduos com a adesão terapêutica em psicofármacos (Correlação de Spearman), observa-se uma tendência para a idade se correlacionar positivamente com a adesão terapêutica por parte dos indivíduos, ou seja, consoante aumenta a idade dos sujeitos, assim estes tendem a ter uma melhor adesão terapêutica em psicofármacos. Embora essa correlação seja estatisticamente significativa ( $\rho < 0,05$ ), é, no entanto, muito fraca ( $Ró = 0,177$ ). Assim, podemos afirmar que a idade influencia a adesão terapêutica em psicofármacos, mas de forma ténue. (Tabela 21 e Gráfico 2).

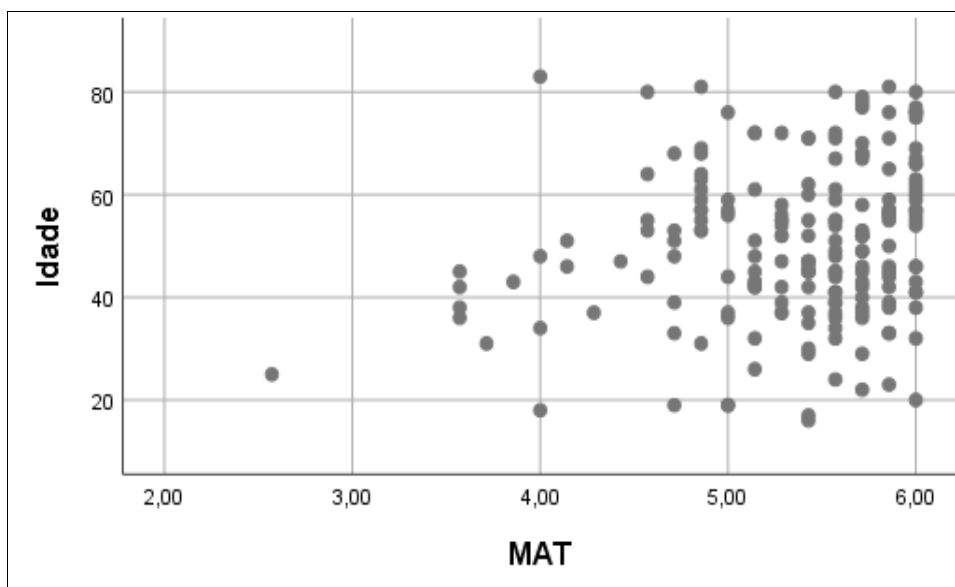


Gráfico 2: Distribuição entre a adesão terapêutica e a idade

Tabela 22: Associação entre as habilitações literárias dos indivíduos e a sua adesão terapêutica

<i>Adesão terapêutica</i> <i>Habilitações literárias</i>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	$\chi^2$	$\rho$
Não saber ler nem escrever	9	112.33	<b>9.605</b>	<b>0.048</b>
Ensino Primário (antiga 4 classe)	80	107.86		
Ensino Básico (9º ano de escolaridade)	51	85.42		
Ensino Secundário (12º ano de escolaridade)	26	87.12		
Ensino Superior	24	78.48		

Teste de Kruskal-Wallis

Pela leitura e análise da Tabela 22, que compara as habilitações literárias dos indivíduos com a sua adesão terapêutica em psicofármacos, verificamos uma tendência para a adesão terapêutica piorar com o aumento da escolaridade dos indivíduos (médias mais baixas). Assim, são os indivíduos com formação superior aqueles que apresentam pior adesão terapêutica (78,48), e são os que não sabem ler nem escrever aqueles que apresentam melhor adesão terapêutica em psicofármacos (112,33).

A fim de verificarmos se existe ou não diferença significativa entre as habilitações literárias e a adesão terapêutica em psicofármacos, utilizámos o teste de Kruskal-Wallis que identificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $\rho = 0,048$ ) entre os grupos. Logo, podemos afirmar que a escolaridade influencia a adesão terapêutica em psicofármacos.

Tabela 23: Associação entre a situação profissional dos indivíduos e a adesão terapêutica

<i>Adesão terapêutica</i> <i>Situação profissional</i>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	$\chi^2$	$\rho$
Trabalhador por conta de outrem	57	96.13	<b>8.489</b>	<b>0.131</b>
Trabalhador por conta própria	11	63.14		
Desempregada	29	92.67		
Estudante	7	68.50		
Doméstica	16	87.31		
Reformado(a)	70	105.81		

Teste de Kruskal-Wallis

Cruzando a informação referente à situação profissional dos indivíduos com a sua adesão terapêutica em psicofármacos, (Tabela 23), constatamos que os indivíduos reformados (105,81) são aqueles com melhor adesão terapêutica em psicofármacos, enquanto os que têm pior adesão (63,14) são os trabalhadores por conta própria. Contudo, estas diferenças encontradas, entre os seis grupos em estudo, não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ); logo, podemos refutar a relação entre a situação profissional dos indivíduos e a sua adesão terapêutica em psicofármacos.

Tabela 24: Associação entre o estado civil dos indivíduos e a adesão terapêutica

<i>Adesão terapêutica Estado Civil</i>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
Casado(a)	97	98.62	1.059	0.787
Solteiro(a)	52	89.02		
Viúvo(a)	19	96.95		
Divorciado/separado(a)	22	95.82		

Teste de Kruskal-Wallis

Pela leitura e análise da Tabela 24, que compara o estado civil dos indivíduos com a sua adesão terapêutica em psicofármacos, verificamos uma grande homogeneidade nas ordenações médias obtidas. Contudo, são os indivíduos que são casados aqueles com melhor adesão terapêutica em psicofármacos (médias mais elevadas), enquanto os que são solteiros são aqueles com pior adesão (médias mais baixas). Apesar destes resultados, não existe diferença estatisticamente significativa entre o estado civil dos indivíduos e a sua adesão terapêutica em psicofármacos ( $p > 0,05$ ).

Tabela 25: Associação entre a adesão terapêutica em função da situação de coabitação

<i>Situação coabitação</i>	<i>Vive sozinho</i>		<i>Vive com familiares</i>		<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>		
Adesão terapêutica (MAT)	23	92.61	167	95.90	-0.270	0.787

Teste U de Mann-Whitney

Ao avaliarmos a relação da situação de coabitação dos indivíduos com a sua adesão terapêutica em psicofármacos (Tabela 25), verificámos que os indivíduos que vivem com familiares apresentam médias mais elevadas (95,90), do que aqueles que vivem sozinhos (92,61). Logo, apresentam uma melhor adesão terapêutica em psicofármacos.

Com o intuito de verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizámos o teste U de Mann-Whitney. Como o valor de “p” é superior ao nível de significância fixado ( $\alpha=0,05$ ), considera-se desta forma que não existe diferença significativa entre os grupos, o que nos permite concluir que a situação de coabitação dos indivíduos não tem poder explicativo sobre a adesão terapêutica em psicofármacos.

***H<sub>2</sub> - A adesão terapêutica em psicofármacos está relacionada com o tempo de diagnóstico da doença.***

Tabela 26: Relação entre o tempo de diagnóstico da doença com a adesão terapêutica

<i>Tempo de diagnóstico da doença</i>	<b>Ró de Spearman</b>	<b>p</b>
Adesão terapêutica (MAT)	-0.040	0.582

Correlação de Spearman

Pela observação e análise da tabela 26, que relaciona o tempo da doença dos indivíduos com a sua adesão terapêutica em psicofármacos (Correlação de Spearman), concluímos que a adesão terapêutica vai diminuindo com o tempo de diagnóstico da doença (correlação negativa).

Contudo, essa correlação não é estatisticamente significativa ( $p>0,05$ ). Isto leva-nos a rejeitar a hipótese nula, ou seja, a adesão terapêutica em psicofármacos não está relacionada com o tempo de doença.

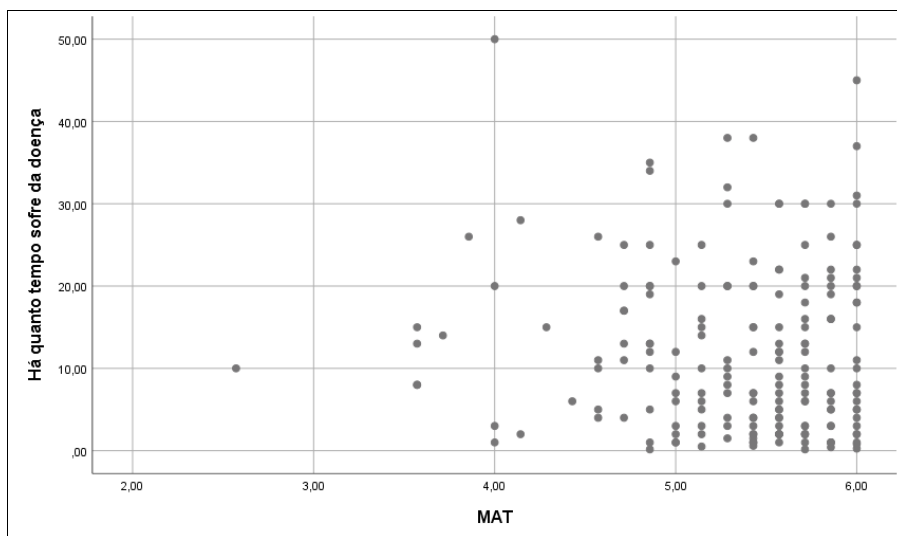


Gráfico 3: Distribuição entre a adesão terapêutica e o tempo de diagnóstico da doença

***H<sub>3</sub> - A adesão terapêutica em psicofármacos está relacionada com os diferentes grupos farmacoterapêuticos (ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; antidepressivos; estabilizadores do humor; antipsicóticos; antiepiléticos e anticonvulsivantes)***

Tabela 27: Associação entre a adesão terapêutica e a toma de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos

<b><i>Toma de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos</i></b>	<b><i>Não</i></b>		<b><i>Sim</i></b>		<b>Z</b>	<b>P</b>
	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>		
Adesão terapêutica (MAT)	41	95.13	149	95.60	-0.048	0.961

Teste U de Mann-Whitney

Ao avaliarmos a forma como a toma de terapêutica do grupo farmacoterapêutico ansiolíticos, sedativos e hipnóticos tem influência na adesão terapêutica dos indivíduos em psicofármacos (Tabela 27), verificámos que os indivíduos que tomam estes fármacos apresentam médias mais elevadas (95,60) do que aqueles que não tomam este tipo de fármacos (95,13), Logo, têm uma melhor adesão terapêutica a este grupo de psicofármacos.



Para verificarmos se essas diferenças encontradas são estatisticamente significativas, aplicamos o teste U de Mann-Whitney, o que nos permitiu concluir que a associação entre os grupos não é estatisticamente significativa (para um nível de significância de 0,05).

Tabela 28: Associação entre a adesão terapêutica e a toma de antidepressivos

<i>Toma de antidepressivos</i>	<i>Não</i>		<i>Sim</i>		<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>		
Adesão terapêutica (MAT)	79	89.22	111	99.97	-1.335	0.182

Teste U de Mann-Whitney

Na associação entre a toma da terapêutica antidepressiva e a adesão terapêutica dos indivíduos em psicofármacos (Tabela 28) podemos verificar que os indivíduos que não tomam antidepressivos obtiveram médias mais baixas (89,22) do que aqueles que os tomam (99,97). Logo, têm uma pior adesão terapêutica em psicofármacos. Com o intuito de verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizamos o teste U de Mann-Whitney. Como o valor de “p” é muito superior ao nível de significância fixado ( $\alpha=0,05$ ), consideramos desta forma que não existe diferença significativa entre os grupos, o que nos permite afirmar que a toma de fármacos antidepressivos não tem poder explicativo sobre a adesão terapêutica dos indivíduos em psicofármacos.

Tabela 29: Associação entre a adesão terapêutica e a toma de estabilizadores do humor

<i>Toma de estabilizadores do humor</i>	<i>Não</i>		<i>Sim</i>		<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>		
Adesão terapêutica (MAT)	183	96.10	7	79.86	-0.771	0.441

Teste U de Mann-Whitney

Pela leitura e análise da Tabela 29, que compara a relação entre a toma de terapêutica estabilizadora do humor e a adesão terapêutica dos indivíduos em psicofármacos, verificamos que os indivíduos que não tomam estabilizadores do humor obtiveram médias mais elevadas do que aqueles que os tomam. Logo, uma melhor adesão terapêutica a este grupo de psicofármacos. A fim de verificarmos se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizamos o teste U de Mann-Whitney, que não identificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,441$ ) entre os dois grupos.

Tabela 30: Associação entre a adesão terapêutica e a toma de antipsicóticos

<i>Toma de antipsicóticos</i>	<i>Não</i>		<i>Sim</i>		<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>		
Adesão terapêutica (MAT)	114	95.66	76	95.26	-0.050	0.960

Teste U de Mann-Whitney

No que diz respeito à influência da toma de medicação antipsicótica por parte dos indivíduos com a sua adesão terapêutica em psicofármacos, a análise da Tabela 30 permite verificar uma grande semelhança entre as médias obtidas. Logo, o teste estatístico utilizado (teste *U* de Mann-Whitney) veio confirmar essa primeira análise. O valor de “p” é muito superior ao nível de significância fixado ( $\alpha = 0,05$ ), considerando desta forma que não existe diferença significativa entre a toma de medicação antipsicótica por parte dos indivíduos e a sua adesão terapêutica em psicofármacos.

Tabela 31: Associação entre a adesão terapêutica e a toma de antiepiléticos e anticonvulsivantes

<i>Toma de antiepiléticos e anticonvulsivantes</i>	<i>Não</i>		<i>Sim</i>		<b>Z</b>	<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>		
Adesão terapêutica (MAT)	151	94.39	39	99.78	-0.548	0.583

Teste U de Mann-Whitney

A tabela 31 revela que os indivíduos que estão medicados com fármacos antiepiléticos e anticonvulsivantes têm uma melhor adesão terapêutica do que aqueles que não tomam este tipo de fármacos (médias mais elevadas). Contudo, o teste U de Mann-Whitney permitiu constatar que a diferença entre os grupos não é significativa ( $p > 0,05$ ).

***H<sub>4</sub> - A adesão terapêutica em psicofármacos está relacionada com a presença de reações adversas dos psicofármacos.***

Tabela 32: Associação entre a adesão terapêutica e a presença de reações adversas dos psicofármacos

<i>Reações adversas dos psicofármacos</i>	<i>Não</i>		<i>Sim</i>		<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>		
Adesão terapêutica (MAT)	<b>106</b>	<b>104.88</b>	<b>84</b>	<b>83.67</b>	<b>-2.655</b>	<b>0.008</b>

Teste U de Mann-Whitney

No estudo conjunto da informação referente a presença de reações adversas decorrentes da toma dos psicofármacos com a adesão terapêutica aos mesmos (Tabela 32), podemos verificar que os sujeitos que não referiram reações adversas em psicofármacos obtiveram médias mais altas (104,88) do que aqueles que tiveram essas reações adversas (88,67). Logo revelam maior adesão terapêutica a este grupo de psicofármacos. Para verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas utilizamos o teste U de Mann-Whitney. O teste permitiu verificar que as diferenças são significativas ( $p < 0,05$ ). Aceitamos a quarta hipótese de investigação: a adesão terapêutica em psicofármacos está relacionada com as reações adversas.

***H<sub>5</sub> - A adesão terapêutica em psicofármacos está relacionada com o número de dias que os indivíduos não tomaram a medicação***

Tabela 33: Relação entre a adesão terapêutica e o número de dias sem tomar os psicofármacos

<i>Número de dias sem tomar medicação</i>	<i>Ró de Spearman</i>	<i>p</i>
Adesão terapêutica (MAT)	<b>-0.407</b>	<b>0.000</b>

Correlação de Spearman

Ao relacionarmos o número de dias em que os indivíduos não tomaram os psicofármacos e a sua adesão terapêutica aos mesmos (Correlação de Spearman), observa-se uma tendência para o número de dias sem tomar os psicofármacos se correlacionar de forma

negativa com a adesão terapêutica, ou seja, consoante aumenta o número de dias “em que se esqueceu de tomar” os indivíduos tendem a ter uma pior adesão terapêutica em psicofármacos, e esta relação é altamente significativa ( $p < 0,001$ ). É, pois, legítimo afirmar que a adesão terapêutica em psicofármacos está relacionada com o número de dias que os indivíduos não tomaram a medicação (Tabela 33).

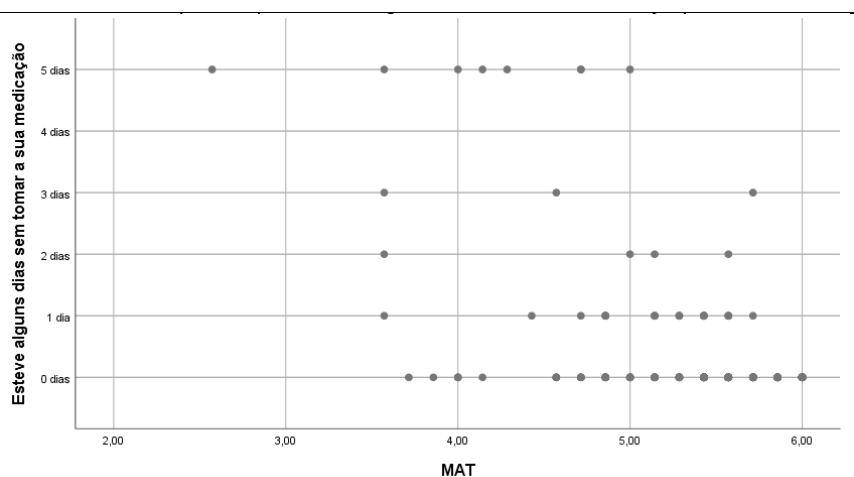


Gráfico 4: Distribuição entre a adesão terapêutica e os dias que esteve sem tomar medicação

O gráfico 4 permite observar com mais objetividade a tendência de adesão terapêutica em função dos dias que os indivíduos estiveram sem tomar a medicação.

## 2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterizada a nossa amostra e feita a apresentação dos resultados, resta-nos interpretar os mesmos, procedendo à sua discussão e apreciação crítica, de forma a permitir uma melhor compreensão do tema. A discussão dos resultados baseia-se nos objetivos do estudo, nas hipóteses formuladas e na dependência entre as variáveis.

Do presente estudo retiramos que a amostra é constituída por 190 utentes que frequentaram a Consulta Externa, durante o mês de Outubro de 2011. A nossa amostra é na sua maioria constituída por doentes do sexo feminino (62,6%). Estes resultados são confirmados por outros estudos (Leonardo, Cunha, Sakae, Remor, & cols., 2017; Luc et al., 2018; Scholl et al., 2017). O sexo feminino demonstra mais responsabilidade familiar o que pode gerar mais e maiores conflitos. Por outro lado, tendo em conta que é uma amostra acidental, pode ter abrangido mais mulheres.

Comparando a idade dos respondentes, verificamos que cerca de 41% se situa na faixa etária entre os 46 e os 65 anos de idade, com média de idade de 50,58 anos ( $dp \pm 15,14$ ).

O nosso estudo revela também que grande parte dos utentes tem como habilitações literárias o ensino primário (antiga 4ª classe) e são maioritariamente reformados (36,8%) quanto à sua situação profissional.

O estudo também revela que cerca de metade (51,1%) dos doentes da nossa amostra são casados o que é confirmado por outros estudos (Leonardo et al., 2017). Uma relação entre duas pessoas pode ser conflituosa e gerar doença mental.

Observando o nível económico da nossa amostra concluímos que se situa num nível baixo (55,3%). Estes dados são corroborados por Luc et al. (2018) num estudo que teve como objetivo determinar os padrões de uso de benzodiazepinas em cuidados de saúde primários em adultos com transtornos de ansiedade.

O agregado familiar é composto por duas ou três pessoas na sua grande maioria.

No que concerne ao conhecimento da doença, este estudo revela que a doença mental foi diagnosticada, na maior parte dos indivíduos, entre um e cinco anos (23,2%), com uma

média de 12,11 anos ( $dp \pm 10,10$ ). De referir que em 18,4% dos indivíduos a doença foi-lhe diagnosticada há mais de 21 anos.

A grande maioria (55,8%) não refere que sente reações adversas, e os sintomas mais referidos por aqueles que referem sentir são: alterações de peso, sonolência, alterações do apetite, ansiedade e fadiga.

No que concerne à atitude tomada face às reações adversas constata-se que a maioria dos respondentes falou com o médico prescriptor embora continuasse com o tratamento.

Pela interpretação dos resultados da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), verificou-se que a grande maioria dos indivíduos são aderentes (78,4%), dado que o valor médio das suas respostas é de 5,34 ( $dp \pm 0,60$ ) e moda 6 (Nunca).

O estudo também refere que os inquiridos apresentam uma percentagem elevada (80,5%) ao responderem que nunca deixaram de tomar medicação (zero dias), quando questionados se nas duas últimas semanas estiveram alguns dias sem tomar medicação.

Pelos resultados encontrados na relação entre a adesão terapêutica e o sexo, fica demonstrado que a adesão terapêutica em psicofármacos não é influenciada pelo sexo. De notar que a média das ordenações dos 71 sujeitos do sexo masculino é de 95,51 e a média das ordenações dos 119 sujeitos do sexo feminino é de 95,49. Mas essa diferença não foi considerada estatisticamente significativa. Uma revisão de literatura realizada por Tham et al., (2016) refere que, dos oito estudos revistos, sete não estavam correlacionados com o género, somente um estudo relacionou a adesão com o género, talvez porque a amostra era pequena (76 pacientes), o que talvez seja um falso positivo.

Quando relacionamos a idade dos indivíduos com a adesão terapêutica em psicofármacos, podemos afirmar que a adesão terapêutica em psicofármacos está correlacionada positivamente, mas de intensidade muito fraca ( $p=0,177$ ) (Byrman & Cramer citado por Pocinho, 2009, p. 72), e que é diretamente proporcional, ou seja, quanto mais velhos os sujeitos, maior será a adesão terapêutica. Pelo valor obtido poderemos concluir que é uma correlação muito fraca, mas com significância estatística ( $p < 0,05$ ). Num estudo realizado por Descalço (2017), em que este procede à revisão de literatura no que concerne aos fatores que influenciam a adesão ao tratamento em doentes com esquizofrenia, o autor

refere que um dos principais fatores de risco para a baixa adesão é a idade jovem, o que corrobora a nossa hipótese. Ainda num estudo efetuado por Tavares, Bertoldi, Mengue, & Arrais (2016), cujo objetivo foi avaliar os fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico em doenças crónicas foi relatado que a baixa adesão está associada a indivíduos adultos jovens. Num artigo de revisão, Colom et al. (2005) refere que os adolescentes e os idosos são os utentes com menor adesão em doentes portadores de doença bipolar.

Na relação entre a adesão terapêutica em psicofármacos e habilitações literárias, os resultados indicam que existe evidência estatística suficiente para afirmar que as habilitações literárias influenciam a adesão terapêutica em psicofármacos nesta amostra ( $p < 0,05$ ). Observando as médias das ordenações dos 5 grupos, verifica-se que a média mais baixa é dos sujeitos que detêm ensino superior (78,48), logo estes são os indivíduos menos aderentes. Os indivíduos mais aderentes são os que não sabem ler nem escrever. Eticha, Teklu, Ali, Solomon, & Alemayehu, (2015) também confirmam esta hipótese no seu estudo descritivo correlacional realizado em 393 indivíduos no norte da Etiópia com o objetivo de identificar fatores associados à adesão terapêutica em doentes com esquizofrenia. Salvaguardemos que esta amostra apresenta um contexto cultural diferente de Portugal.

Constatamos que, na relação da adesão terapêutica em psicofármacos com a situação profissional, não existe evidência estatística suficiente para demonstrar que a situação profissional afeta a adesão. Ainda assim, notamos que o grupo dos reformados são os mais aderentes. Estes resultados também são confirmados por Eticha et al., (2015) no seu estudo sobre os fatores associados à falta de adesão.

Na análise da relação do estado civil com a adesão terapêutica, verificamos que não existem diferenças significativas entre as médias independentes do estado civil. Concluimos que a adesão terapêutica não é influenciada pelos quatro grupos do estado civil. Estes dados são confirmados pelo artigo de revisão em doentes com transtorno bipolar de Colom et al. (2005) e por Eticha et al., (2015), no seu estudo em que identificaram os fatores que levaram à não-adesão terapêutica de antipsicóticos na esquizofrenia.

Quanto à hipótese de a adesão terapêutica em psicofármacos estar relacionada com situação de coabitação, não há evidência estatística suficiente para afirmar que as distribuições de adesão terapêutica nas duas populações de situação de coabitação são iguais. Em doentes

com esquizofrenia e depressão e quando existe apoio profissional e familiar, os doentes são mais aderentes. Concluimos, pois que a falta de um contexto familiar é um forte preditor para a falta de adesão (Cunha & Gandini, 2009; Descalço, 2017).

Ao correlacionarmos a adesão terapêutica em psicofármacos com o tempo de diagnóstico, verificámos que ambas as variáveis não estão estatisticamente correlacionadas ( $\rho=-0,040$ ;  $p=0,582$ ). Apesar disto, podemos afirmar mais concretamente que a adesão terapêutica varia no sentido inverso, ou seja, a adesão terapêutica em doentes que tomam psicofármacos vai diminuindo com o tempo de diagnóstico da doença.

Ao avaliarmos se a toma da terapêutica dos vários subgrupos de psicofármacos influencia a adesão terapêutica em psicofármacos, verificámos que em todos os subgrupos de psicofármacos não existem diferenças estatisticamente significativas, sobre a adesão terapêutica dos indivíduos.

Constatámos que a adesão terapêutica depende das reações adversas dos psicofármacos. As médias são diferentes e contribuem para explicar a variável dependente. As diferenças são estatisticamente significativas para afirmar que os sujeitos que referem reações adversas têm uma menor adesão terapêutica. Estes dados são comprovados pelo estudo realizado por Cunha & Gandini, (2009) em que os efeitos colaterais podem constituir um fator relacionado com a não-adesão ao tratamento farmacológico para a depressão. Também são confirmados por Eticha et al., (2015), num estudo em doentes com esquizofrenia. Descalço (2017) constatou que os efeitos colaterais, como o peso, marcam mais um jovem adulto do que um doente mais velho.

Ao relacionarmos a adesão terapêutica com o número de dias em que os indivíduos não tomaram a medicação, verificámos que existe uma relação altamente significativa ( $p<0,001$ ), moderada e negativa ( $\rho = -0,407$ ) (Byrman & Cramer citado por Pocinho, 2009, p. 72). Logo há evidência estatística forte para garantir que quanto maior é o número de dias sem tomar a medicação menor é a adesão terapêutica em psicofármacos.

Leonardo et al. ( 2017), ao avaliar a prevalência das doenças mentais em regime de ambulatório e o perfil de utilização de psicofármacos nestes pacientes, observaram que nas alterações do humor como a depressão e a perturbação bipolar os psicofármacos mais



utilizados são os antidepressivos seguidos dos antipsicóticos. Estes dados confirmam o que foi por nós encontrado.

Berk et al., (2010), num estudo com o objetivo de analisar os desafios envolvidos na melhoria da adesão em doentes com transtorno bipolar, relatam que a psicoterapia em conjunto com a psicofarmacologia melhora a adesão terapêutica em psicofármacos. É uma abordagem centrada na pessoa, encorajando os pacientes a maximizar a recuperação e a ter mais saúde (Colom et al., 2005).

Estas são estratégias com o intuito de promover a eficácia dos psicofármacos, melhorar os esquemas de tratamento, aumentar a motivação através de técnicas psicossociais e capacitar os pacientes tornando-os mais responsáveis pelo seu tratamento e melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e doentes (Colom et al., 2005; Tavares et al., 2016).

O tratamento não farmacológico tem um papel muito importante em qualquer esquema terapêutico de qualquer doença, mas é especialmente importante no contexto das doenças mentais.



## CONCLUSÃO

Conscientes de que o conhecimento científico deve ser o nosso motor e fonte de inspiração, para se desenhar e desenvolver a investigação, estamos também cientes de que existem sempre limitações nos estudos realizados e o que agora terminamos, não foi exceção.

Em qualquer doença, os fármacos são um elemento chave para o seu tratamento. Para que o tratamento seja eficaz é necessário que o doente concorde e aceite as orientações dos profissionais elevando os níveis de adesão à terapêutica.

As doenças psiquiátricas são um problema com enorme impacto na qualidade de vida porque afetam os doentes e suas famílias quer psicológica, emocional e socialmente. Em doentes psiquiátricos, uma boa adesão é fundamental, pois diminui a probabilidade de recidivas com posteriores hospitalizações e que se traduz em ganhos em saúde: para o doente, família e para o Sistema Nacional de Saúde (Cardoso et al., 2016).

As consequências das doenças psiquiátricas mais comuns em termos de perda de saúde são enormes. Segundo a Organização Mundial de Saúde a depressão é o que mais contribui para a incapacidade, verificando-se em Portugal, no ano de 2015, que 7,5% do total de anos vividos são vividos com incapacidade (DALY) e as perturbações de ansiedade ficam em 6º lugar, com 3,4% do total de anos vividos com incapacidade (WHO, 2015).

A nossa primeira limitação surgiu durante a pesquisa bibliográfica, devido à falta de estudos comparativos da adesão terapêutica em psicofármacos e as perturbações psiquiátricas que nos servissem de base para a nossa discussão de resultados.

Consideramos ainda que foi limitativa a ausência de um instrumento de recolha de dados direcionado para a adesão em doenças psiquiátricas, com questões mais pormenorizadas e específicas e de preferência validado para o território português, apesar de a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) mostrar uma fiabilidade satisfatória. A avaliação dos procedimentos na adesão é fulcral para adoção de normas e comportamentos consoante as características individuais quer do doente, quer do profissional de saúde (Dias et al., 2011).

Uma mais-valia é podermos analisar quais os fatores de risco associados à baixa adesão terapêutica e à complexidade dos regimes terapêuticos relacionados com as diversas perturbações psiquiátricas considerados doenças crónicas em centros de saúde, através de

novos instrumentos, mesmo que traduzidos e validados para a população portuguesa. Estes poderão servir de base para implementar estratégias para a prevenção das doenças e promoção da saúde mental em cuidados de saúde primários.

Com os resultados obtidos e sua discussão podemos concluir que:

- A amostra é constituída por 190 utentes que frequentaram a Consulta Externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC), durante o mês de Outubro de 2011. A sua maioria é constituída pelo sexo feminino, maioritariamente situados na faixa etária dos 46 aos 65 anos. Grande parte dos indivíduos detém o ensino primário (antiga 4ª classe) e são maioritariamente reformados. Metade dos indivíduos da nossa amostra são casados, com um agregado familiar composto por duas ou três pessoas e com nível económico baixo;
- Sobre a situação clínica da doença, o estudo revela que esta lhes foi diagnosticada, na grande maioria, há pouco tempo (entre um e cinco anos), não refere a existência de reações adversas na sua generalidade e quando refere reações adversas a atitude tomada mais frequentemente foi falar com o médico prescriptor. Nas duas últimas semanas nunca deixaram de tomar a medicação;
- A adaptação da MAT é válida para a adesão terapêutica em psicofármacos em doentes com perturbações mentais, permite a utilização deste instrumento com confiança, atendendo às suas propriedades psicométricas;
- A maioria dos doentes refere ser aderente à terapêutica em psicofármacos;
- A adesão terapêutica não é influenciada pelo sexo. A diferença de médias entre os dois grupos não é significativa;
- A adesão terapêutica está relacionada com a idade dos respondentes. Assim, nesta amostra podemos dizer que o aumento da idade traz maior adesão à terapêutica de forma ténue;
- Na relação entre adesão terapêutica e as habilitações literárias, a adesão é influenciada pelas habilitações literárias que os sujeitos detêm: os mais aderentes são os sujeitos com menos habilitações;

- Adesão terapêutica não é influenciada pela situação profissional dos indivíduos, embora a categoria de reformados tenha uma média mais elevada. Estes são, pois, os mais aderentes dentro da amostra;

- Na relação entre adesão terapêutica e o estado civil, assim como na relação entre adesão terapêutica e situação de coabitação, a adesão terapêutica não é influenciada;

- Na relação entre adesão terapêutica e o tempo de diagnóstico de doença, a adesão terapêutica não se correlaciona com o tempo de diagnóstico;

-Ao associarmos a adesão terapêutica com os diversos grupos farmacoterapêutico, concluímos que a adesão terapêutica não é influenciada pelo subgrupo de psicofármacos tomados, sejam eles: ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, antidepressivos, estabilizadores do humor, antipsicóticos e antiepiléticos e anticonvulsivantes;

- No entanto, relacionando a adesão terapêutica com as reações adversas, verificou-se que estas influenciam a adesão terapêutica. Os doentes que referem ter reações adversas têm uma menor adesão à terapêutica em psicofármacos;

- Ao relacionarmos a adesão terapêutica em psicofármacos com o número de dias em que os indivíduos não tomaram medicação, podemos concluir que existe uma correlação negativa entre as duas variáveis, ou seja, quanto maior é o número de dias sem tomar a medicação menor a adesão terapêutica e vice-versa;

Ao terminar este trabalho, julgamos ter atingido os objetivos a que inicialmente nos propusemos. Sabemos hoje dar resposta às questões de investigação por nós formuladas. Estamos agora mais conhecedores do nível de adesão e dos fatores que influenciam a adesão terapêutica em psicofármacos.

É muito importante identificar quais os fatores de risco que mais influenciam a adesão terapêutica com a finalidade de personalizar as intervenções, de motivar o doente, a família e seus cuidadores informais, para que haja uma boa adesão à terapêutica em doenças crónicas como são as doenças psiquiátricas.

Em futuros estudos as pesquisas deveriam incidir sobre os principais fatores que afetam a não-adesão, como o esquecimento e os efeitos secundários, e implementar procedimentos

que permitam a monitorização dos efeitos adversos dos psicofármacos com a elaboração de um guia farmacológico. Em doenças crónicas, como as perturbações mentais, a promoção da adesão terapêutica irá aumentar a eficácia do tratamento, reduzir a incidência de complicações com possíveis reinternamentos, aumentar a qualidade de vida dos doentes e famílias e diminuir assim os gastos no SNS. É esta a função de um psicofármaco: controlar os sintomas e evitar as recidivas.

Neste contexto e em futuros trabalhos dever-se-ia também avaliar a eficácia doutras intervenções não farmacológicas como a psicoterapia e a psicoeducação na adesão terapêutica a psicofármacos em doentes com perturbações mentais.

Torna-se importante a consciencialização de que equipas multidisciplinares são uma mais-valia pela importância que têm na orientação da doença e dos psicofármacos, não esquecendo a psicoterapia (terapias cognitivo-comportamentais) e a psicoeducação dos utentes, baseada no aumento da informação que o doente deverá possuir sobre a sua doença, o tratamento e o seguimento contínuo dos mesmos doentes. São estes os pilares que contribuem para o desenvolvimento de novas estratégias, ao estabelecer um grau de empatia entre doente e o profissional de saúde, levando ao maior sucesso na adesão terapêutica em psicofármacos (Santin, Ceresér, & Rosa, 2005).

A WHO (2018) recomenda, através das suas guidelines, que os programas de saúde devem incluir intervenções individuais de saúde no que diz respeito aos fatores de risco para a saúde física precária. A nível de cuidados de saúde também refere que os profissionais de saúde necessitam de estar mais habilitados para o aconselhamento dos doentes com doenças mentais. Intervenções a nível comunitário com programas de apoio a pares e familiares e programas de redução de estigma e discriminação social são também recomendados por esta organização.

Avaliar o papel das famílias na adesão terapêutica, também é importante. Os familiares têm por vezes muitas dificuldades em convencer o doente a aderir ao tratamento farmacológico e não farmacológico. É necessário dotar também os familiares de alguns conhecimentos sobre a doença do seu familiar, como forma de promover a saúde e a qualidade de vida dos doentes, o que posteriormente se irá refletir na qualidade das relações familiares e sociais.







## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. M. N. (2009). *Do Universo ao Multiverso da Esquizofrenia - Estudo de Caso*. Universidade Fernando Pessoa. Retrieved June 8, 2019, from <http://hdl.handle.net/10284/1360>
- APA. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. (A. Association, Ed.). Artmed. <https://doi.org/https://doi.org/1011769780890425596>
- Baldessarini, R. (1996a). Fármaco e o tratamento dos Distúrbios Psiquiátricos: Depressão e Mania. In *GOODMAN & GILMAN - As bases farmacológicas da terapêutica* (9ª Edição, pp. 314–334). Dallas; Texas: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Baldessarini, R. (1996b). Fármaco e o tratamento dos Distúrbios Psiquiátricos: Psicose e Ansiedade. In *GOODMAN & GILMAN - As bases farmacológicas da terapêutica* (9ª Edição, pp. 290–313). Dallas; Texas: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Ballone, G. J. (2005). Transtorno Afetivo Bipolar. Retrieved June 5, 2019, from <http://psiqweb.net/index.php/depressao-2/transtorno-afetivo-bipolar/>
- Ballone, G. J. (2015). Ansiedade. Retrieved May 23, 2019, from <http://psiqweb.net/index.php/ansiedade-2/>
- Ballone, G. J., & Ortolani, I. V. (2008). Psicofarmacologia para não Psiquiatras: Antipsicóticos. Retrieved May 31, 2019, from <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=213>
- Berk, L., Hallam, K. T., Colom, F., Vieta, E., Hasty, M., Macneil, C., & Berk, M. (2010). Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Human Psychopharmacology*, 25(1), 1–16. <https://doi.org/10.1002/hup.1081>
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas. *NOC de Adesão Terapêutica*. Retrieved February 16, 2019, from <https://cembe.org/avc/docs/NOC deAdesão a Patologias Crônicas CEMBE 2004.pdf>
- Cabral, A. R. (2016). *Influência Da Adesão À Terapêutica No Controlo Da Diabetes Tipo 2*. Universidade de Coimbra. Retrieved May 26, 2019, from [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/47188/1/M\\_Rita\\_Cabral.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/47188/1/M_Rita_Cabral.pdf)
- Cabral, M. V., & Silva, P. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos*

- da população portuguesa perante as prescrições médicas.* (I. de C. Sociais, Ed.) (1ª). Lisboa.
- Cadilhe, S. (2004). Benzodiazepinas – prevalência de prescrição e concordância com os motivos de consumo. *Rev Port Clin Geral*, 20, 193–202.
- Cardoso, A., Byrne, M., & Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(3), 209–219. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.004>
- Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M., Sánchez-Moreno, J., & Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disorders, Supplement*, 7(5), 24–31. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00248.x>
- Cordioli, A. (n.d.). Psicofarmacos nos Transtornos Mentais. Retrieved April 15, 2019, from [http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Caballo\\_6\\_8.pdf](http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Caballo_6_8.pdf)
- Coryell, W., & Winokur, G. (2016a). Considerações gerais sobre os transtornos do humor. Retrieved June 7, 2019, from <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiquiátricos/transtornos-do-humor>
- Coryell, W., & Winokur, G. (2016b). Depressão. Retrieved June 7, 2019, from <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiquiátricos/transtornos-do-humor/tratamento-farmacológico-da-depressão>
- Coryell, W., & Winokur, G. (2016c). Transtornos bipolares. Retrieved June 7, 2019, from <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiquiátricos/transtornos-do-humor/transtornos-bipolares>
- Coryell, W., & Winokur, G. (2016d). Tratamento farmacológico da depressão. Retrieved June 7, 2019, from <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiquiátricos/transtornos-do-humor/tratamento-farmacológico-da-depressão>
- Coryell, W., & Winokur, G. (2016e). Tratamento farmacológico do transtorno bipolar. Retrieved June 7, 2019, from <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiquiátricos/transtornos-do-humor/tratamento-farmacológico-do-transtorno-bipolar>
- Costa, E. L. Depressão: Consumo de Antidepressivos em Portugal e na Europa (2010). Portugal.
- Cruz, R. (2017). Evolução do conceito de adesão à terapêutica, 11–16. Retrieved May 23, 2019,

from <https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/viewFile/2041/1601>

Cunha, M. de F., & Gandini, R. de C. (2009). Compliance and Non Compliance to the Pharmacological Treatment for Depression. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(10), 409–418. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300015>

Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos, 2(2), 81–100. Retrieved February 27, 2011, from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>

Descalço, N. (2017). *Adesão à terapêutica nos doentes com esquizofrenia – uma revisão da literatura*. Lisboa. Retrieved May 31, 2019, from <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33183/1/NelsonFFDescalco.pdf>

DGS. (2012a). Terapêutica Farmacológica da Depressão Major e da sua Recorrência no Adulto. Norma 034/2012 da Direcção Geral da Saúde. Retrieved June 7, 2019, from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0342012-de-30122012-png.aspx>

DGS. (2012b). Terapêutica Farmacológica de Manutenção na Perturbação Bipolar no Adulto. Norma 033/2012 da Direcção Geral da Saúde. Retrieved June 7, 2019, from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0332012-de-28122012-png.aspx>

DGS. (2015). Tratamento sintomático da ansiedade e insónia com benzodiazepinas e fármacos análogos. Norma 055/2011 da Direcção Geral da Saúde. Retrieved June 7, 2019, from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0552011-de-27122011-jpg.aspx>

DGS. (2017). Programa Nacional Para a Saúde Mental. Retrieved June 7, 2019, from <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A. M. M., Neves, A. P. G., Pinto, A. F. C., Silva, A. S. A., & Castro, S. A. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201–219. Retrieved May 23, 2019, from <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>

Eticha, T., Teklu, A., Ali, D., Solomon, G., & Alemayehu, A. (2015). Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia.

*PLoS ONE*, 10(3), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120560>

- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação - da concepção à realização*. (Lusociência, Ed.).
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (L. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Ed.) (3ª edição). Loures.
- Greist, J. H. (2016). Considerações gerais sobre os transtornos de ansiedade. Retrieved May 23, 2019, from <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/distúrbios-de-saúde-mental/ansiedade-e-transtornos-relacionados-ao-estresse/considerações-gerais-sobre-os-transtornos-de-ansiedade>
- Infarmed/Ministério da Saúde. (2013). *Prontuário Terapêutico 11*. (Infarmed/Ministério da Saúde, Ed.) (11ª Edição). Lisboa: Infarmed / Ministério da Saúde. Retrieved January 30, 2019, from <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/prontuario-terapeutico-2013.pdf>
- Infarmed. (2009). *FHNM: Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos*. (Infarmed / Ministério da Saude, Ed.) (9ª Edição). Lisboa: Infarmed / Ministério da Saúde.
- Leite, S., & Vasconcelos, M. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Colectiva*, 8(3), 775–782.
- Leonardo, C., Cunha, F., Sakae, T., Remor, K., & ... (2017). Prevalência de transtornos mentais e utilização de psicofármacos em pacientes atendidos em um ambulatório médico de especialidades. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 46(2), 39–52.
- Loch, A. (2009). Ansiedade. Retrieved January 30, 2019, from [https://web.archive.org/web/20170223092448/http://psiq.med.br/index.php?opcao=ver\\_tema&id\\_tema=19&id\\_cat=3](https://web.archive.org/web/20170223092448/http://psiq.med.br/index.php?opcao=ver_tema&id_tema=19&id_cat=3)
- Lopes, R., Yaphe, J., & Ribas, M. J. (2018). Prescrição de psicofármacos nos cuidados de saúde primários no Porto: estudo transversal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 30(6), 368–376. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i6.11401>
- Luc, M., Carrier, J., Lessard, O., Fournier, L., Duhoux, A., Gibeault, C., ... Roberge, P. (2018). Patterns of benzodiazepines use in primary care adults with anxiety disorders, (January). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00688>
- Lullmanm, H., Mohr, K., Ziegler, A., & Biegger, D. (2000). *Color Atlas of Pharmacology*. (T. New

- York, Ed.) (2<sup>a</sup>). New York, USA.
- Matos, M. (2001). Antidepressores. In *Terapêutica Medicamentosa e suas bases farmacológicas: Manual de Farmacologia Farmacoterapia* (4<sup>a</sup> Edição, pp. 131–138). Porto: Porto Editora.
- Mendes, A. (2011). Psicofarmacologia clinica. In *Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra*. Coimbra.
- NICE. (2013). Management of schizophrenia: A national clinical guideline. *SIGN Publication n. 131*, (March), 1–71. Retrieved April 15, 2019, from <https://www.sign.ac.uk/assets/sign131.pdf>
- NICE. (2014). Anxiety Disorders. Retrieved April 15, 2019, from <https://doi.org/9786162238161>
- Oliveira, A. (2010). *Correlatos da qualidade de vida de estudantes universitários*. Tese. Retrieved from [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1673/2/DM\\_20590.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1673/2/DM_20590.pdf)
- Oliveira, R. (2018). Prescrição de benzodiazepinas nos Cuidados de Saúde Primários: Um guia para o médico de família. *Patient Care*, 23(251), 45–50.
- Ossvald, W. & Moura, D. (2001). Sedativos, hipnóticos e tranquilizantes. In *Terapêutica Medicamentosa e suas bases farmacológicas: Manual de Farmacologia Farmacoterapia* (4<sup>a</sup> Edição, pp. 90–107). Porto: Porto Editora.
- Parreira, F., & Santos, H. (2007a). Depressão. In *Enciclopédia Familiar da Saúde* (pp. 130–131). Setúbal: Atlântida Traduções.
- Parreira, F., & Santos, H. (2007b). Esquizofrenia. In *Enciclopédia Familiar da Saúde* (pp. 132–133). Setúbal: Atlântida Traduções.
- Parreira, F., & Santos, H. (2007c). Sistema Nervoso: Perturbações de Ansiedade. In T. Atlântida (Ed.), *Enciclopédia Familiar da Saúde* (pp. 132–133). Setúbal.
- Pascuzzo-Lima, C. (2008a). Antimaniacos: Lítio. In *Farmacologia Básica 2008* (pp. 611–615).
- Pascuzzo-Lima, C. (2008b). Antipsicóticos. In *Farmacologia Básica 2008* (pp. 603–610).
- Pascuzzo-Lima, C. (2008c). Introducción a la Psicofarmacología: Anseolíticos. In *Farmacologia Básica 2008* (pp. 591–596).
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análises de Dados para Ciências: A complementaridade*

*doe SPSS* (6ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.

- Pocinho, M. (2009). Estatística - Volume I Teoria e exercícios passo-a-passo. *Ismt, I*, 1–82.
- Raihan, M. O., Habib, M. R., Brishti, A., Rahman, M. M., Saleheen, M. M., & Manna, M. (2011). Sedative and anxiolytic effects of the methanolic extract of *Leea indica* (Burm. f.) Merr. leaf. *Drug Discoveries & Therapeutics*, 5(4), 185–189. <https://doi.org/10.5582/ddt.2011.v5.4.185>
- Réus, V. (2006). Distúrbios mentais. In *Harrison Medicina Interna* (16ª Edição, pp. 2672–2687). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Santin, A., Ceresér, K., & Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar TT - Compliance to treatment in bipolar disorder. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32, 105–109. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000700015>
- Scholl, C. C., Tabeleão, V. P., Stigger, R. S., Trettim, J. P., De Mattos, M. B., Pires, A. J., ... Quevedo, L. D. A. (2017). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: Um estudo com usuários da atenção básica. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(4), 1353–1360. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.02062015>
- Schulz, S. C. (2016). Esquizofrenia. Retrieved May 15, 2019, from [https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/distúrbios-de-saúde-mental/esquizofrenia-e-transtorno-delirante/esquizofrenia#v28484892\\_pt](https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/distúrbios-de-saúde-mental/esquizofrenia-e-transtorno-delirante/esquizofrenia#v28484892_pt)
- Serra, F. M. de A. R. V. (2014). *Efeitos da crise económica na saúde mental : Portugal na União Europeia (2004-2012)*. Universidade de Coimbra. Retrieved April 4, 2019, from <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/28070>
- Silva, P. S. (2001). Antipsicóticos. In *Terapêutica Medicamentosa e suas bases farmacológicas: Manual de Farmacologia e Farmacoterapia* (4ª Edição, pp. 119–130). Porto: Editora, Porto.
- Taranto, G. (1997a). Fármacos Anseolíticos e Hipnóticos. In *Farmacologia* (3ª Edição, pp. 435–445). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Taranto, G. (1997b). Fármacos Neurolépticos. In *Farmacologia* (3ª Edição, pp. 446–456). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Tavares, N., Bertoldi, A., Mengue, S., & Arrais, P. (2016). Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 50(supl 2), 1–11. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006150>

- Taylor, D., Paton, C., & Kapur, S. (2010a). Depression and Anxiety. In L.-F. Editoriais (Ed.), *The Maudsley - prescribing guidelines* (10ª, pp. 155–250). Londres.
- Taylor, D., Paton, C., & Kapur, S. (2010b). Schizophrenia. In L.-F. Editoriais (Ed.), *The Maudsley - prescribing guidelines* (10ª, pp. 9–122). Londres.
- Tham, X. C., Xie, H., Chng, C. M. L., Seah, X. Y., Lopez, V., & Klainin-Yobas, P. (2016). Factors Affecting Medication Adherence Among Adults with Schizophrenia: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 797–809. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.007>
- Thorp, C. M. (2008). Disorders of the Central Nervous System. In Wiley-Blackwell (Ed.), *Pharmacology for the Health Care Profissionns* (pp. 191–228). Salford (Reino Unido).
- Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M. L., Bessapeixoto, A., Brissos, S., Casquinha, P., ... Marques-Teixeira, J. (2010). Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia. *Acta Medica Portuguesa*, 23(6), 1043–1058.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J. Clin. Pharm. Ther.*, 26, 331–342.
- WHO. (2003). A D H E R E N C E T O L O N G - T E R M T H E R A P I E S World Health Organization 2003.
- WHO. (2009). *Pharmacological treatment of Mental Disorders in Primary Care*. Washington: WHO.
- WHO. (2015). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Retrieved May 17, 2019, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- WHO. (2016). ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. In *WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO nternational statistical classification of diseases and related health problems ICD-10: instruction manual* (Vol. 2, p. 252). Retrieved May 17, 2019, from [https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2\\_en\\_2016.pdf](https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf)
- WHO. (2018). Mental Health. Retrieved August 22, 2019, from [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/guidelines\\_severe\\_mental\\_disorders\\_web\\_note\\_2018/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/guidelines_severe_mental_disorders_web_note_2018/en/)





## ANEXOS

### ANEXO I – Pedido de autorização para aplicação da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Pedido de Autorização de aplicação do questionário

Manuela Santos <manuela.tdt@gmail.com>  
para Luisa.Lima@iscte.pt  
data 22 de março de 2011 23:37  
assunto Pedido de autorização  
enviado por gmail.com

Dr. Artur Barata e Dra. Luisa Lima

Actualmente, encontro-me a desenvolver a minha tese de Mestrado no qual pretendo estudar a Adesão terapêutica de medicamentos (psicofármacos) prescritos na consulta externa de psiquiatria. Esta dissertação é orientada pelo prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro.

Ao ler o vosso artigo publicado por V. Exas. no qual validaram a escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), gostaria de solicitar a vossa autorização para aplicação da mesma escala de medida neste estudo.

Grata desde já pela colaboração prestada.

Aguardo vossa confirmação.

Com os melhores cumprimentos.

|

para mim  
de <Luisa.Lima@iscte.pt>  
responder a Luisa.Lima@iscte.pt  
para Manuela Santos <manuela.tdt@gmail.com>  
data 22 de março de 2011 23:42  
assunto RE: Pedido de autorização  
enviado por iscte.pt

Cara Drª Manuela Santos,

Temos todo o gosto que utilize a nossa escala, desde que cite o artigo onde foi disponibilizada.

Com os votos de um bom trabalho.

Luisa Lima

Manuela Santos

para Luisa.Lima  
de Manuela Santos <manuela.tdt@gmail.com>  
para Luisa.Lima@iscte.pt  
data 22 de março de 2011 23:53  
assunto Fwd: Pedido de autorização  
enviado por gmail.com

Dra. Luisa Lima

Na referida tese será citado o vosso artigo e feitos os merecidos agradecimentos.

Muito obrigada pela vossa colaboração.

Manuela Santos.

## **ANEXO II – Pedido de autorização para a realização do estudo e parecer favorável da comissão de ética**



### **COMISSÃO ÉTICA PARA A SAÚDE**

Tel. 239 796 473

Email: [comissao.etica@chpc.min-saude.pt](mailto:comissao.etica@chpc.min-saude.pt)

Exm<sup>a</sup>. Senhora  
Dr<sup>a</sup>. Manuel Conceição Santos  
Farmácia-Pav. 9

Data: 11/08/2011

**ASSUNTO:** “Adesão terapêutica a psicofármacos: contributo para a a valiação da medida de adesão”

Cumprir informar que o estudo em epígrafe foi aprovado por esta Comissão de Ética para a Saúde e homologado pelo Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

P<sup>o</sup>lo Secretariado da CES

## ANEXO III – Consentimento Informado

### Consentimento Informado

No âmbito da dissertação de Mestrado de Gestão e Economia de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, que a investigadora se encontra a frequentar, esta pretende realizar um estudo, cujo objectivo é avaliar e compreender melhor o grau de Adesão Terapêutica em medicamentos prescritos no tratamento de doenças mentais.

A adesão terapêutica estuda as atitudes e os comportamentos dos pacientes relativamente as prescrições médicas. O paciente aderente é toda a pessoa que toma a sua medicação na dose certa, na hora certa e nos intervalos estabelecidos pelos médicos que a prescrevem. A adesão terapêutica ao tratamento é um dos factores que contribui para a saúde individual e para a saúde pública de um país.

A realização deste estudo só será possível se nos der a sua contribuição pessoal. Para esse efeito, **solicito a colaboração no preenchimento do questionário sobre adesão terapêutica**. No preenchimento deste mesmo questionário, devem ser os mais verdadeiros possíveis. Não existem respostas certas nem erradas, pelo que sugerimos que o preencha com sinceridade e que responda o que achar mais correcto. Certifique-se que preencheu todas as questões. É fundamental que responda a todas elas, uma resposta em branco, por motivos estatísticos, anula todo o seu questionário.

A sua participação, neste estudo, será voluntária, podendo interrompê-la a qualquer momento, não envolvendo nenhuma penalização ou perda de benefícios. A sua participação não correrá qualquer risco, sendo esta, um contributo muito importante. As suas informações serão estritamente confidenciais. Em nenhum momento do estudo, será necessário a sua identificação. Os resultados serão codificados e utilizados, apenas, para fins académicos. Não existem benefícios directos para os participantes.

Por favor leia com atenção, as indicações que constam no questionário e não hesite em solicitar informações à investigadora caso tenha alguma dúvida. Contacto da investigadora: 965125530

Se estiver de acordo e todas as informações estiverem correctas, confirme a sua autorização assinando este documento.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que concordo com o que me foi proposto e explicado pela investigadora. Autorizo o uso e publicação dos resultados obtidos, para efeitos de investigação clínica.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Assinatura da Investigadora

Assinatura do Participante/Representante legal

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO IV – Instrumento de recolha de dados

Universidade de Coimbra



Questionário N° \_\_\_\_

Faculdade de Economia

# Questionário

## Adesão Terapêutica a Psicofármacos

No âmbito da dissertação do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, pretendemos realizar um estudo para avaliar o grau de Adesão Terapêutica em medicamentos usados no tratamento de doenças do foro psiquiátrico.

Para o efeito, solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Não existem respostas certas nem erradas, pelo que sugerimos que responda o que achar mais correcto. Não coloque o seu nome neste questionário.

Desde já agradecemos a colaboração no preenchimento do questionário, garantindo o seu total anonimato, confidencialidade e sigilo. Os dados recolhidos serão apenas utilizados para fins académicos ligados à própria investigação.

Obrigada por partilhar connosco a sua opinião,

---

(Manuela Conceição Santos)

## Parte I – Caracterização Sócio-Demográfica

- Sexo:  
<sub>1</sub> Masculino  
<sub>2</sub> Feminino
- Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos
- Quais as suas habilitações literárias?  
<sub>1</sub> Não sabe ler nem escrever  
<sub>2</sub> Ensino Primário (antiga 4 classe)  
<sub>3</sub> Ensino Básico (9º ano de escolaridade)  
<sub>4</sub> Ensino Secundário (12º ano de escolaridade)  
<sub>5</sub> Ensino Superior
- Qual a sua situação profissional?  
<sub>1</sub> Trabalhador (a) por conta de outrem  
<sub>2</sub> Trabalhador (a) por conta própria  
<sub>3</sub> Desempregado(a)  
<sub>4</sub> Estudante  
<sub>5</sub> Doméstica  
<sub>6</sub> Reformado(a)
- Qual a sua situação familiar?  
<sub>1</sub> Casado/a  
<sub>2</sub> Solteiro/a  
<sub>3</sub> Viúvo/a  
<sub>4</sub> Divorciado/a  
<sub>5</sub> Separado/a
- Como considera o seu nível socioeconómico?  
<sub>1</sub> Alto  
<sub>2</sub> Médio  
<sub>3</sub> Baixo  
<sub>4</sub> Sem opinião
- O seu agregado familiar é formado por:  
<sub>1</sub> Vivo sozinho(a)  
<sub>2</sub> Duas pessoas  
<sub>3</sub> Três pessoas  
<sub>4</sub> Quatro pessoas  
<sub>5</sub> Mais de quatro pessoas

Nota: Se estiver desempregado ou reformado indique a sua última profissão: \_\_\_\_\_

## Parte II – Conhecimento da doença

- Há quanto tempo lhe diagnosticaram a sua doença? \_\_\_\_\_ anos
- Indique os medicamentos que toma diariamente:

	MEDICAMENTO (nome do medicamento e dose)	QUANTAS VEZES OS TOMA POR DIA? (Coloque um círculo em volta do número)			
		1	2	3	4
1º		1	2	3	4
2º		1	2	3	4
3º		1	2	3	4
4º		1	2	3	4
5º		1	2	3	4
6º		1	2	3	4

- Alguma vez sentiu efeitos físicos incómodos e que na sua opinião possam ter sido provocados pelos medicamentos que toma?  
<sub>1</sub> SIM                      <sub>2</sub> NÃO

2. Se respondeu SIM na questão anterior, identifique na lista abaixo algum dos sintomas sentidos:

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Agranulocitose/Redução dos Glóbulos Brancos	<input type="checkbox"/> <sub>11</sub>	Náuseas
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Alterações do apetite	<input type="checkbox"/> <sub>12</sub>	Obstipação
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Alterações de peso	<input type="checkbox"/> <sub>13</sub>	Retenção Urinária
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Alterações da visão	<input type="checkbox"/> <sub>14</sub>	Sedação
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	Ansiedade	<input type="checkbox"/> <sub>15</sub>	Sonolência
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	Cefaleias/Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> <sub>16</sub>	Taquicardia
<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	Depressão	<input type="checkbox"/> <sub>17</sub>	Tremores
<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	Diarreia	<input type="checkbox"/> <sub>18</sub>	Vertigens
<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	Dispepsia/ Indigestão	<input type="checkbox"/> <sub>19</sub>	Vómitos
<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>	Fadiga	<input type="checkbox"/> <sub>20</sub>	Não sei / Não se aplica

3. Na sua opinião, qual o(s) medicamento(s) que lhe provocou estes mesmos sintomas?

	MEDICAMENTO
1º	
2º	
3º	
4º	
5º	
6º	

4. Face aos efeitos provocados pelos medicamentos, que atitude tomou?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Deixei imediatamente o tratamento
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Falei com o médico que o receitou
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Aconselhei-me na Farmácia onde comprei
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Continuei com o tratamento
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	Outra:
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	Não sei/Não se aplica



### Parte III – Adesão ao Tratamento

Por favor, coloque um círculo em volta do número que melhor se adapte à sua resposta.

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

8. Nas duas últimas semanas, esteve alguns dias sem tomar a sua medicação?

1	2	3	4	5	0
Dias	Dias	Dias	Dias	ou mais	Dias

*Certifique-se que preencheu todas as questões. É fundamental que responda a todas elas.*

Obrigada pela colaboração prestada. 😊