

Importância dada pelo psiquiatra à adesão ao tratamento nos pacientes psicóticos

Rosa Garcia,* Renata Mazza,† Eduardo Martins Netto,‡ André Maurício Ramos,§
Márcio de Oliveira Silva,|| Fábio Santos Amorim,|| Manuela Garcia Lima†

* Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal, BA, Brasil. † Hospital Juliano Moreira, BA, Brasil.

‡ Departamento de Infectologia da Universidade Federal, BA, Brasil. § Técnico laboratorial da Universidade Federal, BA, Brasil.

|| Estudante de Medicina da Universidade Federal, BA, Brasil. ¶ Departamento de Psiquiatria da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, BA, Brasil.

RESUMO

Introdução. O interesse pelo tema da adesão ao tratamento em pacientes psicóticos vem aumentando, devido às dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em lidar com pacientes que não seguem as prescrições que lhe são recomendadas. **Objetivo.** Avaliar a prioridade dada pelo psiquiatra à adesão ao tratamento dos pacientes psicóticos, bem como a importância dada aos outros sintomas por ordem de gravidade. **Métodos.** Utilizamos um questionário estruturado que foi aplicado aleatoriamente, no período de abril a julho de 2003, a 54 psiquiatras com prática profissional em Salvador-Bahia. Foi realizada revisão da literatura no período de 1993 a 2003 de artigos e resumos, através de pesquisa computadorizada do *Medline*. Na nossa revisão não foram encontrados dados conclusivos. **Resultados.** Na avaliação dos questionários, 18.8% consideraram a recusa a medicação como principal item e 37% como os dois primeiros itens mais importantes; 78% consideraram a agitação/agressividade como prioridade; 34.4% consideraram o risco de suicídio como o principal item; 3.1% consideraram o delírio e a alucinação como prioridade. **Conclusão.** A adesão ao tratamento não foi considerada como prioridade pela maioria dos psiquiatras, e quanto maior o tempo de atividade do profissional menor importância dada à adesão.

Importance given by the psychiatrist to treatment compliance in psychotics patients

ABSTRACT

Background. The interest in treatment compliance theme in psychotic patients has been increasing due to the difficulties the health professionals are facing in dealing with patients who do not follow prescriptions that are recommended to them. **Objective.** To evaluate the priority given by psychiatrists to treatment compliance of psychotic patients, as well as the importance given to other symptoms by order of severity. **Methods.** A structured questionnaire that was randomly applied, in the period between April and July 2003, to 54 psychiatrists with professional practices in Salvador, Bahia. Literature from 1993 to 2003 was studied, including articles, summaries, through Medline computerized research. No conclusive data were found in our revision. **Results.** In the questionnaire evaluation, 18.8% considered refusal to take medication as a main item and 37% thought the first two items as the most important; 78% considered agitation/aggressiveness as priority; 34.4% regarded suicide risk as the main item; 3.1% considered delusion and hallucination as priority. **Conclusion.** Treatment compliance was not considered as priority by most of the psychiatrists, and the longer they have been active in practice, the less importance was given to compliance.

It is important to design a relationship between the professionals and the family in order to make a mutual commitment.

Key Words: Compliance to psychiatric treatment, psychiatry and compliance, psychotic symptoms and adherence.

INTRODUÇÃO

Definida como o grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente, a adesão

ao tratamento tornou-se um dos problemas de maior relevância para os profissionais de saúde que lidam principalmente com as doenças crônicas, em particular as doenças mentais, sendo imprescindível, portanto para o êxito do tratamento.¹ O interesse pelo tema vem crescendo, coincidindo com o aumento de trabalhos publicados. Este crescente interesse está

sendo determinado pelas influências tanto sociais como científicas, devido à descoberta de novas drogas que fizeram com que se desse maior atenção para um melhor uso das drogas já existentes, bem como, os avanços tecnológicos que proporcionaram a detecção da droga no corpo, facilitando assim a verificação do grau de adesão.²

Os pacientes portadores de doenças crônicas, diabetes, hipertensão, tuberculose, HIV/AIDS, e doenças mentais, principalmente os psicóticos, têm um risco maior de não fazer adesão (em torno de 50%), por recusar a medicação, absenteísmo ou por interrupção do tratamento.³

A adesão requer um enfoque multidisciplinar, desenvolvimento de estratégias e formas objetivas, a partir do conhecimento da motivação, das habilidades comportamentais e da informação dada ao paciente, que compõem a sua trilogia, e ajudam a resolver alguns dos problemas vinculados à adesão do paciente à sua terapêutica.²

A informação precede qualquer outro procedimento: o paciente deve ser informado sobre sua doença, sobre a sua medicação, incluindo a causa e as consequências para sua qualidade de vida, efeitos colaterais da medicação, etc. A motivação é o componente mais importante nessa trilogia. É o elo essencial entre a informação e as habilidades comportamentais. A motivação seria o mesmo que o desejo, necessidade, esforço, motivo, tendência, esforço, aspiração, meta. Os modelos da motivação podem ser extrínsecos e intrínsecos. O extrínseco traz a verdade de tratar, e o intrínseco não é perceptível pelo paciente nem pelo médico, é o resultado da não adesão já que os componentes psicodinâmicos da personalidade do paciente são os que vão ser responsáveis pela resposta à medicação. As habilidades comportamentais complementam a trilogia: o médico tem que orientar o paciente a seguir a prescrição, atenção nas tomadas dos comprimidos, colocar em lugar acessível, e no caso do doente mental explicar as vantagens quando for o caso das medicações de depósito, pois evita diversas tomadas, podendo estabelecer-se uma vez por semana ou de 15/15 dias. Caso seja medicação injetável, o paciente deve combinar com seu médico a comprovação das aplicações e da compra da medicação, com o recibo da farmácia ou com o depoimento dos seus familiares.⁴

Na esfera da psiquiatria, o desafio da adesão inclui fatores relacionados com as recidivas e recorrências da doença, os efeitos colaterais da medicação, o perfil psicológico do paciente, os fatores de risco e os efeitos econômicos.⁵

Do ponto de vista cultural, a adesão ao tratamento tem várias interpretações, a saber:

1. Noção de doença por parte do paciente. A cultura interfere na concepção do paciente, pois para

este adoecer pode gerar idéias que estão relacionadas com as mudanças culturais na apreensão da realidade. Em certas culturas o tratamento pode ser visto como punição.⁶

2. Lugar do médico no imaginário, tem a ver com o relacionamento médico-paciente, que apesar de ser igual, em certas culturas se o médico é visto como o xamã, isto aproxima o paciente do médico, mas se por outro lado o médico é visto como portador de conhecimentos ininteligíveis para o paciente, isto pode comprometer a relação.
3. Idéia de cura ou melhora (crenças do paciente), pode estar relacionada às informações que são dadas ao paciente e como este administra estas informações fazendo com que a cada consulta, o paciente mude a sua postura.⁷

Do ponto de vista do comportamento, os estudos com os epilépticos, mostram que eles podem aderir em algumas áreas e em outras não, isto é, eles podem seguir adequadamente seus esquemas de doses, mas não alterar seu estilo de vida, como por exemplo, não dormindo o suficiente, abusando do álcool ou de outras substâncias, etc.⁸

Quanto aos pacientes esquizofrênicos, eles recusam o tratamento simplesmente porque não querem tomar a medicação, interrompendo o tratamento, ou fazendo de uma maneira irregular, como por exemplo, não deixa de tomar o remédio mas toma à sua maneira. E, vale lembrar, que isto não ocorre apenas na psiquiatria, mas em quase todas as áreas médicas.⁹⁻¹⁰

Diversos estudos enfatizam que na sua prática, o psiquiatra deve estar atento a:

1. Alguns sintomas psicóticos, comorbidade e o *insight* pobre são preditivos de não adesão aos esquemas medicamentosos,¹¹⁻¹² e principalmente aos efeitos adversos das medicações, que na sua maioria são constantes no paciente portador de doença mental.¹³ Para alguns autores existe uma correlação negativa da resposta subjetiva ao neuroléptico com a não adesão à esquizofrenia.¹⁴⁻¹⁷
2. A atitude de comunicação e informação ao paciente sobre sua doença e tratamento e o apoio social fortalecem a aliança terapêutica que para alguns autores é tão importante quanto a farmacoterapia ou a psicoterapia.¹⁸
3. As condições de trabalho do psiquiatra sejam na consultoria no hospital geral, seja nas instituições hospitalares tais como asilares ou casa de custódia, bem como na clínica privada favorecem ou não a sua participação na facilitação da adesão.
4. E finalmente, a importância da relação terapêutica, principalmente no que se refere a fatores de

risco, porque se existe uma boa relação médico-paciente, melhora a adesão.

Assim sendo, o nosso estudo pretende mostrar a influência do especialista em favorecer a adesão, bem como a importância dada por este especialista a adesão ao tratamento.

OBJETIVO

O principal objetivo do estudo foi avaliar a prioridade dada pelo psiquiatra à adesão ao tratamento dos pacientes psicóticos, bem como a importância dada aos outros sintomas por ordem de gravidade.

MÉTODOS

Um questionário estruturado (*Apêndice 1*) foi aplicado aleatoriamente no período de abril a julho de 2003, a 54 psiquiatras com prática profissional em Salvador, Bahia.

RESULTADOS

Foram analisadas as respostas de 54 psiquiatras sobre o tratamento do paciente psicótico. Aos psiquiatras foram apresentadas sete opções de respostas, sendo permitido outras prioridades (outras, quais) quanto à importância dos sintomas para o tratamento do paciente psicótico. As prioridades foram (*Tabela 1*).

As freqüências encontradas na avaliação dos questionários foram: 18.8% (06/32) consideraram a “recusa de tratamento” como o principal item e 37.6% (12/32) como os dois primeiros itens mais importantes. 78.1% (25/32) consideraram a “agitação/agressividade” como os dois primeiros itens mais importantes. 34.4% (11/32) consideraram “risco de suicídio” como o principal item e 46.9% (15/32) como os dois primeiros itens mais importantes. 6.3% (02/32) consideraram “ausência de sentimento de doença” como o principal item e 9.4% (03/32) como os dois primeiros itens mais importantes.

Portanto, observa-se que foram eleitas três categorias de importância:

- 1^a. Categoria. “Agitação/agressividade” e “risco de suicídio” foram consideradas as mais importantes.
- 2^a. Categoria. “Delírios” e “mutismo/negativismo” e “recusa de tratamento” têm importância intermediária
- 3^a. Categoria. “Alucinações” e “ausência de sentimento de doença” foram enquadradas como menos importantes.

Dividindo-se os psiquiatras também em três categorias, ou seja, aqueles que tinham atividade apenas no setor privado daqueles que atendiam apenas no setor público e aqueles que exerciam atividade em qualquer setor, mas que tinham atividade de ensino, suas respostas foram (*Tabela 2*).

Nessas categorias a única apresentação de síntoma que motivou uma classificação estatisticamente significante, segundo o setor de trabalho, foi “agitação/agressividade”, onde os profissionais que trabalhavam no setor público, deram uma importância maior a este fator, enquanto aqueles que trabalhavam no setor privado deram menor significado, priorizando por outro lado o “risco de suicídio”.

Os profissionais do setor privado que consideraram “recusa de tratamento” em 3º. lugar, bem próximo ao síntoma “delírios”, passa a 5º. lugar, no julgamento dos profissionais que trabalhavam apenas no setor público. Por outro lado, nos demais setores a “recusa de tratamento” permanece como terceira prioridade.

Fez-se uma divisão entre os psiquiatras que trabalhavam em hospital e em ambulatório, e não houve diferenças; sendo que, os que atendiam em hospital deram uma maior atenção à “recusa de tratamento”, enquanto que os que atendiam em ambulatório mostraram uma pequena diferença no que se refere ao síntoma “alucinações” (*Tabela 3*).

Quanto ao tempo de profissão, os psiquiatras foram divididos em 4 categorias (*Tabela 4*).

Apesar de não haver diferença estatisticamente significante de comportamento entre as quatro categorias de tempo de profissão, psiquiatras com 20 anos ou mais de profissão parecem dar uma atenção menor à “recusa de tratamento”, onde se observa o escore de 5.2 ou seja na 6^a posição de importância.

Tabela 1. Importância dada pelo psiquiatra ao síntoma.

Posição de importância	Síntoma	Média do escore	Mediana
1º. Lugar	Agitação/Agressividade	2.2	2
2º. Lugar	Risco de suicídio	2.4	3
3º. Lugar	Recusa de tratamento	4.2	4
4º. Lugar	Delírios	4.2	4
5º. Lugar	Mutismo/Negativismo	4.3	4
6º. Lugar	Alucinações	5.1	5
7º. Lugar	Ausência de sentimento de doença	5.6	6

Tabela 2. Relação da importância dada ao sintoma e local de trabalho do psiquiatra.

Sintoma	Média do Escore				P
	Setor Privado	Setor Público	Ensino		
Risco de suicídio	2.7	2.1	2.1		0.99
Agitação/Agressividade	3.3	1.4	2.1		0.02
Recusa de tratamento	3.9	5.0	4.1		0.43
Mutismo/Negativismo	3.9	4.3	4.4		0.74
Delírios	4.0	4.2	4.3		0.89
Alucinações	4.9	5.0	5.3		0.90
Ausência de sentimento de doença	5.8	6.0	5.5		0.66

Tabela 3. Relação dada a prioridade do sintoma e local de trabalho do psiquiatra.

Sintoma	Média do Escore		P
	Hospital	Ambulatório	
Risco de suicídio	2.6	2.0	0.11
Agitação/Agressividade	2.1	2.1	0.14
Recusa de tratamento	4.3	3.9	0.52
Mutismo/Negativismo	4.3	4.3	0.96
Delírios	4.1	4.3	0.57
Alucinações	5.0	5.4	0.50
Ausência de sentimento de doença	5.7	5.7	0.47

Tabela 4. Relação entre o tempo de profissão e a prioridade dada aos sintomas.

Sintomas	Média do Escore Tempo de profissão (anos)				P
	0 - 2	3 - 9	10 - 19	20 ou mais	
Agitação/Agressividade	1.9	2.4	2.0	2.4	0.46
Risco de suicídio	2.4	2.5	2.2	2.5	0.93
Recusa de tratamento	4.3	3.6	4.1	5.2	0.23
Mutismo/Negativismo	4.0	4.4	4.5	4.1	0.81
Delírios	4.3	4.5	3.9	3.8	0.89
Alucinações	5.0	5.3	5.4	4.8	0.84
Ausência de sentimento de doença	5.9	5.4	5.8	5.7	0.81

Tabela 5. Relação entre local de trabalho do psiquiatra e prioridade dada à “recusa de tratamento.”

Número de psiquiatras que atribuíram menos importância a “recusa de tratamento”	%	Local de trabalho	Número de psiquiatras
06	26.1	Clínica privada	23
05	19.1	Hospital público	26
03	14.2	Ambulatório	21
03	23.1	Emergência1	13
02	33.3	Hospital geral	06
01	14.2	Ensino	07

Quanto à relação entre o local de trabalho do profissional e a prioridade dada à “recusa de tratamento”, os psiquiatras que trabalhavam em clínica privada, foram os que mais enfatizaram esse item (*Tabela 5*).

DISCUSSÃO

Os serviços de psiquiatria no Brasil estão passando por uma reavaliação chamada “Reforma Psiquiátrica”.

Na psiquiatria é o movimento que se propõe a uma transformação na assistência em Saúde Mental, consistindo na substituição do modelo hospitalar existente por serviços na comunidade, cuja origem vem da “Luta Antimanicomial”, movimento social que teve seu início na década de 70. O respeito e a preservação da dignidade e o resgate da cidadania do paciente seriam os maiores objetivos dessa proposta.

Na Bahia, o entrave na substituição dos serviços impede o implante da Reforma na sua totalidade, já que a prioridade deverá ser o atendimento ao paciente, fato que ainda não está ocorrendo. Porque? Os serviços substitutos têm que vir antes do fechamento dos hospitais senão nos deparamos com o mau atendimento e a superlotação dos leitos ainda existentes, falta de atendimento em sua totalidade, fazendo com que o doente mental vá ocupar os leitos dos serviços de emergência sendo vítimas de atropelos, agressões e outros abusos.

Os psiquiatras integram-se com a Reforma posto que eles também serão beneficiados, com melhores condições de trabalho e a gratificação pela ressocialização do paciente que vão servir de feed-back à sua prática.

Concluindo, Reforma para o psiquiatra é sinônimo de melhora na assistência, isto é, melhora na prática, e para isto o discurso deve ceder lugar à práxis, os centros de apoio e serviços ambulatoriais devem anteceder ao fechamento dos hospitais e à redução dos leitos, a luta ao lado do paciente deverá anteceder à luta pelo paciente, e a melhoria das condições de assistência ao paciente antes de fechar as únicas portas que ainda lhe ajuda.

O sintoma “agitação/agressividade” ocupou o 1º. lugar na avaliação dos psiquiatras, e isto é devido ao caráter emergencial quando do seu aparecimento, bem como o “risco de suicídio”, que vem em 2º. lugar.

Quando se dividiram os psiquiatras em categorias quanto aos locais de trabalho: setor público e setor privado, houve uma diferença estatisticamente significante entre o setor público, que deu uma maior importância ao sintoma “alucinações”, e os profissionais que trabalham no setor privado que enfatizaram menos esse sintoma. Isto se explica em nosso meio devido à situação socioeconômica dos pacientes, pois os que procuram o setor privado têm uma maior assistência da família e um melhor apoio sociofinanceiro que os pacientes do setor público.

A apresentação de “delírios”, “mutismo/negativismo”, bem como a “recusa de tratamento”, aparece no mesmo nível de gravidade, vez que a não adesão e o mutismo são situações em que o psicótico compromete mais a ele próprio que ao seu ambiente.

Quanto ao tempo de profissão do profissional, aqueles que tinham mais tempo na sua prática deram menor importância à não adesão, do que os psiquiatras com menos tempo na sua prática funcional, não havendo diferença estatisticamente significante, e uma das possibilidades deve-se ao baixo número da população entrevistada. Neste fator, pode-se leva-se em conta que o profissional com mais tempo de exercício na sua especialidade são profissionais que tiveram na sua formação uma visão bem mais fenomenológica que psicodinâmica.

CONCLUSÃO

Na nossa avaliação, a recusa à terapêutica está associada a:

1. Quanto maior o tempo de atividade do psiquiatra, menor importância à “recusa de tratamento” e “ausência de sentimento de doença”.
2. Inversamente, a associação de “delírios” e “mutismo/negativismo” está associada a um maior tempo de atividade do profissional, isto é, quanto maior o tempo de atividade do profissional, maior importância é dada ao “delírios”.

Mutismo/negativismo não foram considerados como o principal item por nenhum dos entrevistados. “Recusa de tratamento” não foi considerada como prioridade pela maioria dos psiquiatras. Apesar de não ser estatisticamente significante a relação quanto maior o tempo de atividade do profissional menor importância é dada à adesão, foi bastante relevante.

Ressaltamos, que a adesão ao tratamento não é só um problema do psiquiatra e do paciente, senão que é problema sóciopolítico e que a medida em que os problemas da Saúde Mental forem sendo resolvidos, o problema da adesão ao tratamento na psiquiatria tomará novos rumos.

REFERÊNCIAS

1. Blackwell B. Treatment adherence. *Br J Psychiatry* 1976; 129:513-31.
2. Garcia R. Papel da Motivação na Adesão ao Tratamento Psiquiátrico. *Rev Bras Neurol Psiq*, 2001; 5(3): 97-101.
3. Butter C, Rollnick S, Stott N. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1357-67.
4. Garcia R, Schooley RT, Badaró R. An adherence trilogy is essential for long-term HAART success. *Brazil J Infect Diseases* 2003; 7(5): 307-14.
5. Weiden PJ, Mott T, Curcio N. Recognition and management of neuroleptic noncompliance. In: *Contemporary issues in the treatment of schizophrenia*. Washington, DC: Shirqui C, Nasrallah H. (eds.) American Psychiatry Association Press, 1995; 411-34.
6. Gerhardt U. Ideas about illness. New York: New York University Press; 1989; In: *Adesão a tratamentos médicos*. Santos JQ Psiq Prat Med 2000; 33(1): 14-6.
7. Santos JQ. Adesão a tratamentos médicos. *Psiq Prat Méd*. 2000; 33(1): 14-6.
8. Leppik IE. How to get patients with epilepsy to take their medication: The problem of noncompliance. *Postgrad Med* 1990; 88: 253-6.
9. Rittmannsberger H, Packinger T, Keppelmuller P, Wancata J. Medication adherence among psychotic patients. *Psychiatr Service* February 2004; 55: 174-9.
10. Green LW, Simons-Morton DG. Denial, delay and disappointment: Discovering and overcoming the causes of drug errors and missed appointments (chap 1). In: Schmidt D, Leppik IE, (eds.) *Compliance in epilepsy*. New York, NY. Elsevier Science Publishers. BV (Biomedical Division); 1988: 7-21.
11. Misrahi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FJ. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *Encephale* 2002; May-Jun; 28:266-72.

12. Medication Regimens: causes of non compliance. Washington, D.C.; Office of the Inspector General, Department of Health and Human Services. 1990; June: 12-14.
13. Roose SP "Compliance: the impact of adverse events and tolerability on the physician's treatment decisions". Eur Neuropsychopharmacol. 2003; 13 Suppl: 585-592.
14. Van Putten T, May PRA. Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy. Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 477-480.
15. Van Putten T, May PRA, Marder SR, et al. Subjective response to antipsychotic drugs. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 187-190.
16. Hogan TP, Awad AG. Pharmacotherapy and suicide risk in schizophrenia. Can J Psychiatry 1983; 28: 277-281.
17. Naber D, Walther A, Kirchere T, et al. In Prediction of neuroleptic treatment outcome in schizophrenia: concepts and methods. Edited by Gaebel W, Awad AG. Heidelberg: Springer-Verlag 1994; pp. 111-22.
18. Gabbard GO, Kay J. The fate of integrated treatment: what ever happened to the biopsychosocial psychiatrist? Am J Psychiatry 2001; 158: 1956-63.

Recibido: Junio 6, 2005.

Aceptado: Septiembre 12, 2005.

APÊNDICE 1.

QUESTIONÁRIO PARA PSQUIATRAS

Estamos realizando uma investigação sobre ADESÃO AO TRATAMENTO NO PACIENTE PSICÓTICO e precisamos operacionalizar, POR CONSENTO, as prioridades dadas aos sintomas pelos psiquiatras.

Enumere por ordem crescente de gravidade, os sintomas que na sua opinião têm maior importância no tratamento de uma psicose.

- Agitação/Agressividade
- Ausência de Sentimento de doença
- Delírios
- Mutismo/Negativismo
- Recusa de tratamento
- Alucinações
- Risco de suicídio
- Outros

A sua prática é: (marcar quantos forem necessários por ordem crescente)

- Clínica privada
- Hospital psiquiátrico
- Ambulatório de saúde mental
- Prática com casos agudos de doença mental
- Ensino
- Outros, especificar _____

Há quantos anos trabalha na prática psiquiátrica?
