

A aderência à medicação em pacientes portadores de transtorno mental em uma unidade local de saúde.

Alexandre Laner Cardoso
Walter Ferreira de Oliveira.

RESUMO: Este artigo expõe os resultados de uma pesquisa cuja finalidade foi avaliar aderência ao tratamento medicamentoso e fatores associados em portadores de transtorno mental em uma Unidade Local de Saúde de Florianópolis/SC. Realizou-se um estudo retrospectivo. Foram estudados todos os pacientes com transtorno mental que iniciaram tratamento medicamentoso contínuo, durante o período de 1 de outubro de 2007 a 31 de março 2008, perfazendo um total de 30 pessoas. A amostra, do tipo intencional, foi identificada no sistema de registro eletrônico de retirada de medicamentos do estoque das farmácias públicas (sistema *Infosáude*), obtendo informações sócio-demográficas e clínicas dos prontuários eletrônicos. A aderência à medicação no primeiro trimestre foi 71.8%, no segundo 40.7% e no terceiro 38.2%, com total de 50.3%, sendo diferente estatisticamente entre o primeiro e o segundo trimestre ($p=0.0001$) e entre o primeiro e o terceiro trimestre ($p=0.00001$). Não houve diferença com o sexo, idade, naturalidade, cor, escolaridade, estado civil, diagnóstico, co-morbidades, medicação utilizada, efeitos colaterais, número de doses diárias e de prescritores; porém significativa em localidades distantes com aderência no segundo trimestre ($p=0.016$), localidades com interesse social com a do segundo trimestre ($p=0.018$) e no total ($p=0.017$), também com número de consultas do primeiro com a do último trimestre ($p=0.029$) e de faltas no segundo trimestre com a do terceiro ($p=0.001$). A adesão à medicação da população em todo o período é insatisfatória. A média da aderência no primeiro trimestre demonstra diferença em relação aos demais períodos. A dificuldade de acesso e moradia em área de interesse social parece ter relação com o desfecho, bem como número de consultas e número de faltas.

Palavras-chave: Aderência, tratamento medicamentoso, saúde mental, atenção básica.

ABSTRACT: To assess adherence to drug treatment and related factors in patients with mental health disorder in the Basic Health Unit of the Saco dos Limões, Florianópolis / SC. A retrospective study with 30 patients diagnosed with mental health disorder who began and

continued drug treatment between 1 October 2007 to 31 March 2008 was conducted. The sample was identified on the electronic registration system (Infosaúde) by drug withdrawal on stock of pharmacies from public system. Sociodemographic and clinical information were obtained in electronic medical records. Adherence to medication in the first quarter was 71.8%, in the second 40.7% and 38.2% on the third, with a total of 50.3%. There was statistical differences between the first and second trimester ($p = 0.0001$) and between the first and third trimester ($p = 0.00001$). There was no statistical differences with gender, age, nationality, race, education, marital status, diagnosis, comorbidities, medication use, side effects, number of daily doses and prescribers. There were statistical significance on distant locations in the second quarter and adherence ($p = 0.016$), on social risk locations and the second trimester adherence ($p = 0.018$) and total adherence ($p = 0,017$), also with the number of consultations in the first quarter and adherence on the last quarter ($p = 0.029$) and faults in the second quarter and adherence on the third ($p = 0.001$). Compliance with medication in the population of the entire period is unsatisfactory. The average adherence in the first quarter shows the difference in relation to the other moments. The difficulty of access and areas of social risk seems to have relation with the outcome, and so number of consultations and number of absences.

Keywords: Adherence, drug treatment, mental health, primary care.

Aderência Medicamentosa em Saúde Mental

O desejo de medicar-se é talvez o fator principal que diferencia o homem dos animais, disse certa vez *Sir William Osler*” (Cushing, 1925). Desde a segunda metade do século XX, com a disseminação dos antibióticos e o declínio das doenças infecto-contagiosas, o grande desafio que se impõe à medicina moderna são as doenças crônico-degenerativas. Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, transtornos mentais crônicos, câncer, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, cujas prevalências combinadas representam 54% de todos os encargos à saúde no mundo (WHO, 2002) apresentam em comum a necessidade de tratamentos a longo prazo, muitas vezes contínuos e vitalícios, mesmo em períodos assintomáticos. Coloca-se, assim, em pauta, a questão da aderência ao tratamento.

O termo aderência é comumente definido como “a extensão à qual o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou modificar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações do provedor de cuidados em saúde” (Haynes, 1978), (Rand, 1993).

Revisões sistemáticas e rigorosas têm encontrado como média de não aderência ao tratamento medicamentoso em geral cerca de 30% (DiMatteo, 2004). Nos Estados Unidos acredita-se que 33% a 66% das internações hospitalares devem-se à baixa aderência a tratamentos, resultando num gasto estimado de 100 bilhões de dólares por ano (McDonnell & Jacobs, 2002), (Senst et al. 2001).

Quando se trata de pacientes portadores de transtornos mentais, os números podem ser ainda mais críticos, devido à típica dificuldade desses pacientes tomarem suas medicações. Uma pessoa que além de doente esteja deprimida, por exemplo, tem três vezes mais chance de não seguir as instruções médicas do que uma pessoa doente não deprimida (DiMatteo et al. 2000). Metade dos pacientes com depressão maior, para os quais medicação antidepressiva é prescrita, costuma abandonar seu tratamento após três meses do seu início (Vergouwen et al. 2002). Em pacientes com esquizofrenia a taxa de aderência é de 50% a 60% enquanto aqueles com transtorno bipolar pode chegar a somente 35% (Lacro et al. 2002; Colom et al. 2000).

Spilker e Cramer (1991) dividem os fatores associados à baixa adesão a tratamento medicamentoso em três grandes grupos: primeiro, os relacionados ao paciente, como esquecimento, outras prioridades, decisão de omitir doses, pouca informação. Em segundo lugar vêm os fatores emocionais relacionados ao médico, prescrevendo regimes complexos, não explicando os benefícios e os efeitos colaterais adequadamente, não dando consideração ao estilo de vida ou ao custo da medicação, e não mantendo uma boa relação com o paciente (Golin et al. 2002), (Perkins, 2002). E os fatores relacionados ao sistema de saúde, por uso de formulários restritos, mudanças para novos formulários, proibição de altos custos para medicação e pagamentos adicionais (Ellis et al. 2004), (Murphy et al. 2003), (Stuart & Zacker, 1999).

Poucos estudos sobre a aderência a tratamento medicamentoso na área da saúde mental têm sido realizados no Brasil, a maioria em unidades de nível secundário, que estimaram não propriamente a aderência, mas o abandono do tratamento. Nesses, alguns resultados encontrados foram 27,6% de abandono do tratamento medicamentoso no município de Juiz de Fora (Ribeiro, 2008), 39,2% em Belo Horizonte (Melo & Guimarães, 2005) e 30,5% em Campinas/SP (Marchi, 1994).

Faz-se, por tanto, necessária a realização de mais estudos, principalmente na atenção básica, uma vez que esse setor é previsto como porta de entrada do paciente no Sistema Único de Saúde.

A política nacional de saúde mental vem mantendo um enfoque claro e progressivo em prol da diminuição de leitos psiquiátricos, amparada na lei 10.216/2001. Com essa ampla

mudança do modelo de atendimento público em saúde mental é cabível atentarmos para os recursos extra-hospitalares disponíveis, com um destaque para as unidades locais de saúde. A percepção do nível de aderência dos pacientes neste nível e os fatores associados a esta aderência podem contribuir para a criação, qualificação e fortalecimento de estratégias no âmbito da atenção básica, nas dimensões local, regional e nacional.

Assim, o enfoque na aderência ao tratamento medicamentoso torna-se um ponto importante para um planejamento geral do sistema de cuidados saúde mental e estudos sobre este tema na atenção primária podem contribuir com melhorias nas estratégias de atenção à saúde mental.

Com este intuito, realizou-se uma pesquisa cujo objetivo foi avaliar o grau de aderência ao tratamento medicamentoso e fatores associados a este em pacientes portadores de transtorno mental em uma Unidade Local de Saúde (ULS) de Florianópolis. O estudo teve como objetivos específicos quantificar a aderência ao tratamento medicamentoso na população estudada nos primeiros nove meses do início do tratamento e sua variação ao longo desses três trimestres e verificar a possibilidade de relação do grau de aderência com variáveis estudadas (características sócio-demográficas e geográficas da amostra, características clínicas da amostra, características da assistência médica).

Metodologia

O estudo foi retrospectivo observacional tipo coorte histórica. A amostra foi do tipo intencional, utilizando todas as pessoas portadoras de transtorno mental que iniciaram tratamento medicamentoso contínuo para esse fim na ULS em questão, durante o período de 01 de outubro de 2007 a 31 de março 2008, perfazendo um total de 30 usuários.

Identificaram-se todos os usuários que iniciaram tratamento medicamentoso na ULS no referido período e que preencheram os critérios de inclusão e exclusão (citados abaixo); isso feito através da pesquisa no sistema de registro eletrônico de retirada de medicamentos do estoque das farmácias públicas de Florianópolis (sistema *Infosáude*, utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis). Foi gerado, a partir desse registro eletrônico, um relatório de pacientes que retiraram medicação sujeita a controle especial (definida pela Resolução nº 20/CMS/2007) no dado período e o respectivo médico responsável pela prescrição, sendo este identificado pelo número de registro do Conselho Regional de Medicina. Houve, então, uma pré-seleção somente com aqueles pacientes cujo

prescritor correspondia a um dos médicos que realizaram consultas no referido período na ULS.

Numa etapa seguinte, o prontuário eletrônico dos sujeitos pré-selecionados (registrados no *Infosaúde*) foi utilizado para a seleção definitiva da amostra, através dos critérios de inclusão e exclusão (citados adiante) e para a coleta de dados da amostra, com o preenchimento de uma ficha de cadastro. Foram incluídos todos os usuários atendidos na ULS, diagnosticados com transtorno mental (de acordo com o Código Internacional de Doenças, 10ª edição) cujo tratamento medicamentoso para este transtorno com indicação de uso contínuo tenha sido iniciado durante o período de 01 de outubro de 2007 a 31 de março 2008 e que apresentaram em seus prontuários as informações necessárias a esta pesquisa.

Definiu-se início do tratamento quando não havia registro de utilização de medicação nos seis meses anteriores ao momento avaliado. De acordo com a Instrução Normativa Nº. 02/2008 divulgada pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, a receita de medicamentos sujeitos a controle especial é válida por 30 (trinta) dias contados a partir da data da prescrição, devendo ser prescrita quantidade suficiente para 60 (sessenta) dias de tratamento. Em tal receita é necessário que a medicação seja referida como de uso contínuo, sendo esta a definição utilizada para medicação de uso contínuo.

Foram excluídos do estudo os usuários falecidos, emigrados ou internados em alguma instituição hospitalar no dado período, ou ainda aqueles em que há algum registro em seu prontuário de utilização de serviço de saúde privado ou qualquer outra farmácia que não as públicas do município de Florianópolis.

A aderência foi quantificada pelo percentual do número de retirada de medicamento das farmácias municipais em relação àquele presumido pela prescrição médica em um dado período (método este já validado na literatura (Lau et al. 1997), (Christensen et al. 1997), usando dados registrados no *Infosaúde*, durante o período de 01/10/2007 a 31/12/2008. Exemplificando, em um paciente cuja prescrição é de um comprimido ao dia e que a cada retirada de medicação lhe são fornecidos 30 comprimidos, num período de 270 dias (cerca de nove meses) deve haver nove registros de retirada; se só houver seis retiradas registradas consideraremos 66,6% de aderência ($6/9=0,666$). Neste trabalho registrou-se a aderência no primeiro trimestre (0-90 dias), 2º trimestre (91-180 dias) e 3º trimestre (181-270 dias) do início do tratamento.

Com o uso do prontuário eletrônico, acessaram-se características sócio-demográficas da amostra, tais como sexo, idade, cor, escolaridade, estado civil, naturalidade e endereço residencial, incluindo a área e a micro-área de saúde correspondente e se tal localidade é considerada área de interesse social, esta definida pelo Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis por critérios de classificação próprios (Grando, 2006) desse órgão (renda familiar até três salários mínimos; unidades habitacionais precárias isoladas ou em agrupamento, apresentando uma distribuição espacial caótica; posse irregular em áreas públicas e/ou privadas; áreas desprovidas parcial ou totalmente de infra-estrutura; áreas desprovidas parcial ou totalmente de serviços e equipamentos públicos). Outro dado utilizado foi a dificuldade de acesso físico à ULS, sendo essa dificuldade definida neste trabalho como uma residência em uma micro-área cuja menor distância da ULS em linha reta é maior que dois quilômetros (calculado cartograficamente, desconsiderando acidentes geográficos). Este mapeamento foi acessado junto à ULS, que possui registros cartográficos da área de abrangência.

Pesquisaram-se as características clínicas da amostra, como diagnóstico do transtorno mental utilizado para justificativa do início do tratamento, co-morbidades descritas, medicação utilizada em cada trimestre, frequência de doses diárias em cada trimestre e presença de efeitos colaterais. Buscou-se, com estes dados, perceber a existência de relações com o nível de aderência medicamentosa.

Por fim, foram coletados dados a respeito da assistência médica, como número de médicos que prescreveram a medicação utilizada em cada trimestre, número de consultas em cada trimestre e número de faltas nas consultas em cada trimestre.

A aderência foi considerada desfecho, não fator de risco, portanto analisada sempre em momento posterior à variável ou no mesmo período em questão, nunca antes dessa. No caso das variáveis número de consultas, número de prescritores e número de faltas, considerou-se que, caso fizéssemos sua análise com a aderência do mesmo período, haveria um importante fator de confusão, pois a renovação da receita depende da presença do paciente e da prescrição do médico. Assim, optou-se por usar uma diferença temporal na tentativa de evitar este viés.

Com as informações obtidas geraram-se variáveis e produziu-se um banco de dados. Para descrever as variáveis quantitativas foram calculadas as médias e os desvios-padrão (apresentados na forma média±desvio-padrão). As variáveis categóricas foram descritas por

meio de suas frequências absolutas (n) e relativas (%) e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%). A associação entre as variáveis foi analisada por meio de testes de hipóteses apropriados ao tipo e à escala das mesmas (teste do qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher). A diferença na aderência ao 1º, 2º, 3º trimestres e a total foram avaliadas por meio do teste t pareado. A correlação entre as variáveis contínuas foi avaliada por meio da correlação de Pearson. Foram consideradas significativas as diferenças quando valor de $p \leq 0,05$. As análises foram realizadas por meio dos aplicativos Microsoft Excel e Stata SE 9.

Esta pesquisa foi desenhada conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde), aprovada pelo Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da UFSC e pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, sob o registro nº 219/2008

Resultados, Discussão e Conclusões

A escolha de se realizar um trabalho a respeito da aderência à medicação veio da escassez de publicações no país, o que contrasta com a relevância atribuída ao tema por grandes instituições internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Optou-se também pelo uso de dados de cadastro eletrônico registrados no programa *Infoestoque* pela facilidade que esse recurso apresenta para obtenção de dados, principalmente para o objetivo proposto, pois é possível com ele acessar rapidamente diversas informações.

Já a escolha do tema saúde mental, e não uma patologia específica, veio no sentido de abordar a questão de maneira mais ampla ao mostrar um panorama deste que é um dos temas relevantes para a atenção básica .

Esta pesquisa, além ser delineada para expor uma situação de dificuldade percebida na prática, propôs a busca de fatores que possam estar se relacionando com a aderência.

Em estudo com 9.000 pacientes maiores de 18 anos para estimar a prevalência de transtornos mentais em 12 meses, Kessler *et al.* (2005) descrevem que 6.7% da população em geral apresentou depressão maior, sendo 4.2% classificadas como moderada ou grave, com maior risco relativo para mulheres, brancas e menor nível sócio-econômico. Já em nossa amostra, ficou clara a tendência de se iniciar tratamento contínuo em transtornos mentais para pessoas diagnosticadas com depressão em 70% dos casos, sendo 80% mulheres, 83% destas de cor branca. 66.7 a 70% (dependendo do trimestre avaliado) da amostra total fizeram uso da fluoxetina. Estes números podem estar relacionados com a maior prevalência desse transtorno de humor nessa população e também às características epidemiológicas, como a

proporção maior de mulheres com diagnóstico de depressão (Guilbet, 2003), (Kendler & Gardner, 1998).

Andersson *et al* (2005) na validação do método de verificação de adesão por repetição de prescrição, sugerem que a meta ideal de aderência é de 80 a 120 %. Estes autores consideram aceitável a chamada “hiper-aderência”, fenômeno em que, por exemplo, um usuário toma maior quantidade de medicação que a prescrita, até o limite de 20%. Em uma revisão sistemática, Cramer e Rosenheck (1991) descrevem que a adesão entre pacientes com doenças a que se referem como físicas foi de uma média de 76%, enquanto que aqueles com “doença psíquica” era de 58% no caso do diagnóstico de psicoses e de 65% no de depressão (Krienker, 1972). Os valores obtidos em nosso estudo na ULS de Florianópolis serviço estão, portanto, em consonância com estes estudos internacionais, frequentemente utilizados como referência. A adesão à medicação da população da ULS estudada, em todo o período é, de acordo com Anderson *et al* (2005) , insatisfatória, tanto no 1º trimestre (71.8%), no 2º trimestre (40.7%) e no 3º trimestre (38.2%), quanto na amostra total (50.3%).

Em texto publicado pela OMS, onde são citados artigos em vários países, em grande gama de patologias crônicas, Sabaté *et al* (2003) corrobora o fenômeno da dificuldade de se manter tratamentos a longo prazo. Este documento discute a importância do tema quando se lida com tratamentos crônicos e coloca em pauta esse desafio para todos os serviços de saúde. Ao encontro dessa informação, houve em nosso estudo uma queda significativa da aderência do 1º trimestre em relação ao restante do período ($p < 0.05$).

Lin *et al* (2000) descreveram, em coorte histórica com 1671 sujeitos com depressão na atenção primária, que, após seis a oito semanas de tratamento, 32 a 42% dos sujeitos já não seguiam sua prescrição médica. Em outra coorte realizada nos Estados Unidos também na atenção básica em pacientes em uso de antidepressivos, Hunot *et al* encontraram um valor de 19% de continuidade de tratamento ao final de seis meses do seu início. Tanto os dados desta pesquisa quanto os anteriormente mencionados suscitam preocupação com o potencial terapêutico de uma das mais importantes ferramentas do arcabouço utilizado na medicina moderna para o tratamento de transtornos mentais graves na prática da atenção primária, que é a medicação de uso contínuo. No caso dos antidepressivos, por exemplo, diretrizes clínicas recomendam o uso da medicação por pelo menos seis meses para se atingir o potencial máximo de resposta (Pignone et al. 2002), (Rush et al. 1905). Portanto, é de se conjecturar que uma parcela significativa de usuários não esteja se aproveitando de toda a potencialidade dos tratamentos, o que pode significar a perda de uma janela terapêutica para estas pessoa e o aumento de internações, além de perda de dias produtivos e necessidade posterior de

tratamento mais longo e mais complexo. A OMS fez uma estimativa de que no ano de 2020 a depressão será a segunda causa de perda de dias produtivos em todo o mundo (Guilbet, 2003), o que poderá estar relacionado também a esta típica baixa adesão.

Melo & Guimarães (2005), em sua coorte histórica em Belo Horizonte onde foram registrados o abandono do tratamento e o acompanhamento em um serviço de referência secundária, o risco relativo de abandono para pacientes cujo domicílio estava fora da área de referência foi de 1.95 (com intervalo de confiança de 95% igual a 1.18 a 3.21). Quando o paciente tinha seu transporte garantido por uma ambulância, este fato se mostrou protetor para o abandono (risco relativo de 0.4, com intervalo de confiança de 95% entre 0.21 e 0.74). Entre as variáveis estudadas em nosso estudo em Florianópolis houve significância estatística nas referentes a localidade geográfica do endereço da residência fixa registrada nos prontuários. A aderência no segundo trimestre mostrou diferença importante ($p=0.016$) para pacientes em que se supõe dificuldade de acesso à Unidade Local de Saúde, aparecendo esta dificuldade principalmente quando a residência fixa está há mais de dois quilômetros em linha reta. A aderência total mostra uma tendência de relação com o local de residência, sem ser significativa ($p=0.059$).

A percepção de que a proximidade do serviço de saúde é importante para o impacto produzido pelo mesmo vem ao encontro do que preconiza uma das diretrizes em que se fundamenta o Sistema Único de Saúde (Pinto et al. 2009), que é a regionalização. Em se tratando de saúde mental, podemos sugerir que uma das barreiras enfrentadas no modelo hospitalocêntrico e manicomial é a necessidade de referenciar grandes áreas. É possível, também, pensar que a aproximação da saúde mental com a atenção básica pode melhorar os resultados obtidos e, com isso, a qualidade da assistência prestada. Além disso, o bom planejamento das áreas de referência de cada ULS (Unidade Local de Saúde) é relevante para evitar situações complexas. Uma reivindicação da própria equipe da ULS estudada é, inclusive, o desmembramento de suas áreas, já que há pelo menos uma sub-área com evidente dificuldade de acesso à ULS.

Em uma análise da dificuldade de implementação do Sistema Único de Saúde em um município de grande porte, Pinto *et al* discute a tentativa de reorganização do sistema de saúde daquele município, com áreas heterogêneas e grandes zonas de interesse social, sendo essa uma importante medida de promoção da saúde. Segundo Cohen *et al* (2004) a precariedade habitacional, deterioração da qualidade de vida, impacto na saúde de ambientes insalubres e o distanciamento da comunidade científica da realidade, determinam a necessidade de aumentar a eficácia e eficiência das políticas públicas de saúde.

Neste trabalho, outro achado foi a associação de residir em localidade de risco social ou também chamadas de áreas especiais de interesse social, com baixa aderência a tratamento medicamentoso, tanto no segundo trimestre ($p=0.018$) como no total ($p=0.017$). O Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (IPUF) define esse tipo de localidade por critérios próprios (Grando, 2006), incluindo os sócio-econômicos como número de moradores abaixo da linha da pobreza e precariedade das habitações. Deve-se ressaltar que, ainda que haja certa correspondência com a distância à ULS conforme discutido acima, o conceito de localidade de risco social é mais abrangente e mostrou maior relação inversa com a aderência ao tratamento medicamentoso ao longo dos nove meses estudados. Por se tratar de um conceito que vem recentemente sendo aplicado aos planos diretores de diversos municípios, ainda há poucos dados referentes, não sendo encontrada, pelos autores, correspondência em estudos publicados que pudesse servir de comparação. Em um estudo no município de Juiz de Fora realizado em serviço de atenção secundária, não houve diferença estatística para renda ou níveis sócio-econômicos diferentes, nem para grau de escolaridade (Ribeiro, 2008). Em nosso estudo, também não houve relação clara da escolaridade com o desfecho.

Propõe-se mais estudos para elucidar esta variável, de localidade de risco social, uma vez que são crescentes em zonas urbanas as áreas de dificuldade habitacional. Tal relação exata com diversos aspectos da saúde, tanto mental quanto em geral, ainda é pouco pesquisada. Fica aqui a reflexão de que talvez a efetividade do tratamento medicamentoso para pacientes portadores de transtorno mental dependa de certas variáveis extremamente complexas.

Entre as características da assistência clínica Melo *et al* (2005), encontraram relação do abandono do tratamento com a assistência prestada. Nesse estudo, sujeitos que tiveram menos de uma consulta ao mês apresentaram um risco relativo de abandono de 4.8 (com intervalo de confiança de 95% de 2.67 a 8.61). Foi positiva, em nossa pesquisa, a variável temporal que relaciona o número de consultas no primeiro trimestre com a aderência no último trimestre ($p=0.029$), com a obtenção de uma correlação classificada como fraca ($r = 0.27$). Nos demais períodos não houve diferença significativa e a correlação permaneceu baixa. É possível se imaginar que o aumento de consultas possa funcionar como método educacional de melhora da aderência com o aumento da motivação do paciente e superação de adversidades iniciais, porém são necessários mais estudos com amostras mais expressivas para se afirmar com mais propriedade.

Em grande revisão sistemática a respeito do tema, Haynes *et AL* (2008) encontraram certa significância estatística em ensaios clínicos randomizados com o uso de métodos de

intervenção na aderência em pessoas portadoras de transtorno mental, principalmente com diagnóstico de depressão. Na amostra foram utilizados alguns estudos com métodos educacionais que incluíam maior número de consultas e explicações específicas sobre vantagens e características do tratamento. Entretanto, o trabalho ressalta a dificuldade de generalizar esses resultados, pela diversidade dos métodos empregados.

Ainda nos preditivos da assistência, percebemos que vários sujeitos com faltas às consultas (médicas, de psicologia ou de enfermagem) na ULS no segundo trimestre apresentavam melhor aderência no terceiro trimestre ($p=0.001$), inclusive com correlação direta e moderada ($r =0.51$). Este resultado, ao invés da premissa inicial e lógica, deve ser avaliado com cuidado, pois pacientes que se consultam com maior frequência têm maior probabilidade de falta, enquanto aqueles em que houve abandono precoce tanto da medicação quanto do acompanhamento não terão faltas computadas no restante do período. Ressalta-se ainda a inexistência de diferença estatística das faltas no primeiro trimestre para o desfecho nos demais períodos. Corroborando essa idéia vem o fato de que muitas consultas no serviço estudado são marcadas em livre demanda, não necessariamente relacionadas à perda de um retorno, mas sim à vontade de uma nova consulta, vontade essa que pode, eventualmente, ser sanada antes da data prevista para tal. Contudo, outra interpretação cabível é a de que, nesse serviço e possivelmente em outros, talvez seja inconveniente tentar identificar os pacientes em má adesão através de uma lista de faltantes.

É de se registrar que muitas informações foram retiradas de prontuários de forma retrospectiva, o que por si só trouxe uma limitação, uma vez que foi perceptível a despreocupação dos funcionários prestadores de assistência com o bom preenchimento dos dados clínicos. Ainda que se pese a atenção e o rigor dos autores, admite-se limitações no preenchimento dos dados e recomenda-se cautela na interpretação dos resultados obtidos.

São também claras as limitações referentes à reduzida amostra aqui utilizada e o fato de a mesma ser intencional, ficando a necessidade óbvia de reprodução em condições mais robustas, como a já clássica tautologia da medicina baseada em evidências consensualizou universalmente.

Os dados aqui obtidos vêm salientar a dificuldade e complexidade de manter uma pessoa portadora de transtorno mental em uso contínuo de medicação durante um período expressivo. São necessários mais estudos para que se possa esclarecer alguns achados aqui expostos, principalmente com amostras mais expressivas. Outra sugestão é a abordagem não só do tratamento medicamentoso, mas também de outros tipos de ações terapêuticas em uso na atenção primária. Para que essas informações tenham impacto na prática clínica, tais

estudos devem ter como sucessão lógica outros em que se tente a intervenção nesse obstáculo aqui emoldurado. A complexidade desses fatores e a sua mútua relação de interdependência ao longo do tempo, levando em conta desde a medicação utilizada até a abordagem comportamental e educacional específica para diferentes pacientes ou ainda garantia de acesso ao serviço de saúde, trazem um modelo da dificuldade do tratamento de doenças crônico-degenerativas que se impõe à medicina no século XXI.

Durante o estudo não houve qualquer conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo.

Referências Bibliográficas

ANDERSSON K, MELANDER A, SVENSSON C, LIND O, NILSSON JL. Repeat prescriptions: refill adherence in relation to patient and prescriber characteristics, reimbursement level and type of medication. *Eur J Public Health*. 2005 Dec;15(6):621-6.

CHRISTENSEN DB, WILLIAMS B, GOLDBERG HI, MARTIN DP, ENGELBERG R, LOGERFO JP. Assessing compliance to antihypertensive medications using computer-based pharmacy records. *Med Care*. 1997 Nov;35(11):1164-70.

COHEN SC. Healthy house in the Family Health Program (PSF): a strategy for the health and environment public politics. *Journal [serial on the Internet]*. 2004 Date: Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a26v09n3.pdf>.

COLOM F, VIETA E, MARTINEZ-ARAN A, REINARES M, BENABARRE A, GASTO C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry*. 2000 Aug;61(8):549-55.

CUSHING H. *The life of Sir William Osler*. Oxford,: The Clarendon press; 1925.

DIMATTEO MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004 Mar;42(3):200-9.

DIMATTEO MR, LEPPER HS, CROGHAN TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*. 2000 Jul 24;160(14):2101-7.

ELLIS JJ, ERICKSON SR, STEVENSON JG, BERNSTEIN SJ, STILES RA, FENDRICK AM. Suboptimal statin adherence and discontinuation in primary and secondary prevention populations. *J Gen Intern Med*. 2004 Jun;19(6):638-45.

GOLIN CE, LIU H, HAYS RD, MILLER LG, BECK CK, ICKOVICS J, ET AL. A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *J Gen Intern Med.* 2002 Oct;17(10):756-65.

GRANDO SH. Sistema Geográfico de Informações na Saúde Geoprocessamento e Territorialização. In: SAÚDE SMD, editor. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS; 2006.

GUILBERT JJ. The world health report 2002 - reducing risks, promoting healthy life. *Educ Health (Abingdon).* 2003 Jul;16(2):230.

HAYNES RB, ACKLOO E, SAHOTA N, MCDONALD HP, YAO X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(2):CD000011.

HAYNES R. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Johns Hopkins University Press. 1979.

HUNOT VM, HORNE R, LEESE MN, CHURCHILL RC. A Cohort Study of Adherence to Antidepressants in Primary Care: The Influence of Antidepressant Concerns and Treatment Preferences. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007;9(2):91-9.

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº. 02/2008. (2008).

KENDLER KS, GARDNER CO, JR. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry.* 1998 Feb;155(2):172-7.

KESSLER RC, CHIU WT, DEMLER O, MERIKANGAS KR, WALTERS EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Jun;62(6):617-27.

KRIENKE R. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005 Nov 3;353(18):1972-4; author reply -4.

LACRO JP, DUNN LB, DOLDER CR, LECKBAND SG, JESTE DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry.* 2002 Oct;63(10):892-909.

LANDIS JR, KOCH GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977 Mar;33(1):159-74.

LAU HS, DE BOER A, BEUNING KS, PORSIUS A. Validation of pharmacy records in drug exposure assessment. *J Clin Epidemiol.* 1997 May;50(5):619-25.

LIN EH, KATON WJ, SIMON GE, VON KORFF M, BUSH TM, WALKER EA, ET AL. Low-intensity treatment of depression in primary care: is it problematic? *Gen Hosp Psychiatry.* 2000 Mar-Apr;22(2):78-83.

MARCHI MPPR. Evaluation in two outpatients mental health services in Campinas. J bras psiquiatr. 1994;43(8):429-32.

MCDONNELL PJ, JACOBS MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. Ann Pharmacother. 2002 Sep;36(9):1331-6.

MELO AP, GUIMARAES MD. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. Rev Bras Psiquiatr. 2005 Jun;27(2):113-8.

MURPHY DA, SARR M, DURAKO SJ, MOSCICKI AB, WILSON CM, MUENZ LR. Barriers to HAART adherence among human immunodeficiency virus-infected adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003 Mar;157(3):249-55.

PERKINS DO. PREDICTORS OF NONCOMPLIANCE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. J Clin Psychiatry. 2002 Dec;63(12):1121-8.

PIGNONE MP, GAYNES BN, RUSHTON JL, BURCHELL CM, ORLEANS CT, MULROW CD, ET AL. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002 May 21;136(10):765-76.

PINTO NR, TANAKA OY, SPEDO SM. [Health policy and management in the (re)construction of the Unified National Health System (SUS) in a large municipality: a case study of Sao Paulo, Brazil]. Cad Saude Publica. 2009 Apr;25(4):927-38.

RAND CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. Am J Cardiol. 1993 Sep 30;72(10):68D-74D.

RIBEIRO MS. Factors associated to treatment dropout in mental health. J Bras Psiquiatr. 2008;57(1):16-22.

RUSH AJ, TRIVEDI MH, WISNIEWSKI SR, NIERENBERG AA, STEWART JW, WARDEN D, ET AL. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. Am J Psychiatry. 2006 Nov;163(11):1905-17.

SABATÉ E, WHO Adherence to Long Term Therapies Project., Global Adherence Interdisciplinary Network., World Health Organization. Dept. of Management of Noncommunicable Diseases. Adherence to long-term therapies : evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.

SENST BL, ACHUSIM LE, GENEST RP, COSENTINO LA, FORD CC, LITTLE JA, ET AL. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. Am J Health Syst Pharm. 2001 Jun 15;58(12):1126-32.

SPIPKER B, CRAMER JA. Patient compliance in medical practice and clinical trials. New York: Raven Press; 1991.

STUART B, ZACKER C. Who bears the burden of Medicaid drug copayment policies? Health Aff (Millwood). 1999 Mar-Apr;18(2):201-12.

VERGOUWEN AC, VAN HOUT HP, BAKKER A. [Methods to improve patient compliance in the use of antidepressants]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2002 Feb 2;146(5):204-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World health report : 2002 : Reducing the risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.