

Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa

SCHIZOPHRENIA: ADHERENCE TO TREATMENT AND BELIEFS ABOUT THE DISORDER AND THE DRUG TREATMENT

ESQUIZOFRENIA: ADHESIÓN AL TRATAMIENTO Y CREENCIAS SOBRE EL TRANSTORNO Y TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA

Paula Silva Nicolino¹, Kelly Graziani Giacchero Vedana², Adriana Inocenti Miasso³, Lucilene Cardoso⁴, Sueli Aparecida Frari Galera⁵

RESUMO

Este estudo verificou a adesão de pessoas com esquizofrenia à medicação, identificou e comparou as crenças sobre transtorno e medicamento entre pacientes aderentes e não aderentes. Participaram do estudo 14 pacientes de um ambulatório de psiquiatria. Foi realizada entrevista semi-estruturada e aplicação do Teste de Morisky-Green. Os dados foram analisados com abordagem quali-quantitativa. Os resultados revelaram que 64,3% dos pacientes não aderem ao medicamento. A maioria dos entrevistados considerou a medicação capaz de reduzir a seriedade e severidade do transtorno. Entretanto, entre pacientes não aderentes, as barreiras no seguimento da terapêutica foram mais expressivas. Efeitos colaterais foram razão para descontinuidade do tratamento em 80% dos pacientes não aderentes intencionalmente. Observou-se conhecimento insuficiente sobre a esquizofrenia e tratamento medicamentoso. A fé foi mencionada pelos pacientes como estratégia para enfrentamento do processo vivenciado. Este estudo aponta para a necessidade de estratégias direcionadas à promoção da adesão ao medicamento entre pessoas com esquizofrenia.

DESCRITORES

Esquizofrenia
Terapêutica
Esquema de medicação
Adesão à medicação
Relações interpessoais

ABSTRACT

This study verified the adherence of people with schizophrenia to the medication, identified and compared their beliefs about the disorder and the drug among patients who adhered and those who did not. Participants were 14 patients of a psychiatric outpatient clinic. Semi-structured interviews and the Morisky-Green test were performed. The data was analyzed using a quali-quantitative approach. Results showed that 64.3% of patients do not adhere to treatment. Most participants considered the drug capable of reducing the seriousness and severity of the disorder. However, the drawbacks for patients that did not adhere to the treatment were more expressive. Side effects were the cause for interrupting the treatment for 80% of patients who intentionally did not adhere to treatment. It was observed there is insufficient knowledge about schizophrenia and the drug treatment. Patients referred to faith as a strategy to cope with the process they were experiencing. This study points at the need for strategies directed towards the promotion of drug treatment adherence among people with schizophrenia.

DESCRIPTORS

Schizophrenia
Therapeutics
Drug administration schedule
Medication adherence
Interpersonal relations

RESUMEN

Estudio que verificó adhesión de personas esquizofrénicas a la medicación, identificó y comparó las creencias sobre transtorno y medicamento entre pacientes adherentes y no adherentes. Participaron 14 pacientes de ambulatorio de psiquiatria. Se realizó entrevista semiestructurada y aplicación de Test de Morisky-Green. Los datos se analizaron con abordaje cuali-cuantitativo. Los resultados revelaron que 64,3% de pacientes no adhieren a medicación. La mayoría de entrevistados consideró a la medicación capaz de reducir la seriedad y severidad del transtorno. Entretanto, en pacientes no adherentes, las barreras en el seguimiento de la terapéutica fueron más expresivas. La razón para descontinuar el tratamiento en 80% de pacientes no adherentes intencionalmente fueron los efectos colaterales. Se observó conocimiento insuficiente sobre esquizofrenia y tratamiento medicamentoso. La fe fue mencionada por los pacientes como estrategia de enfrentamiento del proceso experimentado. El estudio determina necesidad de estrategias dirigidas a promoción de adhesión a medicamentos en pacientes esquizofrénicos.

DESCRIPTORES

Esquizofrenia
Terapéutica
Esquema de medicación
Cumplimiento de la medicación
Relaciones interpersonales

¹ Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. paulasilnic@hotmail.com
² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. kellygiacchero@eerp.usp.br ³ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. amiasso@eerp.usp.br
⁴ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. lucilene@eerp.usp.br ⁵ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. sugalera@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma das mais intrigantes e também estudadas condições psiquiátricas⁽¹⁾. É um transtorno que acomete cerca de 1% da população, compromete diversos aspectos da vida do seu portador e representa uma importante carga em termos financeiros e sociais, não somente para o paciente, mas para a família, cuidadores e para a sociedade como um todo⁽²⁻⁴⁾.

Por ser uma condição crônica, demanda tratamento medicamentoso prolongado e este se dá, principalmente, pela utilização de antipsicóticos. Não há dúvidas de que os antipsicóticos podem ser eficazes para o controle da esquizofrenia⁽⁵⁾. Estas drogas podem atenuar os sintomas, aumentar a adaptação psicossocial do paciente e melhorar o seu bem-estar subjetivo⁽³⁾.

O sucesso da terapêutica medicamentosa, entretanto, é comprometido porque muitos pacientes não aderem ao tratamento. A não-adesão à medicação antipsicótica está associada a pior prognóstico, maior probabilidade de recaídas, de rehospitalizações e aumento no consumo de recursos no setor da saúde^(6,2).

A adesão a tratamentos medicamentosos é um processo complexo que envolve uma multiplicidade de fatores, entre os quais se destacam aqueles diretamente ligados ao paciente. A esse respeito, pesquisa aponta que existem poucos estudos que avaliam realmente os aspectos sociais e culturais relacionados à utilização de medicamentos como resultante de uma decisão racional, onde são consideradas as crenças no tratamento e as formas de enfrentamento às condições mórbidas⁽⁷⁾.

Ressalta-se, ainda, que existe uma relação entre o que a pessoa acredita e como ela age diante de alguma morbidade⁽⁸⁾. Considerando a relevância das crenças dos pacientes para a adesão ao tratamento, este estudo fornece importantes subsídios para o planejamento de estratégias direcionadas à promoção da segurança das pessoas com esquizofrenia, na terapêutica medicamentosa prescrita.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivos verificar a adesão de pessoas com esquizofrenia à terapêutica medicamentosa prescrita, identificar as crenças destes indivíduos em relação ao transtorno e tratamento e comparar as crenças de pacientes identificados como aderentes e não-aderentes no que se refere à susceptibilidade e severidade do transtorno e sobre os benefícios e barreiras ocasionados pelo tratamento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quali-quantitativa. O estudo foi desenvolvido em um serviço ambulatorial, destinado ao atendimento de pessoas com esquizofrenia e outros transtornos delirantes, pertencente a um hospital geral de nível terciário, localizado no interior paulista. A pesquisa foi iniciada após a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (Processo HCRP Nº 11969/2004).

Foram elegíveis para o estudo todos os pacientes que tiveram sua consulta médica agendada no referido ambulatório no mês de agosto de 2008 e que preenchiem os seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico de Esquizofrenia estabelecido pelo médico responsável pelo diagnóstico no ambulatório, ter prescrição de uso contínuo de medicamentos para tratamento da Esquizofrenia, ter idade igual ou superior a 18 anos, ser capaz de se comunicar verbalmente em português e concordar em participar do estudo. Dos 43 pacientes agendados no ambulatório, no período em estudo, 14 preencheram os critérios de inclusão da pesquisa. As maiores limitações para o desenvolvimento do estudo foram a dificuldade de obtenção do aceite do paciente em participar do mesmo e o elevado número de pacientes sem confirmação diagnóstica.

Para coleta dos dados foi empregada a técnica de entrevista semi-estruturada gravada, realizada no domicílio do paciente, após ser previamente agendada por ocasião do comparecimento do mesmo ao ambulatório para a consulta médica. O grau de adesão foi definido pela aplicação do Teste de Morisky e Green⁽⁹⁾, o qual já foi validado e permite identificar o grau de adesão do paciente ao medicamento e discriminar se a eventual não-adesão é devida a comportamento intencional (questões: *Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio?* e *Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?*) ou não intencional (questões: *Você, alguma vez, se esquece de tomar o seu remédio?* e *Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?*).

Foi atribuído às respostas valor de 0 (zero) ou 1, sendo o valor 1 destinado a cada resposta positiva em que a frequência admitida foi de uma vez por mês ou menos, e o valor 0 (zero) para as outras possibilidades de frequência. Foi adotado como critério para classificar o grau de adesão: *aderentes* os pacientes que obtiveram 4 pontos no Teste de Morisky e Green⁽⁹⁾ e *não-aderentes* os que obtiveram de 0 a 3 pontos. Para análise dos dados relacionados à aderência ao medicamento foi utilizada a estatística descritiva.

Para a análise qualitativa dos dados referentes às crenças do paciente sobre o transtorno e tratamento, foram

seguidos os passos propostos em um estudo⁽¹⁰⁾ e foi adotado como referencial teórico o Modelo de Crenças de Saúde⁽⁸⁾. O referido modelo é composto por quatro dimensões: susceptibilidade percebida (percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença ou vivenciar uma condição), severidade percebida (percepção da gravidade ou seriedade da doença), benefícios percebidos (crenças na efetividade da ação para a saúde e percepção de suas conseqüências positivas) e barreiras percebidas (percepção dos aspectos negativos da ação).

RESULTADOS

Caracterizando os sujeitos do estudo

Participaram deste estudo 14 pacientes com idade entre 21 e 58 anos. Do total de entrevistados, três (21,5%) eram do sexo feminino e 11 (78,5%) do sexo masculino. Verificou-se que 13 (92,9%) pacientes eram solteiros e um (7,1%) era divorciado. Dos 14 participantes, apenas um (7,1%) possuía vínculo empregatício e, entre os demais, dois (14,2%) estavam aposentados em decorrência do transtorno mental.

No que se refere à escolaridade dos participantes, um (7,1%) era analfabeto, cinco (35,7%) não haviam concluído o ensino fundamental, quatro (28,6%) não haviam concluído o ensino médio e quatro (28,6%) tinham ensino médio completo.

O comportamento relacionado à adesão ao tratamento medicamentoso

A adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada pelo Teste de Morisky e Green⁽⁹⁾, o qual permite avaliar se a eventual não-adesão do paciente se deve a comportamento intencional (deixar de tomar a medicação por sentir-se bem ou por sentir-se mal) ou não intencional (esquecimento e descuido quanto ao horário da medicação).

Observou-se que, entre os 14 pacientes investigados, apenas cinco (35,7%) aderem ao tratamento medicamentoso. Entre os nove pacientes (64,3%) que não aderem ao medicamento, cinco (35,7%) são não-aderentes por comportamento intencional e quatro (28,6%) são não-aderentes por comportamento não intencional.

A adesão ao tratamento e as crenças sobre o transtorno e a terapêutica medicamentosa

Visando compreender a atitude dos pacientes em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, optou-se por um modelo teórico que possibilita explicar o comportamento preventivo em saúde. Desse modo, os resultados referentes às crenças sobre o transtorno e tratamento estão apresentados em tópicos, divididos de acordo com as quatro dimensões que compõem o Modelo de Crenças de Saúde⁽⁸⁾: susceptibilidade percebida, severidade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas. A compara-

ção entre as crenças mencionadas pelos pacientes identificados como aderentes, não-aderentes não intencionalmente e não-aderentes intencionalmente será abordada dentro de cada tópico.

Susceptibilidade percebida

A susceptibilidade foi considerada como a percepção subjetiva do risco pessoal de vivenciar condições desagradáveis decorrentes do transtorno, visto que os participantes do estudo já estavam acometidos pela esquizofrenia.

A comparação entre as crenças de pacientes identificados como aderentes e não-aderentes ao tratamento medicamentoso permitiu identificar que a percepção do risco de vivenciar internações e crises foi aludida por ambos os grupos.

Sempre fiz o acompanhamento certo. É porque não tem como você fazer errado, porque se fizer errado quem vai sair mais prejudicado é a gente mesmo, né! Já tomando já tá dando problema. Já fui internado aqui e fui internado duas vezes no Hospital Dia (P1).

...antes de entrar em crise a gente fica bom sabe, se sente bem... Ai você não quer, você sabe que tem alguma coisa errada, você acha que tem alguma coisa errada, mais você está bem, eu não vou me preocupar não, to tão bem, ai depois...(P12).

... porque já são três, não são seis internações, quatro no ST (hospital psiquiátrico) e duas aqui, uma foi numa ala do H (enfermaria de psiquiatria de hospital geral) e outra foi na outra ala (P10).

Pacientes aderentes ao tratamento medicamentoso referiram grande temor de vivenciar as crises decorrentes da esquizofrenia, pois devido a experiências prévias, acreditam que nesta fase do transtorno podem perder o controle e apresentar comportamentos de hetero-agressão e auto-agressão, estando vulneráveis às tentativas de suicídio e, até mesmo à morte, como exemplifica o relato a seguir:

Tenho medo... porque quando a gente entra em crise é uma coisa muito muito ruim né? Você não consegue controlar, não existe controle... Passa muita coisa na tua cabeça. A gente mesmo corre risco de vida, né?... tem perigo de morte... de suicídio... Eu posso afirmar porque eu já tentei muitas coisas comigo já (P1).

Há, todavia, entre os dois grupos de pacientes, indivíduos que não se percebem doentes e, desse modo, não vêem necessidade de seguir o tratamento prescrito ou, ainda, de obter informações sobre o diagnóstico para ele estabelecido. Há relatos que evidenciam a falta de conhecimento sobre o transtorno, a não aceitação do mesmo bem como a crença de já estar curado.

Nessa última consulta que eu fui lá no ST (hospital psiquiátrico), eu pedi pra ser internado e nem sabia porque, sabe... meu pai falava tanto... oh você tem que chegar e falar que você tem que internar, e hoje ele tá sonhando que eu vou pedir pra ser internado... posso jogar todos esses remédios do hospital fora e substituir por tratamentos naturais...

eles confundem você com um louco, vão ali, fazem uma lavagem cerebral na tua cabeça...(P10).

Nome da doença... Endropomia. É uma doença que... uma doença que... que dá no cérebro (P5).

Ah, eu não sei... esquizofrenia esquizoafetiva. Eu não sei o quê que é... eu não entendo direito, eu não sei direito. É uma coisa de esquizofrenia, depois esquizoafetivo... eu não sei o que é pra ser sincero (P4).

Sabe que agora eu acho que eu sarei, meu corpo mudou sabe, eu sarei, eu tinha problema mesmo, na hora que eu entrei na crise tinha várias... coisa, agora não, eu parei (P12).

Severidade percebida

No que se refere à percepção do paciente acerca da severidade do transtorno, observou-se uma variedade de temas entre os pacientes identificados como aderentes e não-aderentes ao tratamento medicamentoso. Ficou evidente, entretanto, que a maioria dos entrevistados, inclusive os não-aderentes, avaliou a esquizofrenia como um transtorno mental grave. Destaca-se que durante a entrevista alguns pacientes se emocionaram e/ou demonstraram aversão em falar sobre o transtorno:

É questão disso mexer muito com a gente. É coisa triste a gente não gosta de lembrar, entendeu?... Sempre foi muito sofrida essa doença (P4).

Eu vivia normalmente, e hoje eu não sou normal (P13).

Eu não vou falar tanto, porque... é uma área que eu não gosto de falar. Eu vou te resumir! É... tem vez que quando a gente entra em crise vê vulto, vê vozes. É, é uma coisa muito... muito ruim né! Que mexe muito com a gente! E... tem vários sintomas também... (P1).

No Modelo de Crenças em Saúde(8), a severidade da doença pode ser avaliada tanto pelo grau de perturbação emocional criada ao pensar na doença quanto pelos tipos de conseqüências que a doença pode provocar. Nesse estudo a esquizofrenia foi apontada, pelos pacientes, como agente causador de alterações físicas e comportamentais, de alucinações auditivas e visuais, de delírios, de alterações cognitivas e sintomas negativos.

Muda, muda a fisionomia, muda o comportamento, muda, muda em geral! (P1).

O que eu sinto é ouvir vozes, vê coisas. Só que eu não chamo de vozes, quem chama de vozes é o médico. Eu chamo de comunicação com o pensamento (P2).

Comecei ficar muito dentro de casa e aquilo foi me trazendo muita tristeza né? Não saía... aí, eu comecei a ficar esquisita (P9).

Entre as conseqüências do transtorno foram também citadas as limitações para o auto-cuidado, para a execução das tarefas domésticas, para o trabalho e estudo, as dificuldades de relacionamento (familiar, amoroso, com amigos), problemas judiciais, sofrimento e vergonha.

Tem dificuldade pra tomar banho, pra deitar, pra comer, pra trocar a roupa, pra abrir a porta, pra... pra sair, pra conversar, pra comprar na rua, se entendeu?! Dentro do ônibus, dentro de casa... dá problema. São vinte e quatro horas! (P1).

Antes eu tinha bastante amigo, trabalhava, saia sabe, agora não saio mais. Não tenho mais amizade (P12).

As vezes falava assim pra mim me matar, ou senão matar ele, ou senão matar a minha filha, coisas absurdas né?... meu filho de oito meses... ele morreu de parada respiratória no berçinho... Todo mundo pensou que era eu, saiu no jornal, a polícia querendo me prender... (P9).

Parei de estudar, parei de trabalhar, eu não casei, não tive um lar, uma família... Atrapalhou bastante a minha vida essa doença (P3).

Benefícios percebidos

A percepção da susceptibilidade e da severidade da doença pode motivar o indivíduo a adotar uma determinada conduta, todavia não define o curso da ação a ser realizada. A ação é direcionada pelas crenças pessoais referentes à eficácia das alternativas conhecidas e disponíveis para a diminuição da ameaça da doença ou pela percepção dos benefícios de adotar a ação, e não pelos fatos objetivos que demonstram a eficácia da ação⁽⁸⁾.

Desse modo, no que se refere aos benefícios atribuídos ao tratamento medicamentoso verificou-se, principalmente nos relatos dos pacientes aderentes, a percepção de melhora do bem-estar subjetivo, aumento da qualidade de vida, atenuação dos sintomas, das limitações e sofrimentos decorrentes da esquizofrenia.

Eu melhorei bastante, to bem melhor... Os pensamentos pararam de vim. Hoje eu sinto, sinto melhor assim, né? Normal, me sinto normal (P3).

Essa medicação, ela que tá me mantendo estável, ela que tá me dando qualidade de vida... (P14).

Para muitos pacientes, a medicação foi assinalada como uma estratégia utilizada para trazer equilíbrio e estabilização, evitando as crises e o agravamento do transtorno.

A medicação, para mim, ela é um, um equilíbrio pra minha mente... Não me deixa entrar em crise... Sem a medicação, talvez eu não estaria nem vivo, sabe. Eu não sei, a gente não sabe os limites da gente, né?... Não sei do que eu seria capaz (P14).

Ajuda... ta ajudando, porque se com os remédios ta dando esses problemas que ta acontecendo, sem os remédios então... taria morto eu, ou muita gente, né! Não sei o que podia te acontecido, tenho até medo de falar! (P1).

Há pacientes, entretanto, que por vivenciarem os efeitos colaterais dos medicamentos e não perceberem melhora na sintomatologia do transtorno, passam a não acreditar nos benefícios dos mesmos e optam pela não adesão.

...mas melhorar, eu acho que nesse quesito não, porque se fizesse efeito eu acho que a pessoa tomaria no máximo 12 meses... e já estaria curada... você vai perdendo o reflexo tem uma hora que se seu corpo não fala chega, ou o remédio te engole ou você acaba com ele, eu prefiro acabar com ele do que continuar tomando remédio (P10).

Constatou-se que alguns pacientes acreditam que o medicamento é destinado à cura do transtorno e, portanto, devem ser tomados por tempo limitado, como mostram os relatos:

Acredito, acredito que vou ficar bom ainda. Curar de tudo (P3).

... quando que eu vou ter que parar de tomar remédio?... porque assim que eu parar eu vou ter condições de trabalhar, ficar com mais agilidade pra fazer certas coisas... (P10).

Apesar de a maioria dos participantes do estudo ser não-aderente aos medicamentos prescritos, seus relatos mostram que os benefícios percebidos estão atrelados à crença na necessidade do seguimento da terapêutica medicamentosa.

Ah é muito bom quando a gente acerta o remédio... o medicamento é bom... Quem tem a doença tem que tomar o remédio todo dia certo, não pode falar assim: hoje eu estou bem, não vou tomar o remédio. Tem que tomar todo dia pro efeito do remédio fazer efeito sempre (P12).

Eu acredito que preciso do medicamento porque... se eu ficar sem tomar dois, três dias eu passo mal (P1).

Houve ainda, relatos de pacientes não-aderentes afirmando que experimentaram piora da sintomatologia ao interromper a terapêutica medicamentosa e referiram que tal experiência reforçava a percepção da necessidade do medicamento.

Quando eu parei de tomar eu fiquei nervosa de novo, ele melhora muito eu acho, esse remédio da noite, o sistema nervoso, ele ajuda muito (P9).

Quando eu ficava sem medicação, eu tinha pensamentos muito negativos... Tinha problema com meus irmãos, quando que é... assim, até de pensar em fazer alguma coisa contra eles (P14).

Barreiras percebidas

A pessoa pode acreditar na eficácia de determinada ação em reduzir a susceptibilidade e severidade da doença e, todavia, perceber esta ação como inconveniente. Assim, a percepção de barreiras pode impedir a adoção de comportamentos recomendados e gerar conflitos na tomada de decisão⁽⁸⁾. Verificou-se, nesse estudo, tanto em pacientes aderentes quanto entre os não-aderentes à medicação, as seguintes barreiras ao seguimento da terapêutica medicamentosa: dificuldade no manejo do tratamento (sobretudo as alterações frequentes na prescrição medicamentosa), insatisfação com a terapêutica instituída, crença de que a medicação pode lhe prejudicar, crença de que o medicamento é ineficaz porque não pode pro-

mover a cura, dificuldade para a aquisição da receita ou medicamento, falta de insight acerca do transtorno, efeitos colaterais (inibição do desejo sexual, palpitação, aumento de peso, sonolência, efeitos colaterais extrapiramidais).

Quando eu comecei tomar remédio nenhum dava certo, ficava só trocando... (P8).

Tomando o remédio, é a mesma coisa que eu toma água! Não sei se há outra saída, né!... O negócio tá feito! (P1).

Eu não tenho condições de comprar, entendeu? (P4).

Doença? Eu não tenho doença (P6).

Eu fiquei assim pensando sabe, por que eu tô tratando se a doença não tem cura? Por que que eu tô tratando? (P13).

É válido destacar que os efeitos colaterais se destacaram como motivo da descontinuidade do tratamento para quatro do total de cinco pacientes identificados como não-aderentes à medicação por comportamento intencional.

Dava batadeira, me fazia mal assim, tava me dando ânsia de vômito, tava vomitando... eu não posso tomar ele a noite porque senão eu durmo na guarita. Eu atrasava, eu tirava o amplictil (P4).

Eu fiquei desse tamanho em pouco tempo... E também cada vez menos desejo sexual... E o meu medo é de ir inibindo cada vez mais, até ficar totalmente sem desejo... até que eu questioneei... já teve vez de jogar fora... amplictil eu parei sozinha, o risperidona também parei... e fui tirando e tirei sozinha (P2).

Pacientes classificados como não-aderentes por comportamento intencional apontaram, ainda, como barreiras relacionadas ao tratamento: a falta de suporte familiar, o incentivo para não seguir o tratamento, a desconfiança em relação à equipe de saúde, a sensação de ser controlado pelo medicamento e a percepção de que a espiritualidade fica aflorada sem a medicação.

Ele (familiar) não acreditou em psiquiatra nada, né? Então, de uma forma ele também ajudou pra que isso causasse né? (P9).

Em algum tipo de pensamento, a medicação limita... eu percebi que ela limita algumas coisas que você pensa... quando eu fiz essa tentativa de ficar sem tomar a medicação, eu senti esse lado espiritual mais aflorado... (P14).

As pessoas caracterizadas como não-aderentes por comportamento não intencional relataram que a auto-administração da medicação era comprometida pela dificuldade para lembrar-se de tomar o medicamento.

Me esqueço muito facilmente das coisas, o que eu faço também quando eu tomo o remédio... Será que eu me lembro? a minha mente falha, né? Tomei? Devo tomar? Não devo tomar? Tomo amanhã? Tomo de manhã, eu tomei eu não tomei? (P13).

Observou-se que muitos pacientes afirmaram ter pouco conhecimento sobre a esquizofrenia e sobre o tratamento medicamentoso. Entretanto, seus depoimentos revelaram que estavam satisfeitos com as informações que possuíam e não tinham o hábito de questionar sobre os medicamentos, refletindo a crença na verdade médica:

Não, não, não entendo, não sou formado, eu aceito. Eles mudam e eu nem pergunto... Ele é médico, ele sabe porque ele está fazendo. Eu sigo as prescrições dele, só isso que eu faço (P13).

Eu não sou médico, eu não sei o que eles (medicamentos) fazem... nunca me falaram.. nunca procurei saber... só sei que eles me ajudam, entendeu! (P4).

Destaca-se, ainda, que muitos entrevistados possuíam crenças relacionadas à esquizofrenia e ao tratamento que eram fundamentadas na fé. Tais pacientes buscavam a espiritualidade como uma forma de enfrentar as dificuldades impostas pelo transtorno.

Era católico. Ah, devido ao problema de saúde passei para o espiritismo. Ah, acho que o espiritismo é melhor, pra essa, pra esse tipo de doença (P3).

Eu fui em tudo quanto é lugar... Fui na crente, fui na religião espírita, umbanda... É tentei de tudo, né! eu acredito que o mundo é uma luta espiritual... Deus usa as pessoas, deu inteligência ao homem, sabedoria... eu acredito muito em Deus, mas eu acredito que Deus usa as pessoas, o homem, né!... Por exemplo, se eu to doente, eu vou procurar primeiramente o médico (P4).

Só Deus porque se não fosse Deus... não é nenhum tipo de remédio que eu vou tomar que eu vou ficar bem, se eu tiver bem com Deus, comigo mesmo é tudo, não é remédio que agüenta (P10).

E as coisa foram acontecendo, eu fui precisando de ajuda em outros lugares, em outras religiões. Ah... eu fui vítima de mal feito também, né! Mal feitos, aí eu precisei da religião espírita muito tempo (P2).

Eles são estudados pra isso né? Deus que ilumine os médicos pra gente ficar numa boa, melhorar pra nossa família... (P7).

DISCUSSÃO

Embora a prevalência da esquizofrenia seja aproximadamente igual entre homens e mulheres, a maioria dos sujeitos deste estudo era do sexo masculino. Tratando-se de pacientes que faziam acompanhamento em um hospital de nível terciário, este achado pode ter relação com o curso e evolução da esquizofrenia nestes sujeitos, pois, a literatura aponta que o sexo masculino está associado a pior prognóstico⁽¹¹⁾.

Entre os 14 participantes do estudo, observou-se que 13 eram solteiros e um era divorciado. Os entrevistados relataram, na entrevista, a dificuldade em estabelecer e

manter relacionamentos conjugais estáveis. Um estudo sobre a qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia aponta que os pacientes com o referido transtorno, especialmente aqueles do sexo masculino, têm dificuldade em manter relacionamentos conjugais e isso compromete significativamente sua qualidade de vida⁽¹²⁾.

Vale mencionar que apenas um paciente do estudo possuía vínculo empregatício. A esse respeito, a literatura revela que as pessoas com transtornos mentais sérios geralmente estão desempregadas, têm menos instrução e menos condições de se envolverem em relacionamentos íntimos⁽¹³⁾.

Ao avaliar comportamento relacionado à adesão ao tratamento medicamentoso, constatou-se que 64,3% dos pacientes não aderem ao medicamento. Tal resultado é similar à de outros estudos científicos, pois a não adesão no tratamento da esquizofrenia ocorre em torno de 50% a 60%⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A literatura aponta que diversos fatores estão relacionados à decisão do paciente de seguir o tratamento, sendo destacado como importante fator envolvido nesse processo, as crenças que o paciente possui^(7,15). Desse modo, pode haver uma variação no comportamento dos indivíduos, no que se refere à saúde, devido às suas crenças na susceptibilidade que uma condição lhe impõe de vivenciar situações desagradáveis⁽⁸⁾. Os pacientes identificados como aderentes, no presente estudo, deram maior ênfase aos aspectos relacionados à susceptibilidade aos agravos do transtorno quando comparados aos pacientes não-aderentes, podendo este ser um fator relevante na sua opção por aderir ao tratamento.

A esquizofrenia foi avaliada, pela maioria dos participantes desse estudo, como um transtorno severo que ocasiona diversos sintomas e alterações comportamentais, prejudica o desempenho global do indivíduo e gera grande sofrimento, aspectos estes corroborados pela literatura sobre a temática⁽¹²⁾. Entretanto, não houve diferença expressiva na percepção da gravidade da esquizofrenia entre os pacientes identificados como aderentes e não-aderentes ao tratamento.

A maioria dos pacientes apontou o medicamento como estratégia capaz de atenuar ou restringir a susceptibilidade e severidade do transtorno. A percepção dos benefícios decorrentes do seguimento da terapêutica medicamentosa esteve relacionada à crença de que o medicamento é necessário, mesmo entre alguns pacientes não-aderentes. Entretanto, pessoas identificadas como não-aderentes por comportamento intencional, apesar de reconhecer os benefícios da medicação, avaliaram como mais significativos os seus aspectos negativos, enfatizando as barreiras para o seguimento do tratamento.

De fato, a literatura aponta que embora o tratamento medicamentoso proporcione benefícios incontestáveis à evolução da esquizofrenia, por vezes, ele é desgastante para o paciente gerando, no mesmo, sentimentos de ambivalência em relação ao medicamento⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Para alguns pacientes não-aderentes, a crença na necessidade do medicamento esteve pautada nas experiências de recaídas causadas pela interrupção do tratamento. A esse respeito, estudo menciona que alguns portadores de doenças crônicas experimentam, em seu tratamento, um mecanismo de auto-regulação da medicação como forma de avaliar o estado atual da doença e a possibilidade de retirar ou diminuir a dose de medicamentos⁽¹⁸⁾. A intenção é a de superar o estigma de doente crônico, uma vez que o ato de tomar o medicamento regularmente demonstra, o tempo todo, que se é um doente crônico.

Nesse estudo, os sintomas vivenciados pelos pacientes foram relevantes para fundamentar as suas crenças. Entretanto, a sintomatologia da esquizofrenia (especialmente os delírios) foi um entrave para a adesão ao medicamento em alguns pacientes, sendo citada por outros como sinal de severidade do transtorno, reforçando a necessidade do tratamento. Este achado revela que vivências semelhantes podem ser permeadas por crenças diferentes e, até mesmo, opostas.

Os efeitos colaterais foram a razão para descontinuidade do tratamento em 80,0% dos pacientes não-aderentes intencionalmente. Estudo constatou que os pacientes podem considerar o desconforto ocasionado pelos sintomas da doença tão intensos quanto os acarretados pelos efeitos adversos dos antipsicóticos⁽¹⁹⁾. Nesse contexto destacam-se os antipsicóticos atípicos que podem ocasionar efeitos colaterais graves (agranulocitose, dislipidemias, entre outros), todavia têm a propriedade de promover a ação antipsicótica em doses que não ocasionam, de modo significativo, sintomas extrapiramidais, havendo, ainda, melhor eficácia em relação aos sintomas negativos, afetivos e cognitivos⁽²⁰⁾.

Ressalta-se que os antipsicóticos atípicos são considerados pelo sistema público de saúde como sendo de alto custo e, para adquiri-los, o paciente necessita preencher critérios pré-estabelecidos. Vale lembrar que a dificuldade de acesso ao medicamento foi, também, mencionada por participantes deste estudo, embora o ideal fosse que todos os pacientes tivessem acesso à medicação que melhor se adequasse ao seu tratamento, independente do custo envolvido.

Os profissionais da saúde devem estar atentos para identificar precocemente os efeitos colaterais das medicações para que, quando possível, implementem ações com o objetivo de minimizá-los ou eliminá-los. É preciso, ainda, que os pacientes sejam informados quanto à possibilidade de ocorrência de tais efeitos bem como sobre quais estratégias adotar na presença dos mesmos⁽¹⁵⁾.

Entrevistados não-aderentes por comportamento não intencional tiveram dificuldade para lembrar-se de tomar o medicamento. Sabe-se que cerca de 40 a 60% dos indivíduos com esquizofrenia possuem déficits cognitivos graves, e que entre estes déficits está o comprometimento da memória⁽²¹⁾. Tal aspecto deve ser considerado pelos profissionais de saúde ao orientar esta clientela sobre o uso de seus medicamentos. Nesse contexto, a família tem importância ímpar, devendo ser incluída no tratamento do paciente para que possa ajudá-lo no manuseio dos medicamentos bem como a perceber a necessidade de utilizá-los por tempo prolongado, otimizando a adesão.

Outro aspecto relevante foi a menção, pelos pacientes, da fé como estratégia para enfrentamento do processo vivenciado, podendo esta desempenhar papel positivo ou negativo na adesão ao medicamento. Há pacientes que acreditam que a fé é suficiente para curar o transtorno, não havendo necessidade do medicamento e, para outros, a fé e o tratamento são complementares.

É fato que, em diversos momentos históricos, a psiquiatria e a religião assumiram uma posição de descrédito recíproco. Entretanto, é importante ressaltar que nem sempre psiquiatria e religião se excluem mutuamente, e que ambas podem beneficiar os indivíduos. A esse respeito, estudo⁽²²⁾ revela que as experiências religiosas podem ter efeitos positivos no curso de doenças mentais graves, levando os clínicos a terem que decidir se devem desencorajá-las ou apoiá-las. O autor ressalta, ainda, a importância de os clínicos compreenderem os papéis positivos e negativos que a religião desempenha nos pacientes com transtornos psicóticos.

Nesse estudo observou-se, também, conhecimento insuficiente sobre a esquizofrenia e sobre o tratamento medicamentoso entre os pacientes, sendo que alguns não sabiam sequer mencionar o nome do transtorno e outros afirmaram não ter o hábito de questionar sobre a esquizofrenia e tratamento. Os pacientes devem ser incentivados a esclarecer dúvidas em relação ao transtorno e tratamento. Sabe-se que existe uma variedade de fontes de informações disponíveis para este fim, entretanto, cabe ao profissional de saúde auxiliar o paciente a evitar informações incorretas e interpretações equivocadas que possam comprometer a sua segurança no seguimento da terapêutica medicamentosa. Os pacientes devem, ainda, ser estimulados a assumir uma postura ativa no seguimento da terapêutica medicamentosa, para que estes façam suas escolhas conscientemente, desenvolvam sua autonomia e responsabilização no tratamento.

CONCLUSÃO

Por meio da utilização dos conceitos do Modelo de Crenças em Saúde foi possível evidenciar alguns aspectos que devem ser considerados no processo educativo e assistencial dos pacientes com esquizofrenia, visando sua adesão à terapêutica medicamentosa.

Nesse estudo verificou-se que a adesão ao medicamento é um processo complexo influenciado por múltiplas crenças e experiências e que estas, assumem um grau de importância diferente para cada paciente. Constatou-se, ainda, que uma mesma vivência pode ser permeada por crenças diferentes, portanto, só pela escuta cuidadosa pode-se conhecer os pacientes e familiares para planejar o cuidado.

Uma compreensão ampla da complexidade envolvida na atitude de aderir ou não ao tratamento medicamentoso por parte dos serviços e profissionais deve ser aprimorada e estar presente nos processos de capacitação dos pacientes. Desse modo os pacientes poderão tomar suas próprias decisões conscientes da susceptibilidade em relação às crises do transtorno e da possibilidade de perdas e limitações nas várias esferas de seu cotidiano, quando a adesão não ocor-

re. Os profissionais devem, ainda, reforçar junto aos pacientes os aspectos positivos referentes à percepção dos benefícios em aderir ao tratamento medicamentoso.

Dentre as barreiras percebidas pelos pacientes para o seguimento da terapêutica medicamentosa destaca-se a falta de iniciativa dos pacientes em questionar os profissionais a esse respeito. Tais aspectos refletem a hegemonia do modelo biomédico de assistência à saúde, no qual os profissionais, considerados detentores do saber, estabelecem uma relação vertical com seus pacientes, não havendo espaço para questionamentos e co-participação dos mesmos na definição da proposta terapêutica.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de os profissionais de saúde estarem voltados para es-

cuta do paciente, considerando respeitosamente suas crenças, necessidades, conhecimentos e valores para que o planejamento de ações direcionadas à promoção da adesão do mesmo ao tratamento medicamentoso seja pautado em fatores intrínsecos à sua realidade.

Este estudo traz, assim, importantes contribuições para a prática e pesquisa na área da saúde mental, pois o conhecimento do grau de aderência, assim como das crenças dos pacientes sobre o transtorno e medicação é fundamental para uma conduta ética que valorize a subjetividade dos indivíduos, bem como para direcionar a implementação de estratégias, nos serviços de saúde, voltadas à segurança das pessoas com esquizofrenia na terapêutica medicamentosa.

REFERÊNCIAS

1. Araripe Neto AGA, Bressan RA, Bussato Filho G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Rev Psiquiatr Clin.* 2007;34 Supl 2:198-203.
2. Daltio CS, Mari JJ, Ferraz MB. Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Clin.* 2007;34 Supl 2:208-12.
3. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz W, Möller HJP, et al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33 Supl: 7-64.
4. Colvero LA, Ide CAC, Ropim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(2):197-205.
5. Zygmunt A, Olfson M, Bouer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2002;159(10):1653-64.
6. Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BCM Psychiatry.* 2008;8:32.
7. Leite SN, Vasconcellos MPC. Aderência à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003; 8(3):775-82.
8. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr.* 1974; 2:328-35.
9. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;(24):67-74.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
11. Chaves AC. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22 Supl 2: 21-2.
12. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(6):1303-14.
13. Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática.* 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
14. Cardoso L, Galera SAF. Mental patients and their compliance profile to psychopharmacological treatment. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2009 [cited 2010 May 25];43(1):161-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_21.pdf
15. Rosa MA, Elkis H. Adesão em esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Clin.* 2007;34 Supl 2:189-92.
16. Giner J, Cañas F, Olivares JM, Rodríguez A, Burón JA, Rodríguez-Morales A, et al. Adherencia terapeutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006;34(6):386-92.
17. Rudge T, Morse K. Did anything change? Caregivers and schizophrenia after medication changes. *J Psychiatry Ment Health Nurs.* 2004;1(1):3-11.
18. Conrad P. The meaning of medication: another look at compliance. *Soc Sci Med.* 1985; 20(1):29-37.
19. Lenert LA, Ziegler J, Lee T, Sommi R, Mahmoud R. Differences in health values among patients, family members, and providers for outcomes in schizophrenia. *Med Care.* 2000; 38(10):1011-21.
20. Lima MS, Mari JJ, Breier A, Costa AM, Sena EP, Hotopf M. Quality of life in schizophrenia: a multicenter, randomized, naturalistic, controlled Trial comparing olanzapine to first-generation antipsychotics. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(7):831-8.
21. Sá Junior AR, Souza MC. Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Clin.* 2007;34 Supl 2:164-8.
22. Koenig HG. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Rev Psiquiatr Clin* 2007;34 Supl 1:95-104.