Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Lucilene Cardoso

Perfil demográfico e clínico de pessoas que fazem uso de Decanoato de Haloperidol

Ribeirão Preto
2006

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Lucilene Cardoso

Perfil demográfico e clínico de pessoas que fazem uso de Decanoato de Haloperidol.

Dissertação (Mestrado) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de concentração (Linha de Pesquisa): Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas).

Orientadora Profª. Drª. Sueli Aparecida Frari Galera

Ribeirão Preto
2006

Ficha Catalográfica

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Cardoso, Lucilene.
Perfil demográfico e clínico de pessoas que fazem uso de Decanoato de Haloperidol / Lucilene Cardoso; Orientadora Profª. Drª. Sueli Aparecida Frari Galera. – Ribeirão Preto, 2006.
78 f.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica -- Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas -- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

1- Adesão a diretivas antecipadas; 2- Agentes antipsicóticos; 3- Saúde mental; 4- Avaliação em enfermagem; 5- Enfermagem psiquiátrica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lucilene Cardoso

Perfil demográfico e clínico de pessoas que fazem uso de Decanoato de Haloperidol.

Dissertação (Mestrado) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de concentração (Linha de Pesquisa): Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas).

Data de aprovação:19/ 01/ 2006.

Banca examinadora

Profª. Drª. Sandra Cristina Pillon
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Assinatura: _____

Profª. Drª. Sebastiana
Instituição: Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.

Assinatura: _____

Profª. Drª. Sueli Aparecida Frari Galera
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Assinatura: _____

Dedico este trabalho à minha mãe Irene e aos meus irmãos Sandra e Luiz, com muito amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

A minha querida orientadora **Profª. Drª. Sueli Aparecida Frari Galera** por sua orientação apoio, respeito e amizade, auxiliando meu crescimento como profissional e como pessoa.

A **William Fernando Prado**, meu amor, companheiro e amigo de todas as horas, momentos e conquistas.

A **minha família** que me apóia desde sempre e que me ensinou a buscar a realização de meus sonhos dedicando amor e respeito ao próximo.

Aos amigos da **República TPM**, **minhas amigas de mestrado e amigas de vida** que tanto me apoiaram e vibraram com minhas conquistas.

Aos **meus professores** que tanto colaboraram para meu aprendizado e profissionalização ao dividirem sua experiência e sabedoria: Suzana Alves Moraes, Isabel Cristina Martins de Freitas, Moacyr Lobo, Sandra Cristina Pillon, Francisco Silveira Guimarães.

Aos **funcionários da Farmácia do CSE** pela disponibilidade e apoio a orientar e possibilitar minha coleta de dados.

A **equipe do Núcleo de Saúde Mental** pelo apoio, amizade e respeito compartilhado durante o desenvolvimento deste estudo.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**) pela concessão da bolsa de mestrado como apoio financeiro aos meus estudos.

Ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

A **banca examinadora: Profas. Sueli, Sandra e Sebastiana** pela disponibilidade em colaborar para meu aperfeiçoamento profissional fornecendo valiosos ensinamentos, relatos de experiências e reflexões.

“É preciso desmistificar o olhar que vê no diferente o perigo e a ameaça, começando a mudança de dentro para fora ao olharmos para nós mesmos.”

RESUMO

CARDOSO, L. **Perfil demográfico e clínico de pessoas que fazem uso de Decanoato de Haloperidol.** 2006. 78f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

A não adesão ao tratamento farmacológico é um fator determinante ao agravamento das doenças crônicas e está intimamente ligada à recaída de quadros psicóticos. Mesmo sendo uma opção de incentivo à adesão e prevenção de recaída, o Decanoato de Haloperidol por si só não garante o sucesso do tratamento. O objetivo deste trabalho foi descrever as características sócio-demográficas e clínicas de pacientes com prescrição de Decanoato de Haloperidol assistidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. Utilizamos um questionário estruturado para a coleta dos dados via prontuário dos pacientes e listagens mensais de retirada da medicação na farmácia do serviço. Foram analisados 167 prontuários de pacientes. A maioria dos pacientes apresentou um maior risco para ocorrência de recaídas frente à retiradas irregulares da medicação no serviço de saúde. De modo geral, o uso irregular da medicação esteve associado a maiores intervalos de dias prescritos para administração de Decanoato de Haloperidol, maior tempo de tratamento/prescrição e diagnóstico de esquizofrenia. Os profissionais de saúde mental precisam estar mais atentos à complexidade do fenômeno da adesão. Ao conhecer melhor sua clientela, estes profissionais podem refletir acerca da assistência psicossocial que um serviço de saúde mental comunitário deve a sua clientela e de ações que minimizem o risco de recaídas nessa população.

Palavras-chave: Adesão a diretivas antecipadas; Agentes antipsicóticos; Saúde mental; Avaliação em enfermagem; Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

CARDOSO, L. **Demographic and clinic profile of people who use Haloperidol Decanoate.** 2006. 78f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

No adherence to pharmacological treatment is a determinant factor in the severity of chronic illnesses and is closely related to relapses. Indicated as option of better control the adhesion and fallen again prevention, Haloperidol Decanoate by itself does not guarantee the success of the treatment. The objective was to describe demographic and clinical characteristics of patients with lapsing of Haloperidol Decanoate attended in outside service of mental health. We used structure questionary to tax data in handbooks and withdrawals medication lists of pharmacy service. We analyse 167 handbooks of patients. The analysis of the data showed that the majority of patients presented a bigger risk to occurrence of fallen again front the irregular withdrawals of the medication in health service. In general way, the irregular use of the medication was associates the biggest intervals of days prescribed for administration of Haloperidol Decanoate, greater treatment/indicate time and diagnosis of schizophrenia. Professionals of mental health need to be more intent the complexity adhesion phenomenon. When knowing better its clientele, these professionals can reflect concerning the psicossocial assistance that a communitarian service of mental health must its clientele and of actions that minimize the risk of fallen again into this population.

Key words: Advence directive adherence; Antipsychotics agents; Mental health; Nursing assessment; psychiatic nursing.

RESUMEN

CARDOSO, L. **Perfil demográfico y clinico de lo personas que hacen uso de Decanoato de Haloperidol.** 2006. 78f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

La no adhesión al tratamiento farmacológico es un factor determinante al agravamiento de las enfermedades crónicas y está íntimamente conectada la recaídas. Indicado como opción de mejor control de la adhesión y prevención de recaída, el Decanoato de Haloperidol por sí sólo no garantizan el éxito del tratamiento. Lo objetivo fuero describir las características demográficas y clínicas de pacientes con prescripción de Decanoato de Haloperidol asistidos en un servicio de salud mental. Utilizamos un cuestionario estructurado para la colecta de los datos vía prontuário de los pacientes y listados mensuales de retirada de la medicación en la farmacia del servicio. Fueron analizados 167 personas. El análisis de los datos mostró que la mayoría de los pacientes presentó un mayor riesgo la ocurrencia de recaídas frente la retiradas irregulares de la medicación en el servicio de salud. De modo general, el uso irregular de la medicación estuvo asociados la mayores intervalos de días prescritos para administración de Decanoato de Haloperidol, mayor tiempo de tratamiento/prescripción y diagnóstico de esquizofrenia. Los profesionales de salud mental necesitan estar más atentos la complejidad del fenómeno de la adhesión. Al conocer mejor su clientela estos profesionales pueden reflejar acerca de la asistencia psicosocial que un servicio de salud mental comunitario debe su clientela y de acciones que minimicen el riesgo de recaídas en esta población.

Descritores: Adherencia de las directivas de adelanto; Agentes antipsicóticos; Salud mental; Evaluación en enfermería; Enfermería psiquiátrica

LISTA DE ABREVIATURAS

CSE-FMRP-USP	Centro de Saúde Escola " Joel Domingos Machado" da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP.
DH	Decanoato de Haloperidol
NAPs	Neurolépticos de Ação Prolongada
NSM	Núcleo de Saúde Mental
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos em relação as variáveis sexo e idade. 45

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos em relação a distância entre a casa do paciente e o serviço de saúde. 46

Tabela 3 - Distribuição da freqüência relativa aos intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço. 48

Tabela 4 - Distribuição da freqüência relativa aos intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço, em relação ao tempo de prescrição/tratamento com Decanoato de Haloperidol (D.H.). 50

Tabela 5 - Associação entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e o intervalo de dias prescrito para administração de Decanoato de Haloperidol. 50

Tabela 6 - Associação entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e o intervalo de dias prescrito para administração da medicação. 51

Tabela 7 - Associação entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e o aumento da dose de DH. 53

Tabela 8 – Distribuição de freqüência relativa ao número de diagnósticos dos pacientes que retiraram Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço. 54

Tabela 9 - Distribuição de freqüência relativa aos diagnósticos principais e comorbidade entre os pacientes que retiraram Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço. 55

Tabela 10- Principais diagnósticos dos pacientes que retiraram Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço em relação aos intervalos médios de retirada da medicação. 56

Tabela 11 - Associação entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e o diagnóstico de esquizofrenia. 57

Tabela 12 - Distribuição das freqüência de sujeitos com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de drogas. 58

Tabela 13 - Distribuição da freqüência de sujeitos em relação a ocorrência de intercorrência durante o tratamento psicofarmacológico com DH. 59

Tabela 14 - Distribuição dos sujeitos quanto aos intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e número de internações. 60

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO 12

2 REVISÃO DA LITERATURA 21
2.1 ADESÃO 22
2.2 DECANOATO DE HALOPERIDOL 28

3 OBJETIVO 32

4 MÉTODO 34
4.1 NATUREZA DO ESTUDO 35
4.2 LOCAL 36
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 39
4.4 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO 40

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 43
5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS 44
5.2 CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO 47

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 61

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS 65

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP. 71

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA 72

ANEXO C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 73

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros fármacos, com a finalidade específica de tratar transtornos psiquiátricos, surgiram de experimentações clínicas com diversas drogas em tratamentos nem sempre relacionados a esta especialidade. A exemplo disto, a descoberta da Clorpromazina, marco na história da psicofarmacologia, iniciou-se no experimento do cirurgião francês Henri Laborit que buscava drogas para abrandar reações neurovegetativas de pacientes submetidos a cirurgias prolongadas. Ao observar uma indiferença emocional nos pacientes tratados com esta droga foram realizadas experimentações em tratamentos psiquiátricos, por Delay e Deniker em 1952, comprovando os efeitos antipsicóticos da Clorpromazina [(1)].

Mesmo sem ter uma noção exata da ação das drogas antipsicóticas, até o final da década de 50 já haviam sido descobertos cinco grupos de drogas capazes de promover efeitos clínicos em transtornos psiquiátricos. Mas apesar da variedade de compostos com ação antipsicótica descobertos, estudos clínicos controlados realizados não indicaram maior eficácia antipsicótica de um em relação a outro. De maneira geral a diferença entre estes medicamentos está na potência, farmacocinética e perfil de efeitos adversos indesejados.

Os neurolépticos foram, inicialmente, assim denominados por sua capacidade de diminuir a tensão nervosa no organismo através de uma provável ação nos neurônios. Mais recentemente, estudos demonstraram que estas drogas promovem principalmente ações relacionadas ao neurotransmissor *dopamina* em regiões do cérebro. A partir disso, os neurolépticos passaram a ser chamados de antipsicóticos por uma melhor relação destes ao seu efeito. Estudos na área da neurociência têm demonstrado que a ação antipsicótica desses agentes pode estar associada ao bloqueio de receptores dopaminérgicos do tipo D2 em regiões frontais e temporais límbicas (vias mesolímbica e mesocortical) no cérebro [(1)].

A ocorrência dos efeitos adversos, freqüentemente relacionados à baixa *adesão* ao *tratamento farmacológico*, está associada ao bloqueio de receptores de dopamina tipo D2 no estriado (via mesoestriatal) o que ocasiona os chamados sintomas extrapiramidais e ao bloqueio destes receptores no eixo hipotálamo-hipófise (via túbero-infundibular) causando a ocorrência de hiper-prolactinemia, galactorréia, ginecomastia e amenorréia. Os antipsicóticos podem ainda bloquear receptores muscarínicos, adrenoceptores alfa-1 e receptores histamínicos tipo-1 [(1)].

A princípio, os portadores de doença mental viviam confinados em sanatórios, excluídos da sociedade, sob regimes asilares e carcerários em decorrência da falta de recursos terapêuticos adequados [(2)]. A assistência de enfermagem psiquiátrica era vinculada a ordens religiosas que desenvolviam um trabalho de organização e controle do ambiente do hospício. Estes profissionais desempenhavam um papel de supervisão com ocorrência de abuso de poder e muitas vezes mau tratos aos doentes [(3)]. O doente mental, nesse contexto, era tido como incomodo e improdutivo, o que implicava no emprego de uma assistência de cunho carcerário e disciplinador.

Com a introdução dos antipsicóticos no tratamento dos transtornos mentais, ocorreu a princípio um movimento de entusiasmo frente aos avanços na assistência e grandes expectativas quanto à remissão dos sintomas patológicos dessas doenças. Acreditou-se que o tratamento das doenças mentais com os antipsicóticos poderia curar os pacientes e enfim possibilitar suas altas hospitalares.

De fato, as altas que até então eram em número muito reduzido tiveram aumento considerável [(4)]. Ao serem administrados no tratamento da esquizofrenia, por exemplo, os antipsicóticos permitiram um maior controle dos sintomas psicóticos, sendo inicialmente utilizados somente para episódios psicóticos agudos [(5)].

Em contrapartida, a psiquiatria analítica, embasada na teoria psicodinâmica defendida pelo médico vienense Sigmund Freud (1856-1939) para entender fenômenos do inconsciente, pôde ser melhor explorada. Uma vez que os pacientes passaram a ter a possibilidade de expressar melhor suas experiências e de se relacionar com outras pessoas, foi possível o desenvolvimento de técnicas de abordagem e relacionamento terapêutico. As intervenções psicossociais receberam grande encorajamento social e científico, neste período que foram desenvolvidas a teoria de grupo e a terapia familiar.

Estudos acerca do relacionamento entre profissional e paciente se expandiram e em 1952, Hildegard E. Peplau, considerada a primeira teórica do relacionamento interpessoal, publicou o primeiro livro sobre o tema relacionamento interpessoal na enfermagem [(6)]. Em sua teoria, Peplau estudou o fenômeno da enfermagem teorizando como as relações interpessoais entre enfermeiros e pacientes podiam ser processadas na prática para tornarem-se experiências de aprendizado e conhecimento [(7)]. Se a assistência de enfermagem estava, até então, totalmente voltada aos aspectos biológicos das doenças e à assistência de cunho carcerário, com a introdução dos antipsicóticos e do relacionamento interpessoal como prática terapêutica, o desenvolvimento de uma interação efetiva entre enfermeiro e paciente foi possibilitada [(3)]. Neste sentido, o relacionamento terapêutico entre enfermeiros e pacientes, independente de sua patologia, deveria se caracterizar como competência do enfermeiro, sendo uma experiência de aprendizado mútuo e respeito igualitário com uma finalidade terapêutica a ser explorada.

Foi então que a enfermagem pôde ampliar de seu papel na assistência à saúde mental e aos tratamentos psiquiátricos, responsabilizando-se além da administração dos medicamentos e do ambiente hospitalar, pelo desenvolvimento de intervenções terapêuticas baseadas no relacionamento interpessoal e na manutenção desses tratamentos. O

desenvolvimento de teorias e novas competências marcaram o movimento da profissão em busca de autonomia e delimitação de suas ações [(7)].

A introdução dos antipsicóticos no tratamento das doenças mentais configurou a chamada Revolução Farmacológica que impulsionou a evolução da assistência psiquiátrica oferecida pelos profissionais de saúde e o desenvolvimento de intervenções sociais e psicológicas [(1)].

Porém, contrariando as esperanças de benefícios permanentes atribuídos ao tratamento das doenças mentais com os antipsicóticos, os profissionais constataram que o impacto desse tratamento era momentâneo. Apesar do controle dos sintomas psicóticos, as *recaídas* e conseqüentes internações continuaram freqüentes. Percebeu-se que após a melhoria da sintomatologia, os pacientes tendiam a tomar seus medicamentos de forma irregular chegando até mesmo a interromper seu tratamento, demonstrando um comportamento de uso descontínuo dos antipsicóticos prescritos [(8)]. Foi assim que, no final da década de 60, os neurolépticos passaram a ser empregados também como medicação de manutenção, perdendo a indicação de uso apenas em episódios agudos como pensada a princípio. O enfoque terapêutico passou a preconizar o uso contínuo da medicação e o tratamento psicossocial como medidas de prevenção contra a ocorrência de novos episódios.

Nesta tentativa de melhorar a *adesão* ao tratamento farmacológico e prevenir *recaídas*, foram desenvolvidos os Neurolépticos de Ação Prolongada (NAPs). Indicados para pacientes com dificuldade de aderir ao uso contínuo de antipsicótico via oral, os NAPs permitiram uma ampliação do intervalo entre as administrações medicamentosas (em torno de 30 dias). Ao serem administrados por via intramuscular, esses medicamentos permitiram uma simplificação do esquema terapêutico e maior motivação à *adesão* do paciente ao

tratamento, sem perdas na atividade terapêutica do medicamento [9]. Um exemplo clássico de antipsicótico amplamente prescrito para esses casos é o *Decanoato de Haloperidol*.

Apesar destes avanços e adaptações no tratamento com antipsicóticos, a alta ocorrência de efeitos adversos e a baixa ação destes nos chamados sintomas negativos da psicose continuaram a dificultar a manutenção do tratamento dos transtornos psiquiátricos. Na esquizofrenia ocorre a manifestação de sintomas positivos e negativos. Os positivos se caracterizam por alucinações, delírios, perturbações da forma e do curso do pensamento, comportamento desorganizado, bizarro, agitação psicomotora e mesmo negligência dos cuidados pessoais. Já os sintomas negativos são, geralmente, caracterizados por déficits, ou seja, pobreza do conteúdo do pensamento e da fala, embotamento ou rigidez afetiva, prejuízo do pragmatismo, incapacidade de sentir emoções, incapacidade de sentir prazer, isolamento social, diminuição de iniciativa e diminuição da vontade [10].

No final da década de 90, foram lançadas novas drogas antipsicóticas classificadas como "*Antipsicóticos Atípicos*" por possuírem menor potencial em causar efeitos adversos extrapiramidais e eficácia tanto na melhoria dos sintomas positivos quanto na dos sintomas negativos. Após inúmeros estudos, isto foi possível pela descoberta de drogas com capacidade de promover um bloqueio específico de receptores dopaminérgicos e serotonérgicos no cérebro ocasionando maior eficácia no combate aos sintomas e menor ocorrência de efeitos adversos [2, 4]. Em geral, os antipsicóticos "Atípicos" são indicados para pacientes resistentes a tratamentos com os antipsicóticos "Típicos" e possuem fatores limitantes como o alto custo e a capacidade de causar alguns efeitos adversos específicos e diferentes dos efeitos adversos provocados pelo tratamento com antipsicóticos típicos, tais como agranulocitose, sedação, boca seca, hipotensão postural [1, 2, 4, 5]. A ocorrência destes sintomas requer atencioso monitoramento do tratamento pelos profissionais e melhor

estruturação dos serviços comunitários de saúde para apoio, suporte e seguimento aos portadores de transtornos mentais em tratamento psicofarmacológico.

Apesar dos avanços farmacológicos relacionados aos antipsicóticos atípicos e aos antipsicóticos de depósito, a ocorrência das recaídas no curso dos tratamentos psiquiátricos não foi efetivamente controlada. Sabemos que, em alguns casos, as *recaídas (retorno ou aumento da sintomatologia)* podem ser consideras uma fase natural no curso da doença mental. Porém, a *recaída* decorrente da não *adesão* ao tratamento é apontada, em vários estudos científicos, como fator determinante ao agravamento das doenças [11, 12, 13]. No curso dos tratamentos psiquiátricos, a não *adesão* tende a se desenvolver gradualmente em muitos pacientes e suas conseqüências, o agravamento da sintomatologia, podem não ser notadas de imediato. Em alguns casos, meses poderão se passar, em média de três a sete meses, até começar a surgir, insidiosamente ou repentinamente, a *recaída* por interrupção do tratamento [12]. Com isso, a permanência dos sintomas dificulta abordagens terapêuticas psicossociais, interação entre equipe de saúde e paciente, a reintegração social do paciente, além de acarretar sobrecarga de responsabilidades e sofrimento também aos familiares destes.

As conseqüências da *recaída* são diversas, variando desde a ruptura psicossocial, utilização de serviços de emergência, necessidade de internação ou de maior número de consultas para o controle clínico, aumento do custo financeiro para os serviços públicos e da própria família, além dos desajustes no ambiente familiar [13]. Em determinados casos, em conseqüência às *recaídas*, o tempo para recuperação torna-se mais longo e a resposta inferior ao tratamento [2]. Na prática clínica, esta ocorrência é evidente e as seqüelas do tratamento descontínuo e prolongado com conseqüentes *recaídas* são muitas vezes

irreversíveis. O que evidencia a influência das *recaídas* no curso das doenças mentais e a importância de preveni-las.

Neste contexto, a adesão possui uma conceituação bastante complexa e controversa no meio científico, o que impossibilita um consenso. De maneira geral, podemos pensar neste conceito como a opção do indivíduo em seguir ou não um tratamento médico prescrito, em sua íntegra, seja este tratamento clínico, farmacológico ou psicoterapêutico. Alguns estudos nesta área tendem também a questionar o sentido e as conseqüências da concordância direta ou indireta do indivíduo como sujeito ativo ou paciente no curso de seu tratamento e doença [7, 8, 12]. Acredita-se que a determinação do melhor tratamento deva ser um consenso entre médico e paciente, de modo que todos os envolvidos possam se integrar para que um bom resultado no tratamento seja obtido, frente a uma aliança terapêutica eficaz. Esta opção de escolha remete, diretamente, ao direito de escolha e participação deste individuo na determinação do melhor tratamento para seu caso, aceitando ou não o tipo de apoio indicado pela equipe de saúde.

Dentre os fatores que podem influenciar esta decisão estão questões sociais, culturais, religiosas, econômicas, regionais e contextos individuais para cada pessoa. A maioria dos estudos relacionados à adesão busca identificar quais são estes fatores e acabam por evidenciar que para cada caso e contexto, diferentes fatores podem influenciar o processo de adesão ao *tratamento psicofarmacológico.* O que indica a necessidade de respeito e atenção para as questões individuais destes pacientes, além do desenvolvimento de diferentes pesquisas.

Os profissionais de saúde precisam estar atentos às características de sua clientela para melhor determinar quais habilidades podem ser desenvolvidas para melhorar a qualidade de vida destes usuários e para promover a saúde de todos frente a uma atuação

mais abrangente e diferenciada. Ao conhecer e compreender melhor sua clientela, os profissionais de saúde podem explorar de forma mais eficiente o complexo processo da adesão. É neste contexto que a enfermagem se destaca. Por ser uma profissão diretamente ligada ao tratamento e ao cotidiano do paciente, a enfermagem pode promover o estabelecimento de aliança terapêutica, oferecer suporte e esclarecimentos na manutenção do tratamento, além de poder identificar particularidades que possam interferir na adesão do paciente.

Nosso questionamento e intenção neste estudo circundam a definição de um conceito para adesão adequado ao nosso contexto; parâmetros que permitam determinar quando o paciente não adere ao tratamento farmacológico e qual é seu risco de recaída.

Primeiramente, pretendemos identificar um grupo de pacientes inseridos na comunidade, descrevendo seu perfil demográfico e clínico explorando variáveis descritas na literatura como fatores que podem influenciar o processo de adesão ao tratamento psicofarmacológico. A adesão ao tratamento é apontada como fator de influência direta no tratamento das doenças crônicas e por isso acreditamos ser este um campo de significativa atenção para a enfermagem e demais áreas da saúde de modo que melhorias possam ser implementadas na assistência à saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ADESÃO

A revisão de literatura foi realizada com o objetivo de identificar os principais temas estudados no campo da *adesão* ao *tratamento psicofarmacológico*, através de levantamento bibliográfico na base dados informatizados Medline-Pubmed. Pesquisamos artigos publicados entre 1980 e 2004, utilizando como descritores: adesão (compliance/ adherence), antipsicóticos (antipsychotics), doença mental (mental illness), não adesão (non compliance).

Ao todo foram selecionados e estudados 52 trabalhos. A *adesão* foi apresentada como um fenômeno com influências multifatoriais e diretamente relacionado a tratamentos de longa duração em pessoas com doenças crônicas.

Apesar do grande número de pesquisas acerca da *adesão* nos últimos anos, sua definição é controversa e problemática. Não encontramos um consenso sobre o conceito de *adesão*, uso irregular e *não adesão* [14, 15]. O que existe na maioria dos trabalhos é a indicação de correlação entre não *adesão* e taxas mais elevadas de *recaídas* [16, 17]. Alguns trabalhos indicaram também que a *adesão* ao tratamento envolve uma interação entre a decisão voluntária do paciente; a participação de familiares e cuidadores; o envolvimento dos profissionais de saúde com o paciente e seu contexto.

A classificação dos artigos destacou como maioria trabalhos direcionados a identificar os fatores que de alguma forma podem influenciar a decisão dos pacientes em aderir ou não aos tratamentos de saúde a eles prescritos e à discussões acerca da *adesão* em relação a responsabilidades e papéis de pacientes, profissionais e familiares no tratamento com antipsicóticos, perfazendo 73% dos artigos estudados. As possíveis intervenções realizadas por profissionais de saúde visando minimizar as taxas de não *adesão* aos tratamentos e as *recaídas* dos pacientes psiquiátricos foi o outro tema explorado nos trabalhos analisados (27%).

Apesar de melhorar significativamente os sintomas psicóticos de seus usuários os antipsicóticos possuem uma taxa de *adesão* bastante baixa. A não *adesão* à medicação antipsicótica é observada em cerca de 50 % das pessoas com esquizofrenia e é a principal causa de morbidade psiquiátrica e reinternações [18 , 19].

Ao estudar o fenômeno da *adesão* em pacientes com esquizofrenia, os pesquisadores Diaz, Neuse, Sulivan, Perssali e Woods compararam o tratamento desses com antipsicóticos orais convencionais e antipsicóticos atípicos [20]. Para tanto, mediram a quantidade de antipsicóticos na corrente sanguínea dos pacientes ao receberem alta hospitalar e monitoraram esta quantidade semanalmente, durante 3 meses. Assim buscaram determinar as taxas de *adesão* de acordo com o monitorado. Não foi encontrada diferença significativa entre a *adesão* dos indivíduos que utilizaram tratamento com antipsicóticos convencionais ou atípicos. Fatores preditores à *adesão* indicados neste estudo foram gênero, freqüência da dose e ocorrência de afeitos adversos. Nas análises individuais, foi encontrada a princípio uma melhor *adesão* à medicação *Olanzapina* em relação à *Risperidona* e aos antipsicóticos convencionais, diferença essa que desapareceu no modelo de análise final que controlava a freqüência da dose [20].

Afirmando que a adesão à prescrição é um dos melhores caminhos para o controle dos sintomas psicóticos e remissão de *recaídas*, a pesquisa de Perkins estudou a *adesão* a medicamentos antipsicóticos utilizando o *Modelo de Opinião da Saúde (Health Belief Model)*[21]. Essa pesquisa avaliou a percepção dos pacientes quanto aos benefícios do tratamento; aos riscos da doença e os custos do tratamento (efeitos adversos/colaterais). Em síntese os pesquisadores afirmam que 40% dos pacientes tratados com neurolépticos convencionais pararam de tomar sua medicação no primeiro ano de tratamento e cerca de 75% dentro de dois anos. A justificativa centrou-se no fato de que muitas vezes os custos relacionados ao tratamento (efeitos adversos/colaterais) são considerados, pelos pacientes,

maiores do que ter de conviver com os custos da doença (sintomas). Apesar da ocorrência dos efeitos adversos ter sido destacada como fator de influência sobre a *adesão*, o autor acredita que outros fatores também podem influenciar na decisão dos pacientes em fazer o uso correto e contínuo ou não dos medicamentos prescritos [21].

Utilizando também o *Modelo de Opinião da Saúde* (Health Belief Model), Bordenave et al. em seu trabalho avaliou a taxa de *adesão* ao tratamento com antipsicóticos e fatores associados a esta [22]. No estudo, a taxa de adesão ao tratamento com antipsicóticos foi de apenas 47%. Como diferencial, a conclusão destacou que uma opinião negativa de familiares e amigos dos pacientes em ralação ao tratamento com antipsicóticos é um fator relacionado à baixa *adesão* [22].

Apesar de variados e abundantes, os estudos encontrados nessa revisão da literatura foram pouco conclusivos. Dentre os principais fatores associados à não *adesão* estão: sócio-demográficos, psicológicos e clínicos; aspectos dos próprios pacientes; ambientais (social/familiar); tratamento médico; aliança terapêutica serviço/paciente [21, 23, 24, 25,26]. A complexidade do regime terapêutico, apresentação da droga, duração do tratamento, os efeitos adversos (notadamente a acatisia) e suporte familiar foram apontados como fatores importantes à adesão [27].

Em pacientes com transtorno de humor, a severidade dos sintomas psiquiátricos patológicos e a diminuição de *insight* aparecem como fatores significativamente associados à não adesão. Isto foi constatado no estudo, de Keck et al., que utilizou: uma entrevista clínica estruturada DSM-III-R para estabelecer diagnósticos e comorbidades, a Escala de Avaliação de Nova Mania para avaliar a severidade dos sintomas, a Escala de Avaliação de Hamilton para avaliar a depressão, medições das concentrações plasmáticas de estabilizadores de humor nos pacientes para avaliar adesão e um questionário clínico - administrativo para o paciente com transtornos de humor e equipe [28].

Nesta mesma linha de pesquisa Droulout, Liraud e Verdoux estudaram a relação entre insight e *adesão* à medicação [29]. Este estudo avaliou sujeitos com psicoses, hospitalizados, através várias escalas como: SUMD (Scale to Assess Unawerness of Mental Disorder) para medir o insight; SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) para medir e avaliar os sintomas positivos da patologia; SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) para medir e avaliar os sintomas negativos da patologia; DAI (Drug Attitude Inventory) como inventário da atitude quanto a medicação; Escala de Depressão de Calgary para medir a depressão. Os pesquisadores concluíram que a *adesão* à medicação está associada ao nível de insight independentemente de outras características demográficas e clínicas dos pacientes. Porém, indicaram também a necessidade da realização de estudos em perspectiva para melhor avaliar este fator. Fatores menos significativos relacionados à *adesão* foram aceitação da doença, motivação e os fatores demográficos [29].

Os artigos relacionados a intervenções realizadas por profissionais de saúde visando entender e melhorar a *adesão* dos pacientes a tratamentos prescritos destacaram muitas iniciativas, porém, isoladas. Esse achado nos fez refletir acerca da articulação entre as iniciativas encontradas e entre as iniciativas que vivenciamos na prática da enfermagem, como os profissionais têm desenvolvido suas ações e quanto a equipe de saúde têm se envolvido com essas.

No trabalho de Zigmunt, Olfson, Boyer e Mechanic, as intervenções mais eficazes basearam-se em técnicas de resolução de problemas e motivacionais, representadas por 55% de eficácia nas intervenções voltadas à resolução de problemas, contra 26% de eficácia naquelas baseadas apenas no tratamento [15]. As intervenções psicoeducacionais isoladas de intervenções comportamentais e de suporte comunitário representam menor eficácia na melhora da *adesão* dos pacientes com esquizofrenia aos tratamentos propostos. Através de uma revisão literária em nas bases Medline e PsychLIT, estes pesquisadores selecionaram, no

período entre 1980 e 2000, artigos que tratassem de intervenções psicossociais voltadas à melhora da *adesão* de pacientes psiquiátricos à medicação. Dos trabalhos selecionados 33% relataram resultados significativos frente às intervenções realizadas. Segundo esta revisão, apesar de serem comuns na prática clínica, programas de terapia familiar e de psicoeducação demonstraram baixa eficácia nos relatos coletados [15].

Concordando com esse trabalho, Dolder, Lacro, Leckband e Jest apresentaram o levantamento de 23 intervenções em 21 estudos selecionados em sua pesquisa [30]. Intervenções puramente educacionais indicaram pouca melhora na *adesão* dos pacientes aos medicamentos antipsicóticos. Por outro lado, aquelas que empregaram combinações entre estratégias educacionais e comportamentais foram efetivas em 8 de 12 estudos (66 %), resultando ainda em ganhos secundários como redução de *recaídas* e hospitalizações, melhora na psicopatologia e função social, ganhos na melhora do conhecimento da droga utilizada e do insight. As intervenções significativamente capazes de melhorar a adesão de pessoas com esquizofrenia à medicação prescrita representam benefícios à maximização dos resultados dos tratamentos com os antipsicóticos [30].

Isso pôde ser constatado, na prática, no estudo de Seltzer, Roncari e Garfinkel [31]. Neste, foram estudados grupos de pacientes psiquiátricos não institucionalizados, do sexo masculino e seus familiares ou responsáveis, totalizando 418 pessoas. O experimento durou 4 anos, e cada participante foi seguido por um período de 6 meses. Neste período duas intervenções foram realizadas. A primeira intervenção visava a inclusão dos familiares e responsáveis como agentes ativos no processo de cuidado pós-alta hospitalar e a segunda consistia em treinar os pacientes a se tornarem consumidores eficazes do cuidado em saúde. As duas intervenções melhoraram significativamente a *adesão* à medicação prescrita. Mesmo breves, as intervenções podem melhorar o comportamento dos pacientes e familiares quanto à utilização responsável da medicação e a manutenção de sua qualidade de vida [31].

Não encontramos um consenso quanto à definição de *adesão*, mas em síntese ela foi apontada como a utilização da medicação pelos pacientes de acordo com o indicado na prescrição médica em sua íntegra. As pesquisas estudadas nesta revisão não descreveram parâmetros claros para medir a *adesão ao* tratamento e exploraram o comportamento dos pacientes quanto ao uso da medicação prescrita para então refletir sobre esta questão. Fatores que limitam a uniformização de parâmetros parecem remeter à variedade de medicamentos antipsicóticos que podem ser prescritos, sua variedade de ação, potência e farmacocinética; instrumentais para quantificar a administração destes medicamentos e registro destas informações.

De maneira geral, a *adesão* a medicamentos antipsicóticos de administração via oral pode ser seguida por medições periódicas dos níveis plasmáticos dos pacientes. Porém, este acaba por se tornar um recurso caro e de difícil disponibilidade. Indicados para casos de adesão irregular, os antipsicóticos de ação prolongada permitem maior intervalo entre administrações com garantido efeito antipsicótico. Além disso, estes antipsicóticos possuem um baixo custo, são de fácil manejo nos serviços públicos, permitem acompanhamento por longo prazo, facilitam a vinculação do paciente com o serviço de atendimento e um melhor monitoramento da adesão [(3)]. O que, porém, não garante adesão do paciente e ausência de recaídas uma vez que estes fenômenos sofrem influências de vários fatores.

Os principais fatores relacionados à *adesão*, de acordo com as pesquisas estudadas nesta revisão, acabaram por nos elucidar os seguintes focos sobre as variáveis importantes no estudo da *adesão* do doente mental ao tratamento psicofarmacológico:

→ relacionados ao paciente: características pessoais, crenças, hábitos, uso/abuso de drogas, características psicopatológicas.

→ relacionados à medicação: ocorrência de reações adversas, complexidade do esquema terapêutico, relação de custo- beneficio (tratamento/doença).

→ relacionados à fatores externos: suporte familiar, aliança terapêutica, apoio social, unidades de saúde ambulatoriais com prestação de serviços multiprofissionais, intervenções terapêuticas, papéis e co-responsabilidades dos sujeitos envolvidos no tratamento das patologias.

2.2 DECANOATO DE HALOPERIDOL (D.H.)

Após a sua descoberta, os neurolépticos firmaram-se como os principais fármacos para tratamento de psicoses agudas ou crônicas [5,32]. Produto da reação haloperidol e decanoilclorido, o Haloperidol é um dos antipsicóticos mais utilizados na terapêutica psiquiátrica atual, geralmente indicado ao tratamento de distúrbios psicóticos agudos e crônicos que incluem esquizofrenia, estados maníacos e psicose induzida por fármacos (psicose esteróidea), pacientes agressivos e agitados.

Administrado por via oral ou intramuscular este medicamento produz um bloqueio seletivo sobre o sistema nervoso central, por bloqueio competitivo dos receptores dopaminérgicos pós-sinápticos, no sistema dopaminérgico mesolímbico e um aumento do intercâmbio de dopamina no nível cerebral para produzir sua ação antipsicótica. Assim, o Haloperidol (Haldol) atua como um importante sedativo, antipsicótico, produzindo: redução da capacidade de iniciativa, diminuição de demonstrações de afeto, lentidão nas respostas, sonolência; diminuição de comportamentos agressivos, impulsivos e a agitação psicomotora. Sintomas como delírios, alucinações, pensamentos desorganizados tendem a desaparecer com o este tratamento medicamentoso [32]. Os Neurolépticos de Ação Prolongada (NAP) podem ser aplicados em intervalos de tempo mais prolongado sem prejuízo dos níveis terapêuticos. Em vez de serem administrados diariamente, como ocorre com os neurolépticos orais, são aplicados em intervalos que variam de uma a quatro semanas.

Existem dois tipos de NAP, os de depósito ou *depot*, e os derivados do grupo difenilbutilpiperidina. Os neurolépticos *depot* são os mais utilizados e resultam da conjugação de um álcool (neuroléptico original) com um ácido graxo (palmitato, decanoato, undecilinato, enantato). Com isso, obtêm-se ésteres de cadeias grandes, que têm uma lenta difusão do depósito oleoso para o interstício. A duração do efeito está relacionada ao tamanho da cadeia do ácido graxo, quanto maior o ácido graxo mais longo é o efeito. Desta forma, observa-se que a duração do efeito terapêutico é maior para o palmitato, seguido do decanoato e enantato. Nos neurolépticos do grupo difenilbutilpiperidina a ação prolongada é própria da droga e não secundária à esterificação [(5)].

O *Decanoato de Haloperidol*, administrado via intramuscular, atua como pró-fármaco liberando de forma lenta e estável o Haloperidol do veículo. Nesta forma o medicamento é liberado e é enzimaticamente hidrolizado em Haloperidol ativo através da esterase dos tecidos e do sangue. Esta forma de apresentação é, em geral, indicada como terapêutica de substituição à administração via oral cujo controle terapêutico é difícil devido a pouca aceitação, cooperação e participação do paciente frente à necessidade da ingestão de um grande número de comprimidos, em diferentes horários, várias vezes ao dia, associada à ocorrência de efeitos colaterais. Em geral, esta forma de apresentação se faz muito útil nos casos em que a obediência do paciente ao tratamento oral que lhe foi prescrito constitui-se em um problema [(34)].

Sendo assim, vários estudos têm ressaltado o *Decanoato de Haloperidol* como uma forma eficaz e segura na terapêutica e manutenção da esquizofrenia, permitindo um adequado controle da sintomatologia psicótica, com reações adversas comparáveis às observadas na terapia neuroléptica via oral. O tempo de hospitalização de pacientes que apresentam recaídas torna-se menor com Neurolépticos de Ação Prolongada em relação aos medicamentos administrados via oral [(34)].

Porém, como os neurolépticos de alta potência de depósito são, preferencialmente, aplicados via intramuscular profunda podem ocorrer irritações no local da aplicação, mas é um evento raro. De modo geral, os efeitos destes medicamentos são semelhantes aos neurolépticos orais, tendendo a provocar sintomas extrapiramidais (neurolépticos de alta potência – butirofenomas), sedação, hipotensão ortostática e tontura. Observou-se ainda que o Decanoato de Haloperidol apresentou tendência em desencadear reação distônica aguda por ocasião da primeira aplicação quando a primeira dosagem não é cuidadosamente determinada[35].

Níveis plasmáticos de Haloperidol entre 5 e 11 mg/mL são considerados como níveis ideais para tratamento da exacerbação dos sintomas da esquizofrenia, mas não há evidências consistentes para a existência de uma janela terapêutica. Em um estudo que buscou avaliar os níveis plasmáticos de Haloperidol e seus efeitos clínicos, Volavka concluiu que o nível plasmático ideal para o tratamento com Haloperidol é de até 12ng/mL e que a melhora dos sintomas negativos se relaciona com diminuição desta medicação [36]. Este estudo acompanhou a administração de Haloperidol a 65 pacientes esquizofrênicos ou esquizoafetivos durante 3 semanas.

Em relação ao risco de recaídas relacionando a não *adesão,* estudos sobre as concentrações de Haloperidol em regiões cerebrais comprovaram que as medicações antipsicóticas de depósito previnem as recaídas mesmo depois da completa suspensão do tratamento. Após a aplicação de Decanoato de Haloperidol (30-50 mg/mês), o nível máximo de ocupação dos terminais D2 se dá uma semana depois, passando então a diminuir lentamente. Seis meses depois da administração do medicamento, estes receptores ainda permanecem ocupados e depois de um ano da última aplicação não se encontra mais vestígios do haloperidol nos receptores D2. Uma dose de 200mg de Decanoato de Haloperidol mantém

sua atividade antipsicótica durante 16 semanas, explicando porque há menos recaídas quando é realizado o tratamento com antipsicóticos de depósito [37].

A meia-vida de eliminação de Haloperidol no tecido cerebral calculada foi em 6,8 dias. Isso pode explicar porque pacientes expostos a este medicamento levam semanas para tê-lo completamente eliminado do organismo [38]. Apesar da lenta eliminação, o estudo de Vigueira comprovou que após interrupção abrupta do tratamento com Decanoato de Haloperidol a *recaída* ocorre em 50% dos pacientes nas 30 semanas seguintes [39]. Quando consideradas e comparadas a interrupção abrupta com a gradual consta-se uma taxa 25% maior de recaída em 6 semanas para aqueles que interrompem o tratamento abruptamente[39]. Ou seja, mesmo possuindo uma meia vida de eliminação relativamente maior esta não garante a não ocorrência de recaídas quando o tratamento é descontínuo e caracterizado por falhas na *adesão.*

A prática clínica mostra que os pacientes tendem a descontinuar seu tratamento como opção de não adesão aumentando o risco de recaídas. Por isso, mesmo sendo uma indicação para um melhor controle da adesão e prevenção de recaída, os antipsicóticos de longa duração como o Decanoato de Haloperidol por si só não garantem o sucesso do tratamento. Além disso, a prescrição de medicamentos via oral para complementar o tratamento com antipsicóticos de depósito é, geralmente, necessária, o que também pode influenciar a adesão e a qualidade de vida dos pacientes.

É neste contexto que visualizamos um caminho para que a enfermagem possa ampliar e qualificar sua assistência no tratamento com Decanoato de Haloperidol, além de promover um relacionamento sustentável entre profissionais, pacientes e familiares na promoção à saúde.

3 OBJETIVO

→ O objetivo deste estudo foi descrever as características demográficas e clínicas de pacientes com prescrição de Decanoato de Haloperidol assistidos em um serviço ambulatorial de saúde mental.

4 MÉTODO

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Através de uma abordagem quantitativa dos registros de retirada de medicação pelos pacientes e registros efetuados pela equipe de saúde mental no prontuário médico do paciente, buscamos identificar e analisar o perfil dos pacientes que fizeram uso de Decanoato de Haloperidol no período de 29/outubro/2003 a 30/junho/2005.

Segundo Polit e Hungler, a pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica mediante condições de controle, possibilita uma análise panorâmica das informações e a utilização confiável de procedimentos estatísticos[40]. Por enfatizar o raciocínio dedutivo, possibilita ainda o desenvolvimento de uma descrição geral da condição pesquisada.

Consideramos para tanto o estudo descritivo, retrospectivo, transversal como melhor recurso metodológico para obtenção de nosso objetivo neste trabalho.

Os estudos transversais são realizados para descrever indivíduos de uma população com relação a suas características pessoais e suas histórias, bem como sua exposição a fatores causais suspeitos que em determinado momento fornecem importantes resultados nas pesquisas científicas [40]. Estes estudos, em geral, possibilitam rápida e fácil realização, além de demandarem baixo custo.

Os estudos retrospectivos são investigações em que a ocorrência de alguns fenômenos manifestados no presente pode estar ligada a outros fenômenos que ocorreram no passado, isto é, o pesquisador na busca de respostas a suas indagações tenta esclarecer fatores antecedentes que podem ter sido a causa da condição atual que está sendo analisada[40]. Acreditamos que a história de cada cliente quanto a seu tratamento e patologia registrada nos prontuários pode fornecer importantes informações acerca de sua condição e

postura atual. A busca em dados secundários retrospectivos, apesar de suas limitações técnicas, pode fornecer ao pesquisador uma grande quantidade de dados muitas vezes despercebidos no dia a dia ou até mesmo perdidos nos arquivos e registros. Através desta busca, podemos também avaliar como este registro de informações está sendo realizado de forma a relevarmos os pontos positivos e identificarmos os pontos negativos deste processo no intuito de fornecer fundamentos para seu aperfeiçoamento e qualificação.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A cidade de Ribeirão Preto, interior de São Paulo – Brasil é conhecida nacionalmente por concentrar um qualificado e especializado sistema de saúde além de ser um grande centro comercial e universitário. O município está entre os primeiros do Brasil no ranking nacional na proporção médico por habitante. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, há aproximadamente três mil médicos trabalhando em Ribeirão Preto, um para cada 160 habitantes [41]. A rede de saúde de Ribeirão Preto desponta como uma das mais importantes e desenvolvidas do país contando com hospitais públicos e privados, unidades de saúde, inúmeras farmácias, clínicas especializadas, entre outros. Vários planos de saúde integram este sistema, entre eles Unimed, São Francisco, Amico, Medirp. Além dos serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de da Saúde.

Em Ribeirão Preto a concentração de faculdades também implica na assistência à saúde e destaca as seguintes faculdades no setor: Universidade de São Paulo, Unaerp – Universidade de Ribeirão Preto, Centro Universitário Barão de Mauá, Centro Universitário Moura Lacerda, Unip - Universidade Paulista e Centro de Reprodução Humana. Cada uma destas instituições de ensino desenvolve ações de saúde em uma determinada região do

município. Sendo que a Universidade de São Paulo focaliza seu campo de desenvolvimento de ensino e práticas assistenciais de saúde na região oeste de Ribeirão Preto.

O local de estudo escolhido para a realização deste foi o **Núcleo de Saúde Mental (NSM)**. Respeitando o princípio básico da regionalização preconizado pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), que determina que a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma hierarquizada e regionalizada para que a população de uma área delimitada possa ser melhor conhecida e assistida, o **NSM** serviço é uma unidade de atendimento ambulatorial vinculada ao Centro de Saúde Escola "Joel Domingos Machado" da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo – USP - Brasil (CSE-FMRP-USP). Através de um atendimento ambulatorial especializado, ele oferece assistência em saúde mental gratuita, realizada por uma equipe composta de médicos psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicóloga, fonoaudióloga, escriturário e auxiliar de serviços gerais.

Criado oficialmente em 1979, o CSE-FMRP-USP promove atendimento de saúde gratuito à população e se constitui como campo de ensino aos alunos de graduação, pós-graduação e residentes das faculdades da Universidade de São Paulo da área da saúde (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; Faculdade de Odontologia da Ribeirão Preto; Faculdade de Filosofia, Ciências e letras de Ribeirão Preto; Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto).

O CSE-FMRP-USP oferece assistência ambulatorial à saúde da população da Região Oeste do município de Ribeirão Preto (cerca de 10 bairros). Atualmente, o serviço encontra-se alocado nas dependências da Unidade Básica Distrital de Saúde - serviço de Pronto Atendimento (24 hs.) que atende as emergências da região Oeste de Ribeirão Preto.

Assim, são oferecidos à população desta região os seguintes serviços de saúde vinculados ao SUS:

- ✓ Atendimento de Emergência com Pronto Socorro 24 hs. a adultos e crianças; Atendimento Básico (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem, Odontologia, Teste do Pezinho, Vacinação); Atendimento de Especialidades (Cardiologia, Saúde Ocupacional, Dermatologia, Eletrocardiograma, Fonoaudiologia, Infectologia, Oftalmologia, Programa de Hanseníase, Psicologia, Radiologia, Serviço Social, Saúde Mental);
- ✓ Quatro Núcleos de Saúde da Família (NSF) estabelecidos dentro da área de abrangência que realizam o seguimento de saúde das famílias cadastradas, atendimento básico (clínica médica, pediatria e ginecologia) e desenvolvem trabalhos em grupo.
- ✓ O **Núcleo de Saúde Mental (NSM)** é a unidade de referência para a assistência à saúde mental de todas as pessoas cadastradas e residentes na área de abrangência do CSE-FMRP-USP.

Na rotina preconizada no **NSM**, o paciente atendido no serviço pode retirar a medicação prescrita de forma gratuita apenas na farmácia do CSE-FMRP-USP ou então comprá-la. Comumente, estes pacientes retiram os medicamentos a eles prescritos no CSE-FMRP-USP valendo-se de seus direitos.

Assim, o paciente com prescrição de Decanoato de Haloperidol que opta por retirar a medicação na Farmácia do CSE-FMRP-USP é acompanhado, no ato de retirada, por um funcionário do serviço ou por um acompanhante de sua confiança até a sala de enfermagem onde o medicamento é administrado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, de acordo

com a prescrição médica. Toda vez que o paciente assistido no **NSM** solicita sua medicação é realizado um registro de retirada no banco de dados informatizado da farmácia. Por esta razão, para a realização deste trabalho optamos por utilizar o registro das retiradas dos medicamentos da Farmácia do serviço para identificarmos os clientes assistidos no **NSM** que fizeram ao menos uma retirada de Decanoato de Haloperidol dentro do período estudado. Infelizmente, o registro da administração do medicamento na sala de enfermagem não possui um banco de dados disponível, o que impossibilitou o cruzamento de informações.

Deste modo, consideramos o registro da retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do CSE-FMRP-USP como forte indício de que o mesmo tenha sido administrado. Sendo esse registro nosso primeiro recurso de elegibilidade da amostra. Pacientes que optaram por comprar o medicamento não foram estudados neste estudo.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População:

- ✓ População de referência: moradores da área coberta pelo CSE-FMRP-USP (aproximadamente 126 mil habitantes).
- ✓ População de estudo: Pessoas cadastradas e assistidas no Núcleo de Saúde Mental - CSE-FMRP-USP (aproximadamente 4 mil pessoas).

Amostra:

- ✓ Clientes devidamente matriculados no NSM que possuem registro de retirada da medicação *Decanoato de Haloperidol* na Farmácia do CSE-FMRP-USP (aproximadamente 200 pessoas).

Critérios de inclusão:

- ✓ Clientes de ambos os sexos; devidamente matriculados no serviço de saúde (NSM); com prescrição de Decanoato de Haloperidol; com ao menos um registro de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do CSE/FMRP/USP no período entre 29/outubro/2003 e 30/junho/2005.

Critérios de exclusão:

- ✓ Clientes de ambos os sexos; devidamente matriculados no serviço de saúde (NSM); com ou sem prescrição de Decanoato de Haloperidol; que não retiram a medicação na farmácia do CSE/FMRP/USP no período entre 29/outubro/2003 e 30/junho/2005.

4.4 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Após a solicitação e deferimento da autorização por parte do Comitê de Ética em Pesquisa do CSE-FMRP-USP **(Anexo A)** e do **Núcleo de Saúde Mental (Anexo B)**, iniciamos o trabalho de campo desta pesquisa.

Para obtermos a amostra deste estudo realizamos durante dois dias o levantamento de todos os registros de retirada de Decanoato de Haloperidol arquivados na Farmácia do CSE/FMRP/USP. Os registros foram fornecidos em forma de listagens mensais em ordem cronológica crescente, fornecendo o número de registro de cada cliente no serviço, data de retirada e quantidade retirada. O sistema de registro foi instalado e executado no serviço a partir de 29/ outubro/ 2003. Devido a isto, nosso período de coleta dos registros limitou-se

entre 29/outubro/2003 e 30/junho/2005 (data mais próxima a coleta de dados realizada pela pesquisadora). Organizados os clientes por número de registro e então obtivemos lista de prontuários a serem pesquisados. Os prontuários foram então organizados de forma a facilitar a localização desses no NSM e identificar possíveis erros nos registros da farmácia do CSE-FMRP-USP. O processo final foi organizar e catalogar estes registros para que as datas de retirada da medicação e quantidades pudessem ser distribuídas para cada sujeito da amostra.

Para assegurar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, optamos por utilizar o número de registro (HYGIA), dos clientes incluídos no estudo, como identificação. HYGIA é um programa informatizado que organiza o Sistema de Gestão da Saúde Pública. Desde 1991, é o único sistema de prontuário eletrônico implantado no Brasil e armazena milhões de prontuários. Este sistema pode interligar, via internet, as informações dos pacientes entre diversos consultórios, ambulatórios, clínicas especializadas, unidades de pronto atendimento, prontos-socorros, hospitais, farmácias e laboratórios. Apesar de estar em lento processo de expansão, frente aos escassos recursos governamentais destinados à saúde no Brasil, o sistema HYGIA poderá otimizar a troca de informações na rede de saúde e favorecer o desenvolvimento de pesquisas [(42)].

Para validar a coerência interna do instrumento de coleta de dados, realizamos três aplicações piloto do instrumento. Foram selecionados aleatoriamente 20 prontuários para o primeiro teste, 40 para o segundo e 60 para o terceiro. Realizadas as devidas adequações obtivemos o instrumento final **(Anexo C)**.

As variáveis contempladas pelo instrumento foram: *idade, sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, distância aproximada entre casa do paciente e serviço (Km), primeira prescrição de Decanoato de Haloperidol registrada no prontuário, registro*

da ocorrência de efeitos adversos, tipo de efeito adverso ocorrido (acatisia, agitação, cefaléia, fraqueza, impregnação neuroléptica, sonolência, tremores, confusão mental, vertigem/desmaio, convulsão, distonia, aumento dos batimentos cardíacos, depressão, pseudoparkinsonismo, outros), registro de alteração da prescrição, tipo de alteração (aumento/diminuição/suspensão da dose, primeiro diagnóstico registrado, registro de intercorrências, tipo de intercorrências (alta médica, abandono do tratamento e seguimento no serviço, tentativa de suicídio, acidentes pessoais, falta em consulta agendada, consulta eventual, consulta de emergência, transferência para outro serviço e óbito), registro de internação, número de internações registradas, data e quantidade de todas as retiradas de Decanoato de Haloperidol.

A variável *distância entre casa do paciente e serviço* foi obtida com a utilização do programa AutoCad (2000) para o cálculo das distâncias traçadas no mapa da região. O mapa da cidade foi atenciosamente cedido pela Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento de Ribeirão Preto.

A coleta de dados via prontuários ocorreu em três semanas e teve que se adaptar ao grande fluxo de profissionais que utilizam os prontuários diariamente no serviço. Após este procedimento desenvolvemos o banco de dados e realizamos a dupla digitação dos dados coletados. Comparadas as digitações e sanados os erros, configuramos o banco de dados e passamos a utilizar o programa Statistical Package of Social Science (SPSS-versão 10.0) para análises estatísticas. Utilizamos como recursos medidas de tendência central e testes estatísticos. O resultado destas análises foi então, organizado e representado em tabelas.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através das folhas de dispensário da farmácia, identificamos 180 (100%) pacientes que fizeram uso de Decanoato de Haloperidol no período de 29/10/2003 a 30/06/2005. Os prontuários de treze pacientes não foram encontrados, deste modo foram analisados 167 prontuários. Destacamos que destes, 22,8% (n=38) não continham informação sobre o estado civil do paciente, 31,1 % (n=52) não informaram o número de filhos que os pacientes possuíam e 49,7% (n=83) não informaram a escolaridade. Dado que o registro de informações sobre o paciente é de suma importância para pesquisas e consultas cotidianas, salientamos que os profissionais de saúde devem estar mais atentos ao preenchimento das informações e cadastro de seus clientes.

5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Os fatores demográficos parecem possuir um papel secundário no processo de adesão aos tratamentos [43]. Nossa pesquisa não encontrou associação significativa entre as variáveis sócio demográficas e os intervalos médios de retirada da medicação, o que pode vir a se aproximar dos achados deste autor.

Dentre os pacientes estudados, 50,9% (n=85) eram do sexo masculino e 49,1% (n=82) do sexo feminino. A *idade* dos pacientes variou de 19 a 83 anos, sendo a que a média foi igual a 43,0 anos.

Através **Tabela 1,** que representa a distribuição dos pacientes de acordo com as variáveis sexo e idade, podemos observar que a maioria dos sujeitos da pesquisa possuíam idade entre 41 e 60 anos completos. Nenhum registro de crianças que utilizaram Decanoato de Haloperidol foi encontrado e apenas 9,0% (n=15) tinham mais de sessenta anos de idade.

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos em relação às variáveis sexo e idade.

Faixa etária em anos completos	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total
19 a 40	37 (22,1)	30 (18,0)	67 (40,1)
41 a 60	39 (23,4)	46 (27,5)	85 (50,9)
Mais de 60	9 (5,4)	6 (3,6)	15 (9,0)
Total	85 (50,9)	82 (49,1)	167 (100,0)

Em relação ao *estado civil*, dos 129 (77,2%) prontuários que continham esta informação, 72 (55,8%) eram solteiros, 42 (32,6%) eram casados e 15 (11,6%) eram viúvos ou divorciados. Na variável *número de filhos,* 52 prontuários não apresentaram registro desta informação. Dos 115 prontuários restantes, 48,7% (n = 56) não tinham filhos, 35,6% (n = 41) um ou dois filhos e 15,7 % (n = 18) tinham três ou mais filhos.

A *escolaridade* foi a variável que apresentou o menor número de registros nos prontuários, apenas 50,3% dos prontuários apresentaram alguma menção quanto ao grau de escolaridade dos pacientes. Assim, de acordo com os 84 prontuários que continham esta informação, 57,1% (n = 48) possuíam o primeiro grau incompleto, 16,7 % (n = 14) tinham primeiro grau completo, 11,9% (n = 10) têm segundo grau incompleto, 8,3% (n=7) eram analfabetos e 6,0 % (n=5) possuem segundo grau completo. Não encontramos registro de pacientes que chegaram ao nível superior de escolaridade. O pesquisador Rosa [43], ao apresentar uma revisão dos fatores que influenciam a adesão ao tratamento, cita que ao contrário do que se pensa diversos autores que trataram deste assunto relataram pouca associação entre grau de educação e adesão. No presente estudo, limitações de coleta não permitiram a realização de uma avaliação adequada da amostra estudada, porém verificamos a baixa escolaridade entre os pacientes e que muitos deles não chagaram a se casar e ter filhos. Apesar da carência de estudos que apontem relação entre estes fatores e a adesão ao tratamento psicofarmacológico, acreditamos que estas são variáveis importantes para avaliarmos o impacto da doença e tratamento no desenvolvimento mental e social destas pessoas. Através de estudos

voltados a estas questões, os profissionais de saúde podem refletir acerca da assistência psicossocial que um serviço de saúde mental comunitário precisa oferecer a sua clientela para o desenvolvimento da promoção à saúde.

Verificamos que a menor distância entre o serviço de saúde e a casa do paciente foi de, aproximadamente, 5 metros, e a maior igual a 24,5 Km aproximadamente. A distância média foi de, aproximadamente, 3 Km (2,97 Km). As informações sobre a *distância entre a casa do paciente e o local onde ele deve retirar e receber a medicação*, apresentadas na **Tabela 2**, mostram que a maioria dos pacientes 55,1% residem a uma distância do serviço de saúde que varia entre ≥ 1 Km e < 3 Km, e que apenas 4,8% dos pacientes residem a um distância do serviço maior que 6 Km.

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos em relação a distância entre a casa do paciente e o serviço de saúde.

Distância entre a casa do paciente e o serviço de saúde	n	%
< 1 Km	9	5,4
≥ 1 Km e < 3 Km	92	55,1
≥ 3 Km e < 6 Km	58	34,7
≥ 6 Km	8	4,8
Total	167	100,0

Estes achados relacionados à distância entre a casa do paciente e o serviço de saúde tendem a sugerir que o princípio da regionalização está sendo contemplado neste serviço no que tange à oferta de serviços de assistência à saúde mais próximos à casa dos pacientes. De certa maneira, esta proximidade pode colaborar para que a equipe de saúde expanda o conhecimento dos problemas de saúde da população, favorecendo o desenvolvimento de intervenções e ações de vigilância epidemiológica.

5.2 CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO

De acordo a pesquisa realizada por Glazer e Kane, pacientes que interrompem abruptamente o tratamento com Haloperidol apresentam uma taxa 25% maior de ocorrência de recaída em 6 semanas [13]. Ou seja, quando o paciente deixa de tomar a dose prescrita, os 42 dias (6 semanas) que se seguem representam período de risco aumentado para recaídas.

Tomando a pesquisa de Glazer e Kane como referência, classificamos os intervalos médios de retirada da medicação pelos pacientes. Consideramos que um paciente que possui prescrição de Decanoato de Haloperidol a cada 30 dias, como ocorreu na maioria dos pacientes estudados, ao interromper o uso da medicação por um período de mais de 30 dias até 72 dias tem um risco aumentado para recaídas.

Observando este raciocínio e os resultados obtidos, acreditamos ser relevante a necessidade de um seguimento mais atento destes casos no intuito de minimizar os riscos de recaídas nesta população. Assim, pacientes que tiveram intervalos médios de retirada da medicação acima de 32 dias foram considerados como pacientes em uso irregular da medicação com maior risco para recaídas e internações.

Observando e analisando os períodos médios de retirada da medicação concluímos que, provavelmente:

- pacientes que tiveram intervalos médios de retirada da medicação até 27 dias apresentaram uso regular da medicação;
- pacientes que tiveram intervalos médios de retirada da medicação de 28 a 31 dias apresentaram uso regular da medicação, aproximando-se mais da prescrição de retirada a cada 30 dias;

- pacientes que tiveram intervalos médios de retirada da medicação de 32 a 72 dias apresentaram uso irregular da medicação, com risco aumentado para recaídas;
- pacientes que tiveram intervalos médios de retirada da medicação maiores que 72 dias abandonaram o tratamento ou tiveram suspensão da prescrição da medicação, com risco aumentado para recaídas.

A análise focalizada destes pacientes dentro desta classificação poderia nos indicar possíveis motivos ou causas do uso regular ou irregular da medicação. Para tanto, acreditamos que este tipo de investigação necessita de um acompanhamento (seguimento) para que o curso do tratamento de cada paciente possa fornecer informações confiáveis acerca do fenômeno da *adesão*. Assim, ocorrências como alterações da prescrição, abandono de tratamento, substituição de medicamento, intercorrências e casualidade poderiam ser consideradas, o que não foi possível neste estudo devido a sua natureza e limitações práticas.

A análise dos intervalos entre as retiradas de Decanoato de Haloperidol de cada paciente, na farmácia do serviço, indicou que os intervalos médios de retirada variaram entre 7 e 444 dias. Na **Tabela 3**, podemos verificar que a maioria dos pacientes teve intervalos médios entre 32 e 72 dias (51,5 %), indicando uso irregular da medicação. Em contra partida, 20 % dos pacientes fizeram um uso regular da medicação e 19,8% tiveram intervalos médios abaixo de 27 dias.

Tabela 3 - Distribuição da freqüência relativa aos intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço.

Classificação dos intervalos em dias completos	n	%
Até 27 dias (incluídos sujeitos que tiveram apenas uma retirada - 23)	33	19,8
De 28 a 31 dias	34	20,3
De 32 a 72 dias	86	51,5
Mais de 72 dias	14	8,4
Total	167	100,0

Nossa preocupação, como profissionais de saúde, centra-se na concentração de pacientes nos intervalos acima de 31 dias. Como suspeitávamos, apesar de estar recebendo uma medicação antipsicótica de depósito com simplificado esquema terapêutico, a adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico parece estar prejudicada. Os resultados obtidos mostraram que a maioria dos pacientes com prescrição de Decanoato de Haloperidol apresenta um perfil de utilização irregular da medicação, sendo classificados dentre aqueles que fazem uso irregular da medicação ou abandonam o tratamento. Dos 167 pacientes que retiraram Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço, no período avaliado, 100 (59,9%) apresentaram intervalo médio entre retiradas acima de 31 dias. O que nos leva a concluir que a maioria dos pacientes apresentou um maior risco a ocorrência de recaídas e suas conseqüências.

Acreditamos que a realização de estudos de seguimento poderá colaborar para a identificação de situações que podem influenciar a retirada da medicação em intervalos prolongados.

Comparamos todas as variáveis estudadas à variável intervalo médio de retirada de Decanoato de Haloperidol por entendermos que esta centraliza toda a problemática que desencadeou nossas inferências e questões centrais. Para avaliarmos possíveis associações entre as demais variáveis com esta aplicamos testes estatísticos Kruskal Wallis (H) e Qui-quadrado (χ^2) **(40)**.

Os sujeitos estudados apresentaram um *tempo médio de prescrição* de Decanoato de Haloperidol igual a 3 anos. Ou seja, os pacientes estudados estavam em média há 3 anos em tratamento psicofarmacológico com Decanoato de Haloperidol.

Dos 167 pacientes, 58 (34,7%) tinham um ano ou menos de tempo de prescrição/tratamento com Decanoato de Haloperidol, 82 (49,1%) tinham de 2 a 4 anos de prescrição/tratamento e 24 (14,4) tinham de 5 a 8 anos de prescrição/tratamento. Apenas 3 pacientes (1,8%) tinham de 10 a 14 anos de prescrição de Decanoato de Haloperidol, conforme a **Tabela 4** a seguir:.

Tabela 4 - Distribuição da freqüência relativa aos intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço em relação ao tempo de prescrição/tratamento.

Tempo de prescrição/tratamento com D.H., (anos completos)	*Classificação dos intervalos médios de retirada em dias completos*				*Total*
	<= 27 dias	**de 28 a 31 dias**	**de 32 a 72 dias**	**+ 72 dias**	
0 - 1	20	14	20	4	58
2 – 4	9	16	49	8	82
5 – 8	2	4	16	2	24
Mais de 8	2		1		3
Total	33	34	86	14	167

A **Tabela 5** demonstra o resultado da análise de associação entre o *tempo de prescrição/tratamento com D.H.* e os *intervalos médios de retirada da medicação:*

Tabela 5 - Associação entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e o tempo de prescrição/tratamento.

	Classificação dos intervalos médios de retirada em dias completos	***N***	**Média**
Tempo de prescrição D.H.	Até 27 dias	**33**	**60,79**
	De 28 a 31 dias	**34**	**71,99**
	De 32 a 72 dias	**86**	**97,84**
	Mais de 72 dias	**14**	**82,89**
	Total	**167**	

H: 17,386/ $p \leq$,001

Podemos afirmar com intervalo de confiança de 99% que o tempo de prescrição/tratamento com D.H. está associado aos intervalos médios de retirada da

medicação, conforme demonstrado na **Tabela 5**. O maior tempo de prescrição/tratamento está associado ao uso irregular da medicação, o que sugere que a natureza dos tratamentos psiquiátricos, marcada pela cronificação da doença e tratamento prolongado, pode dificultar a adesão do paciente ao tratamento com Decanoato de Haloperidol. Possivelmente, com o passar dos anos o paciente desenvolve um comportamento desmotivado para o uso contínuo e regular da medicação relacionado a diversos fatores. Acreditamos que a necessidade de um tratamento contínuo marcado pela ocorrência de efeitos colaterais, a desarticulada oferta de serviço assistencial e de apoio psicossocial, o difícil suporte familiar, bem como os sintomas da patologia possam ser alguns destes fatores.

A maioria dos pacientes teve *prescrição* de até 3 ampolas de Decanoato de Haloperidol (78,4%) para serem administradas a cada 30 dias (95,8% dos casos). Apenas 5 pacientes tiveram prescrição de Decanoato de Haloperidol para administração imediata, provavelmente relacionada a situações de crise, ajuste da dose prescrita ou situação de retirada seguida por abandono do tratamento pelos pacientes. Neste contexto, a análise de associação entre *intervalo de dias prescrito para administração de Decanoato de Haloperidol* e os *intervalos médios de retirada da medicação* indicou os resultados apresentados na **Tabela 6**.

Tabela 6 - Associação entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e o intervalo de dias prescrito para administração da medicação.

	Classificação dos intervalos em dias completos	***n***	**Média**
Intervalo prescrito	Até 27 dias	**33**	**72,26**
	De 28 a 31 dias	**34**	**87,50**
	De 32 a 72 dias	**86**	**87,50**
	Mais de 72 dias	**14**	**81,68**
	Total	**167**	

H: 21,631/ $p \leq$,000

Podemos observar que os maiores intervalos de prescrição de Decanoato de Haloperidol estão associados ($p \leq ,000$) tanto ao uso regular da medicação (intervalo de 28 a 31 dias) quanto ao uso irregular da medicação (intervalo de 32 a 72 dias). Como a maioria dos pacientes teve prescrição de Decanoato de Haloperidol a cada 30 dias era esperado que eles tivessem retirado sua medicação com regularidade dentro do período de 28 a 31 dias, indicando um comportamento de adesão ao tratamento. Porém, podemos verificar que a maioria dos pacientes apresentou o uso irregular da medicação retirando o D.H. entre 32 e 72 dias. Mais uma vez, os resultados do estudo sugerem que os pacientes em tratamento com Decanoato de Haloperidol, contrariando a expectativa de maior adesão frente a um esquema terapêutico simplificado pelas administrações de doses mensais, apresentam uso irregular da medicação o que caracteriza risco aumentado para recaídas.

Dentre os 115 (68,9%) sujeitos que tiveram alguma alteração na prescrição de Decanoato de Haloperidol durante o tratamento, 69 (41,3%) tiveram aumento da dose, 51 (30,5%) tiveram diminuição da dose e 46 (27,5%) tiveram a suspensão da medicação. Visto que na maioria das vezes o ajuste da dose de Decanoato de Haloperidol requer longo prazo devido a suas características de efeito prolongado muitas variações de dosagem podem ocorrer. A ocorrência de efeitos adversos, recaídas, internação, baixa adesão, remissão ou diminuição dos sintomas e abandono do tratamento são situações em que as doses podem ser revistas. Os reais motivos desses ajustes na medicação não puderam ser melhor explorados devido às limitações da fonte de dados e ao distanciamento cronológico entre a realização desta pesquisa e a ocorrência das situações. Encontramos, porém, uma tendência à associação ($p = ,008$)

entre o aumento da dose prescrita e os intervalos médios de retirada da medicação **(Tabela 7)**.

Tabela 7 - Associação entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e o aumento da dose de D.H prescrita.

Classificação dos intervalos em dias completos	*Aumento da dose prescrita*		*Total*
	Sim	**Não**	
<= 27 dias	8	25	33
de 28 a 31 dias	9	25	34
de 32 a 72 dias	45	41	86
+ 72 dias	7	7	14
Total	69	98	167

χ^2: 11,79/ $p \leq ,008$

Dos 167 pacientes estudados, apenas 69 pacientes (41,3%) tiveram aumento da dose de Decanoato de Haloperidol durante o tratamento, sendo que destes 52 pacientes apresentaram uso irregular da medicação ou abandono do tratamento. Assim, podemos observar, na **Tabela 7,** que o aumento da dose está provavelmente associado ao uso irregular da medicação e maior risco de recaída por retirada desta em intervalos médios entre 32 e 72 dias.

Em relação aos *diagnósticos* dos 167 sujeitos da pesquisa, identificamos que 112 (67,1%) pacientes tinham apenas um diagnóstico, 42 (25,1%) tinham dois diagnósticos, 11 (6,6 %) tinham três diagnósticos e 2 (1,2%) tinham quatro diagnósticos. Ou seja, 112 (67,1%) dos pacientes tinham apenas um diagnóstico e 55 (32,9%) apresentaram comorbidade, como podemos observar na **Tabela 8**:

Tabela 8 – Distribuição de freqüência relativa ao número de diagnósticos dos pacientes que retiraram Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço.

Número de diagnósticos	N	%
Um	112	67,1
Dois	42	25,1
Três	11	6,6
Quatro	2	1,2
Total	167	100,0

Dentre os sujeitos que tiveram apenas um diagnóstico registrado, a maioria 74,1% teve diagnóstico de esquizofrenia. Os pacientes com diagnósticos de Transtornos de Humor representaram 13,4 % e os com transtornos neuróticos 5,3% da amostra estudada.

Em relação aos sujeitos que tinham dois diagnósticos (n = 42), a maioria 59,5% (n = 25) apresentou esquizofrenia como diagnóstico principal. Aqueles com diagnóstico principal de transtornos de personalidade ou de transtornos neuróticos apresentaram a mesma porcentagem de casos, 11,9%.

Dentre os que tiveram três diagnósticos, a esquizofrenia se apresentou em 36,4% dos casos, assim como o diagnóstico de transtorno de personalidade.

Os dois sujeitos que tiveram registro de quatro diagnósticos apresentavam diagnóstico de esquizofrenia acrescidos do diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência, acrescidos de outros dois diferentes.

A **Tabela 9** apresenta uma visão geral dos diagnósticos da amostra estudada, descrevendo resumidamente a ocorrência de comorbidade.

TABELA 9 - Distribuição de freqüência relativa aos diagnósticos principais e comorbidade entre os pacientes que retiraram Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço.

Diagnósticos	*N (%)*	*N por diagnóstico principal*	*%*
Esquizofrenia	83 (49,7)	114	68,2
Esquizofrenia + 1 diagnóstico	25 (15,0)		
Esquizofrenia + 2 diagnósticos	4 (2,4)		
Esquizofrenia + 3 diagnósticos	2 (1,2)		
Transtorno de humor	15 (9,0)	21	12,6
Transtorno de humor +1 diagnóstico	4 (2,4)		
Transtorno de humor +2 diagnósticos	2 (1,2)		
Transtornos neuróticos	6 (3,6)	11	6,6
Transtornos neuróticos + 1 diagnóstico	5 (3,0)		
Transtornos de personalidade	2 (1,2)	11	6,6
Transtornos de personalidade + 1 diagnóstico	5 (3,0)		
Transtornos de personalidade + 2 diagnósticos	4 (2,4)		
Retardo mental	2 (1,2)	5	3,0
Retardo mental + 1 diagnóstico	3 (1,2)		
Retardo mental + 2 diagnósticos	1 (0,6)		
Transtornos orgânicos	4 (2,4)	5	3,0
Transtornos orgânicos + 1 diagnóstico	1 (0,6)		
Total	167 (100,0)	167	100,0

Na **Tabela 10,** descrevemos a distribuição dos diferentes diagnósticos encontrados na amostra relacionados aos intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol. Não encontramos resultados estatisticamente significativos que indicassem associação entre o diagnóstico e o intervalo médio de retirada da medicação. Destacamos que o intervalo de retirada da medicação de 32 a 72 dias concentrou os sujeitos com dois, três e quatro diagnósticos: diagnóstico de esquizofrenia; diagnóstico

de transtorno de humor; diagnóstico de transtornos mentais orgânicos. Possivelmente, estes grupos de pacientes podem fornecer importantes informações para que o comportamento de uso descontínuo da medicação possa ser explicado. Porém, apenas um estudo mais detalhado desta ocorrência poderá confirmar se há alguma relação entre estes diagnósticos e o comportamento irregular de retirada da medicação.

Tabela 10 – Principais diagnósticos dos pacientes que retiraram Decanoato de Haloperidol em relação aos intervalos médios de retirada da medicação na farmácia.

Diagnósticos	*Classificação dos intervalos em dias completos*				*Total*
	<= 27	**28 a 31**	**32 a 72**	**+ 72**	
Esquizofrenia	12	19	48	4	83
Transtorno de humor	3	3	6	3	15
Transtornos neuróticos	3	2	1		6
Transtornos de personalidade	1	1			2
Retardo mental	1		1		2
Transtornos mentais orgânicos		1	2	1	4
Sujeitos com dois diagnósticos	11	8	19	4	42
Sujeitos com três diagnósticos	2		7	2	11
Sujeitos com quatro diagnósticos			2		2
Total	33	34	86	14	167

A esquizofrenia foi, indiscutivelmente, o diagnóstico de maior ocorrência nesta amostra. Dentre os 167 sujeitos estudados, 114 (68,2%) tinham a esquizofrenia como diagnóstico único ou como diagnóstico principal acrescido de outros. Esse diagnóstico apresentou também uma tendência à associação com os intervalos médios de retirada da medicação (p = ,008), conforme o demonstrado na **Tabela 11**.

Tabela 11 - Associação entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e o diagnóstico de Esquizofrenia.

Classificação dos intervalos em dias completos	*Diagnóstico de Esquizofrenia*		*Total*
	Não	**Sim**	
<= 27 dias	16	17	33
De 28 a 31 dias	9	25	34
De 32 a 72 dias	20	66	86
+ 72 dias	8	6	14
Total	53	114	167

χ^2: 11,734/ $p \leq ,008$

Podemos observar que a esquizofrenia esteve associada ao uso irregular da medicação, o que demonstra que estes pacientes, ao retirarem sua medicação em intervalos médios entre 32 e 72 dias, tiveram risco aumentado para recaídas. Sabendo que a esquizofrenia é um transtorno mental complexo que causa distorções do pensamento, da percepção e do afeto, dificultando a aceitação social destes pacientes, acreditamos que os profissionais de saúde precisam desenvolver um seguimento qualificado do tratamento destes. Além dos sintomas que são próprios da patologia, o paciente com esquizofrenia ainda enfrenta as adversidades do tratamento psicofarmacológico, o descaso assistencial e o preconceito social.

Assim, sabemos que o enfrentamento da doença e tratamento torna-se difícil e pouco assistido pelos serviços de saúde que ainda não conseguem oferecer ao paciente psiquiátrico suporte psicossocial que minimize as dificuldades do tratamento ambulatorial.

Como conseqüências, destacamos o estudo dos pesquisadores Regier, Farmer e Rae que releva a freqüente ocorrência de comorbidade na esquizofrenia relacionada ao uso/abuso de drogas [44]. Dentre os 167 sujeitos do nosso estudo, 19 (11,4%) apresentaram diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas, como comorbidade. O uso de álcool predominou entre os sujeitos com

comorbidade relacionadas ao uso de drogas, representando 63,1% (n=12) dos casos. Podemos observar na **Tabela 12** a distribuição deste casos:

Tabela 12 - Distribuição das freqüências de sujeitos com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de drogas.

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de	*N*	*%*
Álcool	12	63,1
Múltiplas drogas	4	21,0
Canabinóides	1	5,3
Cocaína	1	5,3
Sedativos e hipnóticos	1	5,3
Total	19	100,0

A ocorrência de efeitos adversos que é destacada em muitos estudos [45,46,47] como fator relacionado à não adesão ao tratamento não apresentou associação significativa com os intervalos médios de retirada da medicação. Apesar disso, a ocorrência de efeitos adversos precisa ser atenciosamente monitorada e controlada pelos profissionais de saúde para minimizar riscos à saúde dos pacientes. Neste trabalho a *ocorrência de efeitos adversos* foi identificada em 67 (40,1%) dos prontuários.

Ao analisamos cada tipo de efeito adverso ocorrido, em separado, a impregnação neuroléptica ocorreu em 15 pacientes durante o tratamento com Decanoato de Haloperidol, 9 sujeitos apresentaram tremores e 9 queixaram-se de cefaléia.

A ocorrência de insônia destacou-se em 18 prontuários. O Haloperidol por ser um potente bloqueador dos receptores dopaminérgicos centrais [48], pode estar relacionado a esta ocorrência. Porém, a insônia pode estar associada a sintomas da patologia ou aos efeitos adversos da ação do Decanoato de Haloperidol no Sistema Nervoso Central, o que impossibilita a conclusão desta questão neste estudo.

Dos 167 pacientes estudados, 83,2% apresentaram algum tipo de intercorrência, sendo que estas foram variadas e muitas vezes concomitantes. Não encontramos associação estatisticamente significativa entre os intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol e a ocorrência de intercorrências. A **Tabela 13** ilustra a distribuição de freqüência destas intercorrências:

Tabela 13 - Distribuição da freqüência de sujeitos em relação à ocorrência de intercorrência durante o tratamento psicofarmacológico com DH. (n=167)

Intercorrências registradas	**Sim n (%)**	**Não N (%)**
Consulta eventual	106 (63,5)	61 (36,5)
Falta em consulta agendada	89 (53,3)	78 (46,7)
Consulta de emergência em outro serviço	58 (34,7)	109 (65,3)
Abandono do tratamento/ seguimento no serviço	57 (34,1)	110 (65,9)
Tentativa de suicídio	13 (7,8)	154 (92,2)
Alta médica	11 (6,6)	156 (93,4)
Transferência para outro serviço	7 (4,2)	160 (95,8)
Acidente pessoal	3 (1,8)	164 (98,2)
Óbito	3 (1,8)	164 (98,2)

Entre os 167 sujeitos do estudo, 63,5% foram atendidos em consultas eventuais, 53,3 % faltaram em consultas agendadas, 34,7% necessitaram de consulta de emergência em outro serviço de saúde mental e 34,1 % abandonaram o tratamento e seguimento no serviço em algum momento. Treze pacientes tiveram pelo menos uma tentativa de suicídio, onze tiveram alta médica e três foram a óbito.

As altas porcentagens de pacientes que necessitaram de consultas eventuais e faltaram em consultas agendadas sugerem uma inadequada utilização do serviço de saúde pelos pacientes e familiares. Estas taxas podem, ainda, estar relacionadas aos sujeitos que apresentaram utilização irregular da medicação segundo o indicado pelos intervalos médios de retirada desta na farmácia. Nesse estudo não encontramos medidas

de associação estatisticamente significativas entre estas variáveis, mas acreditamos que novos estudos poderão ser desenvolvidos para melhor explorá-las. Provavelmente, pacientes que fazem uso irregular da medicação e apresentam baixa adesão ao tratamento não utilizam os serviços assistenciais oferecidos de maneira eficaz.

A maioria dos pacientes estudados (57,5 %) teve ao menos uma internação registrada no prontuário desde sua admissão no serviço. O sujeito com o maior número de internações registradas teve ao todo 44 internações. Dentre os 96 sujeitos que tiveram internação no período, a maioria (54,2%) teve de uma a três internações. A **Tabela 14** mostra estes resultados relacionados aos intervalos médios de retirada do Decanoato de Haloperidol:

Tabela 14 - Distribuição dos sujeitos quanto aos intervalos médios de retirada de Decanoato de Haloperidol na farmácia do serviço e número de internações.

Número de internações registrado	*Classificação dos intervalos em dias completos*				*N (%)*
	<= 27 dias	**28 a 31 dias**	**32 a 72 dias**	**+ 72 dias**	
Nenhuma	12	17	38	4	71 (42,5)
1-3 internações	10	12	23	7	52 (31,1)
4-6 internações	5	2	11	2	20 (12,0)
7-9 internações	4	1	7		12 (7,2)
Mais de 10 internações	2	2	7	1	12 (7,2)
Total	33	34	86	14	167 (100,0)

A relação destas internações com o tratamento com Decanoato de Haloperidol não pode ser avaliada devido a limitações dos registros encontrados. Não pudemos verificar, por exemplo, a coincidência das datas de internação com alterações da prescrição, abandono do tratamento ou transferência para outro serviço. A realização de um estudo de seguimento poderia verificar melhor possíveis relações neste caso.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao optarmos pela busca de dados em fontes secundárias, sabíamos das dificuldades e limitações desta. Porém, acreditamos que tal via se faz pertinente quando pensamos que o registro de informações sobre o paciente e seu tratamento, bem como as ações profissionais desenvolvidas, é uma documentação importante para realização de pesquisas e aprofundamento de saberes acerca da assistência à saúde.

Os resultados encontrados nesta pesquisa nos fizeram refletir se os profissionais da área da saúde estão conscientes de que a execução qualificada desta tarefa é importante para que a história da clientela não se perca. O sistema HYGIA de informação que informatizou o cadastro dos pacientes tornou-se um recurso eficaz para a organização dos prontuários, porém, ainda precisa moderniza-se para atender melhor a realidade dos serviços públicos de saúde para que o acesso seja interligado. De encontro a isto, o registro de informações realizado pelos profissionais de saúde nestes prontuários também carece de qualificação.

Aparentemente fácil, traçar o perfil de uma pessoa ou de um conjunto de pessoas de forma completa e real se mostrou uma tarefa bastante complexa. Sabemos que não estamos tratando de uma verdade absoluta ou realidade única acerca da doença mental. Assim procuramos descrever um conjunto de características já estudadas na literatura como fatores de influencia na adesão ao tratamento psicofarmacológico.

A dificuldade em elaborar instrumentos que identifiquem fatores de adesão e não adesão centra-se no fato de estes serem muito variados e individuais, o que torna cada paciente e cada tratamento um caso particular [48]. É necessário uma maior aproximação do profissional de saúde com seus clientes para o estabelecimento de uma relação de mútua colaboração, adequada às particularidades e realidade de cada serviço, tipo de tratamento e contexto familiar e clientela.

Neste trabalho, desenvolvemos um banco de dados que poderá ser alimentado ao longo do tempo permitindo a realização de estudos prospectivos futuros que possam fornecer

maiores informações sobre a adesão ao tratamento destes pacientes e quem sabe possibilitar o desenvolvimento de novos paradigmas na melhoria da assistência ao tratamento psicofarmacológico.

Neste estudo concluímos que:

- ✓ O registro de informações acerca do tratamento e assistência profissional oferecida precisa ser realizado com prudência e atenção pelos profissionais de saúde para constituir uma fonte qualificada de dados disponível à equipe e pesquisadores;
- ✓ Os pacientes que recebem Decanoato de Haloperidol precisam de um seguimento atencioso para que a utilização da medicação possa adequar-se a prescrição médica e à resposta individual de cada um ao tratamento para a promoção da saúde desses;
- ✓ A ocorrência de efeitos adversos no tratamento psicofarmacológico pode passar despercebida se o profissional de saúde não estiver sensível e atento quanto a queixas relatadas pelo paciente e familiares;
- ✓ A oferta de atenção psicossocial a estes pacientes mostrou-se praticamente ausente, o que muito nos preocupa como enfermeiros e profissionais de saúde. Acreditamos que intervenções desta natureza possam melhorar sobremaneira a qualidade da assistência oferecida pelo serviço de saúde;
- ✓ O diagnóstico dos pacientes pode indicar particularidades patológicas e sintomas que se destacam no processo de recaída, evidenciando a necessidade de intervenções terapêuticas a serem realizadas pelos profissionais do serviço de saúde;
- ✓ O diagnóstico de esquizofrenia foi o mais freqüente entre os sujeitos estudados e também destacou-se nas comorbidades;
- ✓ As comorbidades envolvendo diagnósticos de transtornos mentais relacionados ao uso de drogas pelos pacientes precisam ser melhor entendidas e exploradas para

avaliarmos a relação da comorbidade com uso irregular da medicação e características do tratamento psicofarmacológico;

- ✓ Maior número de intercorrências pode indicar má utilização do serviço de saúde e aliança terapêutica prejudicada;
- ✓ Os fatores demográficos não apresentaram resultados estatisticamente significativos;
- ✓ As variáveis tempo de prescrição/tratamento com Decanoato de Haloperidol, intervalo de dias prescrito para administração da medicação se mostraram associados com os intervalos médios de retirada apresentados pelos pacientes;
- ✓ As variáveis diagnóstico de esquizofrenia e aumento da dose prescrita mostraram uma tendência à associação com os intervalos médios de retirada do Decanoato de Haloperidol.

Acreditamos que conhecendo melhor nossa clientela podemos refletir sobre suas necessidades e sobre a assistência que estamos oferecendo a esta. Sabemos que o fenômeno da adesão com toda complexidade requer empenho de todos os profissionais de saúde para a implementação de intervenções que, ao mesmo tempo, respeite as necessidades dos pacientes, saberes científicos e autonomia das partes envolvidas, possibilitando a todos o papel de agentes na evolução do tratamento. Neste contexto, enfermeiros e farmacêuticos podem promover muitas intervenções que se refletidas e apoiadas por toda a equipe de saúde mental podem melhorar a qualidade de assistência à saúde destes pacientes. Nossa pergunta final é: até que ponto os profissionais inseridos nos serviços de saúde mental estão preparados, comprometidos e apoiados pelos demais serviços para que a responsabilidade sobre o tratamento de doentes mentais desinstitucionalizados possa realmente ser assumida?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1- Guimarães FS, Graeff FG. Fundamentos de Psicofarmacologia. 4ª ed. São Paulo: Ed.Atheneu; 1999.

2- Bechelli LPC. Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia. Parte I-Fundamentos do seu desenvolvimento, benefícios e nível de aceitação em diferentes países e culturas. Rev. Latino-Am. Enf. 2003 Mai/Jun 11; (3).

3- Rodrigues RM, Schneider JF. Nursing in the care to individuals in psychical suffering. Rev. Latino-Am. Enfermagem 1999 July 7; (3): 33 - 40.

4- Bechelli LPC. Neurolépticos de ação prolongada (NAP) no tratamento ambulatorial de esquizofrênicos. Preparo para alta hospitalar e aspectos sócio-econômicos. J Bras. Psiq. 1994 Jan/Feb 33 (1): 56-59.

5- Bressam RA, Shiraquawa I. Neurolépticos de ação prolongada e os avanços da psicofarmacologia da esquizofrenia. Psychiatry Online Brazil: Current Issues 1996; (1). Disponível em: URL: http// www.polbr.med.br/arquvo/rodrigo.htm

6- Galera SAF. Contribuições ao estudo da qualidade de vida de doentes mentais tratados ambulatorialmente [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo; 1994.

7- Almeida VCF, Lopes MVO, Damasceno MMC Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Rev. Esc. Enfermagem USP 2005; 39 (2): 202-10.

8- Bechelli LPC Neurolépticos – efeitos terapêuticos e colaterais em doentes de esquizofrenia: Impacto nos serviços da saúde mental. J Bras. Psiquiatria 1986; 35: 3 - 9.

9- Bechelli LPC Preparações depot em doentes esquizofrênicos em consultório particular e em ambulatório publico. J bras Psiquiatria 1982; 31: 143-7.

10- Ballone GJ – Esquizofrenias. PsiqWeb, Internet, atualizado em 2005. Disponível em http://www.psiqweb.med.br,.

---

* Utilizadas Normas de Vancouver (Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas. In: Miranda JA. Normas de Vancouver. 1998 Fev 14: (69 ecrans). Disponível em: URL: http://homepage.esoterica.pt/~nx2fmd/Normas.html)

11- Weiden PJ, Dixon L, Frances A, Applbaum P, Hass G, Rapkin B. *Neuroleptic noncompliance in schizophenia*. In: Tamminga CA, Shutz SC., editores. Advences in neupsychiatry and pschopharmacology. Vol.I: schizophrenia research. New York (NY): Raven Pess; 1991. P. 285-296.

12- Kane JM, Lieberman JA. Maintenance pharmacotherapy in schizophrenia. In meltzer hy, organizador Psychopharmacology: the third generation of progress. New York: Raven Press; 1987. P.1103-9.

13- Glazer WM, Kane JM. Depot neuroleptic therapy: na underrutilized treatment option. J. Clin. Psychiatry. 1992 (53): 426-33.

14- Playle JF, Keeley P. Non compliance and professional power. J Adv Nurs, 1998 Feb; 27(2): 304-11.

15-Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in eschizophrenia. Am J Psychiatry 2002 Oct; 159 (10): 1653-64.

16- Forman, L Medication: reasons and interventions for noncompliance. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1993 Oct; 31(10): 23-5.

17- Kelly GR, Scott JE, Mamom J. Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. Med Care. 1990 Dec; 28 (12): 1181-97. Erratum in Med care 1991 Sep; 29(9):889.

18- Marder SR Facilitating compliance with antipsychotic medication. West Los Angeles Veterans Affairs Medical Center and The University of California at Los angeles School of Medicine, 90073, USA. J Clin Psychiatry. 1998; 59 Suppl 3:21-5.

19- Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipschotic medication. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2002 Jun; 9(3): 277-84.

20- Diaz E, Neuse E, Sullivan MC, Pesrsali HR, Woods SW. Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discahrge. J Clin Psychiatry.2004 Mar; 65 (3): 345-60.

21- Perkins DA. Adherence to antipychotic medications. J Clin Psychiatry 1999; 60 Suppl 21:25-30.

22- Bordenave GC, Giraud BE, De Beauchamp I, Bougerol T, Calop j. ; et al. Why psychotics patients are not drug compliant? Encephale 2003 May-jun; 29 (3 Pt 1):213-22.

23- Lacro JP, Dunn L, 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.

24- Bebblington PE. The content and context of compliance. Int Clin Psychopharmacol. 1995 Jan; 9 Suppl 5:41-50.

25- Marder SR. Overview of partial compliance. J Clin Psychiatry.2003; 64 Suppl 16: 3-9.

26- Ayso-Gutierrez JL, Del Rio Vega JM. Factors influencing in relapse in the long term course of schizophrenia. Complutense University, Alcala, Madrid, Spain. Scizophrenia Res 1997 Dec 19; 28 (2-3): 199-206.

27- Blondiaux I.; Alagille M.; Ginested D. Adherence to neuroleptic treatment of schizophrenic patients. Encephale. 1988 Nov-Dec; 14(6): 431-8.

28- Keck PE Jr, Meelroy SL, Strakowski SM, Stanton SP Kizer DL, West AS, et al. Factors associate with pharmacologic noncompliance in patients with mania. J Clin Psychiatry. 1996 Jul; 57(7): 292-7.

29- Droulout T, Liraud F, Verdoux H. Relaionships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. Encephale 2003 Sep-Oct; 29(5); 430-7.

30- Dolder CR, Lacro JP, Leckband S, Jeste DV. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. J Clin Psychopharmacol. 2003 Aug; 23(4):389-99.

31- Seltzer A, Roncari I, Garfinkel P. Effect of patient education on medication compliance. Can J Psychiatry. 1980 Dec; 25(8):638-45.

32- Shirakawa I, Bressan RA, Chaves AC. Tratamento farmacológico da esquizofrenia. In: O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos Edtorial; 2001. p. 135-148.

33-Baldessarini RJ. Drugs and treatment of psychiatric disorders, psychosis and anxiety. In Hardma JG, Limberd, LE; edtors. The farmacological Basis of therapeutics, 9 th ed., New York: Mc Graw-Hill; 1996. p. 339-430.

34- Bastos O, Hojaij CR, Marcolin MA, Ribeiro DN, Collaço PJM, Knijnik L. Avaliaçäo clínica multicêntrica do decanoato de haloperidol no tratamento de manutençäo de pacientes esquizofrênicos. J.Bras. Psiq 1988 Mar/Abr 37(2):101-107.

35- Bechelli LPC, Lecco MC, Aciolo A, Pontes MC. A double-blind trial of haloperidol decanoate and pipotiazine palmitate in the maintenance treatment of schizophrenics in a public outpatient clinic. Curr Ther Res 1985; 37: 662-671.

36- Volavka J. Plasma haloperidol levels and clinical effects in schizophrenia and schizoaffective disorder. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:837–845.

37- Nyberg S, Farde L, Halldin C. Delayed normalization of central D2 dopamine receptor availability after discontinuation of haloperidol decanoate: preliminary findings.(Atraso na normalização dos receptores d2 após a suspensão do haldol decanoato). Arch Gen Psychiatry 1997; 54:953–958.

38- Kornhuber JMD, Schultz A, Wietfang JMD, Meineike I. Persistence of haloperidol in human brain tissue. Resíduos de Haloperidol no Tecido Cerebral. Am J Psychiatry 1999; 156:885-890.

39- Vigueira AC. Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. (Risco clínico de recaída pela suspensão abrupta e gradual no tratamento com neuroléptico). Arch Gen Psychiatry 1997 (54): 49–55.

40- Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. Trad. Regina Machado Garcez. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

41- Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, acesso 20/10/2005. Disponível em http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br.

42- Hygia – Sistema Modular de Saúde. Disponível em : http://www.techne.com.br/produtos.

43- Rosa MA. Avaliação dos fatores de aderência ao tratamento medicamentoso em pacientes esquizofrênicos [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1998.

44- Regier DA, Farmer ME, RAE DS. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Jama 1990 (264): 2511-8.

45- Weiden PJ, Shaw E, Mann J. Causes of neuroleptic noncompliance. Psychiatry Annals 1986 16: 571-5.

46- Del Campo EJ, Carr CF, Correa E. Rehospitalized schizophrenics: what they report about illness, treatment and compliance. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 1983 21(6): 29-33.

47- Van Putten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? Archives of General Psychiatry 1974 31: 67-72.

48- Soares NR Administração de medicamentos na enfermagem. 2 ª ed. EPUB; 2001-2002.

Anexo A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Anexo A 71

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto – SP

Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 24 de junho de 2005.

OF. N º 353/05/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 40ª reunião ordinária, realizada em 21 de junho de 2005, analisou e apreciou o parecer do Senhor Relator, referente ao Projeto de Pesquisa: "**Perfil sócio demográfico e clínico de pessoas que fazem uso de Decanoato de Haloperidol em um serviço de saúde mental comunitário". Protocolo: 0158/CEP/CSE-FMRP-USP**, que está sendo conduzido por V.Sª e pela orientanda Lucilene Cardoso, **foi aprovado.** Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Profº. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Profª. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Anexo B – AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Anexo B 72

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto – SP

Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331

Ribeirão Preto, 29 de junho de 2005

DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA
LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 023/2005

Comunicamos que a pesquisadora ***LUCILENE CARDOSO***, cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à sua coleta de dados para o trabalho ***"PERFIL SOCIO DEMOGRAFICO E CLÍNICO DE PESSOAS QUE FAZEM USO DE DECANOATO DE HALOPERIDOL EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO".***

Atenciosamente,

Profª. Drª. Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
Diretora Técnica do CSE-FMRP-USP.

Ilmª. Sra.
Profª Dra. Sueli Aparecida Frari Galera (Orientadora)
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e
Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Universidade de São Paulo- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Título/ Sigla: **Perfil demografico e clinico de pacientes que fazem uso de Decanoato de Haloperidol/ PPUDH**.

Orientanda: ***Lucilene Cardoso*** Orientadora: ***Sueli Aparecida Frari Galera***

Parte I - Dados relacionados ao dipensário de Decanoato de Haloperidol pela Farmácia do CSE/FMRP/USP no período de 29/ outubro/ 2003 a 30 / junho/2005.	
01. Data da Coleta das Informações:	□□/ □□/ 20 □□
02. Nº do Prontuário: (HYGIA)	□ □ □ □ □ □ □
03. Retirada data 1 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 1 □ □
04. Retirada data 2 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 2 □ □
05. Retirada data 3 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 3 □ □
06. Retirada data 4 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 4 □ □
07. Retirada data 5 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 5 □ □
08. Retirada data 6 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 6 □ □
09. Retirada data 7 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 7 □ □
10. Retirada data 8 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 8 □ □
11. Retirada data 9 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 9 □ □
12. Retirada data 10 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 10 □ □
13. Retirada data 11 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 11 □ □
14. Retirada data 12 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 12 □ □
15. Retirada data 13 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 13 □ □
16. Retirada data 14 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 14 □ □
17. Retirada data 15 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 15 □ □
18. Retirada data 16 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 16 □ □
19. Retirada data 17 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 17 □ □
20. Retirada data 18 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 18 □ □
21. Retirada data 19 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 19 □ □
22. Retirada data 20 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 20 □ □
23. Retirada data 21 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 21 □ □

24. Retirada data 22 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 22 □ □
25. Retirada data 23 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 23 □ □
26. Retirada data 24 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 24 □ □
27. Retirada data 25 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 25 □ □
28. Retirada data 26 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 26 □ □
29. Retirada data 27 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 27 □ □
30. Retirada data 28 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 28 □ □
31. Retirada data 29 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 29 □ □
32. Retirada data 30 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 30 □ □
33. Retirada data 31 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 31 □ □
34. Retirada data 32 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 32 □ □
35. Retirada data 33 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 33 □ □
36. Retirada data 34 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 34 □ □
37. Retirada data 35 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 35 □ □
38. Retirada data 36 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 36 □ □
39. Retirada data 37 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 37 □ □
40. Retirada data 38 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 38 □ □
41. Retirada data 39 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 39 □ □
42. Retirada data 40 □□/ □□/ 20 □□	Quantidade 40 □ □

Parte II – Caracterização sócio demográfica	☐ Prontuário ☐ Hygia
01. Data da Coleta das Informações:	☐☐/ ☐☐/ 20 ☐☐
02. Nº do Prontuário: (HYGIA)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
03. Data de Nascimento do Paciente:	☐☐/ ☐☐/ ☐☐☐☐
04. Sexo:	Masculino..... 0 ☐ Feminino..... 1 ☐
05. Naturalidade:	SP capital..... 0 ☐ SP interior..... 1 ☐ Outros estados ..... 2 ☐ Outro País..... 3 ☐
06. Estado Civil (primeiro registro no período):	Solteiro..... 0 ☐ Casado..... 1 ☐ Viúvo..... 2 ☐ Divorciado..... 3 ☐ Amasiado..... 4 ☐
07. Número de Filhos (primeiro registro no período):	☐☐
08. Escolaridade (primeiro registro no período):	Analfabeto..... 0 ☐ 1º grau incompleto..... 1 ☐ 1º grau completo..... 2 ☐ 2º grau incompleto..... 3 ☐ 2º grau completo..... 4 ☐ 3º grau incompleto..... 5 ☐ 3º grau completo..... 6 ☐
09. Distância da residência até o NSM/CSE: (em km) Endereço: R. ..... nº..... Compl. ..... CEP.....Tel. Contato ( ) ..... --.	☐☐

Parte III – Dados relacionados ao tratamento com Decanoato de Haloperidol registrados no prontuário	
01. Data da Coleta das Informações:	□□/ □□/ 20 □□
02. Nº do Prontuário: (HYGIA)	□ □ □ □ □ □ □
03. Primeira Prescrição de Decanoato de Haloperidol registrada no prontuário	Data □□/ □□/ □□□□ Quantidade em ampolas..... □□.□ Intervalo de dias ..... □□
04. Registro da ocorrência de efeitos adversos devido o uso do D.H.	Não.....0 □ (vá para 06) Sim.....1 □
05. Qual (is) Acatisia (ansiedade/ Inquietação) Ansiedade Aumento batimentos do coração Aumento de mamas Boca seca Confusão mental Constipação Convulsão Depressão Discenesia (movimentos bipercinéticos repetitivos e involuntários- maçar, piscar, protusão da língua,...) Distonia aguda (espasmos musculares involuntários- crise oculógira, protusão da língua, Movimentos involuntários boca/lingua/face...) Erupçãp da pele Movimentos involuntários boca/lingua/face Pseudoparkinsonismo (Rigidez,tremores) Rigidez Sonolencia Sudorese Tremores (mmss, mandíbula) Vertigem Vomito	1-Agitação ..... □ 2-Dor de cabeça/ cefaléia..... □ 3-Fraqueza..... □ 4- Inquietação.....□ 5-Impregnação Neroléptica ou Sindrome extrapiramidal.....□ 6- Sonolência ..... □ 7- Tremores (mmss, mandíbula) ..... □ 8- Vomito/ Náusea ..... □ 9- Outros..... □ Especificar .....
06. Alteração da prescrição de DH no período	Não.....0 □ (vá para parte IV) Sim.....1 □
07-Qual?	Aumento da dose..... 0 □ Diminuição da dose..... 1 □ Suspensão da medicação ..... 2 □

Parte IV - Dados relacionados ao diagnóstico psiquiátrico e intercorrências registradas no prontuário		
1. Data da Coleta das Informações:		□□/ □□/ 20 □□
2. Nº do Prontuário: (HYGIA)		□ □ □ □ □ □ □
3. Data do Primeiro registro de diagnóstico (s) dentro do período		□□/ □□/ □□□□
4- Diagnósticos registrados no prontuário (descrição e código – CID 10) F20 Esquizofrenia F21 Transtorno esquizotípico F22 Transtornos delirantes persistentes F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios F24 Transtorno delirante induzido F25 Transtornos esquizoafetivos F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos F29 Psicose não orgânica não especificada F30 Episódio maníaco F31 Transtorno afetivo bipolar F32 Episódios depressivos F33 Transtorno depressivo recorrente F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes F38 Outros transtornos do humor [afetivos] F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado F40 Transtornos fóbico-ansiosos F41 Outros transtornos ansiosos F42 Transtorno obsessivo-compulsivo F43 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação F44 Transtornos dissociativos [de conversão] F45 Transtornos somatoformes F48 Outros transtornos neuróticos F60 Transtornos específicos da personalidade F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos F64 Transtornos da identidade sexual F65 Transtornos da preferência sexual F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação F68 Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto F69 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado F70 Retardo mental leve F71 Retardo mental moderado F72 Retardo mental grave F73 Retardo mental profundo F78 Outro retardo mental F79 Retardo mental não especificado		1- F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes..... □ 2- F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]..... □ 3- F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes..... □ 4- F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto..... □ 5- F70-F79 Retardo mental..... □ 6- outros ..... □

5. Intercorrências registradas no prontuário dentro do período.		Não.....0 ☐ (vá para 7) Sim.....1 ☐
6. Quais?		Alta .....1 ☐ Abandono seguimento no NSM..... 2 ☐ Tentativa de suicídio..... 3 ☐ Acidente pessoal ..... 4 ☐ Falta em consulta agendada. ..... 5 ☐ Consulta eventual ..... 6 ☐ Consulta emergência/outro serviço ..... 7 ☐ Transferência para outro serviço..... 8 ☐ Óbito..... 9 ☐
7. Internações registradas no prontuário no período.		Não.....0 ☐ Sim.....1 ☐
8. Quantas?		☐ ☐

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo