

ADERÊNCIA TERAPÊUTICA NOS PACIENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Rodrigo Caprio Leite de Castro¹, Marcos Tietzmann¹, Adriana Carvalhal Schöffel²

RESUMO

O sucesso de um tratamento é influenciado por diversos fatores, dentre estes, a aderência do paciente ao tratamento. A avaliação da aderência e dos fatores que a influenciam ocupa uma posição central no processo terapêutico do paciente. O objetivo deste estudo é revisar, através de uma busca sistemática, a aderência ao tratamento nos pacientes com transtornos psiquiátricos. É discutida a influência dos aspectos psicossociais, dos transtornos de humor e ansiedade, da psicose e do *insight* na aderência ao tratamento. Este estudo permite identificar quais fatores, sintomas e transtornos psiquiátricos estão relacionados com pobre aderência.

Unitermos: Transtornos mentais; aderência.

The success of the treatment is influenced by many factors and the adherence in a particular way. The assessment of the adherence is a very important step in the therapeutic process. The objective of the this study is to review the adherence to treatment in patients with mental disorders. The authors discuss the influence of psychosocial factors, of affective disorder and anxiety, of psychosis and insight in the adherence to treatment. A profile of patients with high risk to no adherence could be set out at the end.

Key-words: Mental disorders; adherence.

¹ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Médica Psiquiatra, Mestre e Aluna de Doutorado em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Adriana Carvalhal Schöffel, Rua Padre Chagas 147/905, CEP 90570-080, Porto Alegre, RS, Brasil, Fone/Fax: +55-51-3222.4690; e-mail: schoffel@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

O sucesso de um tratamento é influenciado por diversos fatores. Entre os mais importantes estão o diagnóstico correto e o tratamento adequado, a relação médico-paciente e a aderência terapêutica. A avaliação da aderência ocupa uma posição central no processo terapêutico.

Estudar quais são os fatores preditores da não aderência ao tratamento é essencial para a identificação de pacientes com alto risco de pobre aderência terapêutica. Pacientes que não tomam suas medicações têm altas taxas de recaídas, requerem frequentes admissões e tempo de hospitalização prolongado (1).

A problemática da não aderência é considerada uma questão de extrema relevância no tratamento de inúmeras

patologias, incluindo as doenças psiquiátricas (2). Nos Estados Unidos já foi chamada de “o outro problema americano com drogas” (3).

O presente estudo propõe uma revisão da aderência terapêutica nos pacientes com transtornos psiquiátricos. Foi realizada uma busca sistemática de artigos pelo Medline e PsycLit *database* nos anos de 1965 a 2001, usando as palavras-chave transtornos mentais e aderência.

CONCEITO

Aderência terapêutica é a concordância entre a prescrição e o comportamento do paciente (4). Ou ainda, o estudo dos fatores que influenciam o correto cumprimento da prescrição médica (2,5,6). Vilela e Costa consideram

que pobre aderente é aquele paciente que não toma a medicação prescrita na dosagem preconizada e no horário estipulado ou que não cumpre as orientações dadas por seu médico ou faz uso de outros medicamentos que não os prescritos (7).

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

O não cumprimento do programa terapêutico é maior entre os pacientes que moram sozinhos do que naqueles que moram com a família. Willcox et al. (8) notaram que 52% dos pacientes psiquiátricos em tratamento ambulatorial morando sozinhos não tomavam sua medicação, enquanto essa taxa era de 35% naqueles que moravam com suas famílias. Em um estudo com pacientes com esquizofrenia que tinham suas atividades supervisionadas, 82% faziam uso correto dos medicamentos contra 46% daqueles que não tinham parentes ou amigos. A família tem uma grande influência no cumprimento de esquemas terapêuticos. Pacientes cujos familiares se mostram mais compreensivos e colaboradores são mais aderentes ao tratamento do que aqueles cujos familiares apresentam esquemas rígidos de comportamento (7).

As atitudes como perceber a patologia como uma “fatalidade do destino”, negação da doença e expectativas não cumpridas que o paciente tem do tratamento, assim como idéias pré-concebidas (crenças), como medo de adição aos medicamentos e de que usar medicamentos será sinônimo de gravidade da doença são fortemente associadas a não aderência (9).

Pacientes com quadros demenciais podem não seguir as orientações prescritas devido aos déficits cognitivos que apresentam. Pobre aderência está relacionada principalmente com déficits de atenção e de memória (10).

TRANSTORNOS DO HUMOR E ANSIEDADE

Os efeitos da ansiedade e da depressão na aderência terapêutica foi avaliada por uma metanálise, onde 12 artigos sobre depressão e 13 sobre ansiedade foram aceitos pelos critérios de inclusão. Nos estudos avaliados, os pacientes faziam tratamento para doenças clínicas e não poderiam estar fazendo tratamento para doenças psiquiátricas, incluindo depressão e ansiedade. Estas eram medidas através de avaliações clínicas, testes e escalas. Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre

ansiedade e não adesão. Entretanto, a relação de depressão e não adesão foi significativa. Comparando com pacientes sem depressão, a probabilidade de não adesão é três vezes maior nos pacientes com depressão (11).

No estudo de Mehta et al. foi avaliado a aderência à Zidovudina, onde apenas 52,6% dos pacientes com doença psiquiátrica tinham boa aderência ao tratamento. Quando a doença mental era depressão, a aderência ao tratamento caía para 17-30% (9).

Pacientes maníacos que negam sua doença ou ativamente resistem a necessidade de medicação têm mais chances de não serem aderentes. Uma razão para a recusa pode ser o aumento do nível de produtividade em estados hipomaníacos (10,12).

TRANSTORNOS PSICÓTICOS

A presença de sintomas psicóticos e de outros fatores preditores de má aderência foram estabelecidos em alguns estudos (12-17). Variáveis clínicas como intensidade dos sintomas psicóticos e efeitos adversos das medicações neurolépticas têm mostrado forte relação com não aderência. Os efeitos adversos devem sempre ser avaliados e esclarecidos aos pacientes, pois são uma das principais causas de não aderência (7,9,10).

A não aderência à medicação nos primeiros 6 meses de tratamento de psicose predisps cerca de 30 vezes a uma continuada falha na aderência em 2 anos de seguimento, em comparação a pacientes que aderiram à medicação (14).

A aderência diminui com o tempo de tratamento. Está em torno de 80% nos pacientes com esquizofrenia no primeiro ano de tratamento e cai para 60% após 7 anos de seguimento (18). Quanto mais complexa a administração e quanto mais mudanças drásticas forem impostas na vida do paciente menor a aderência. A formulação das medicações também é ponto importante. Para pacientes com transtornos psicóticos as medicações de depósito aumentam a aderência (16).

Verdoux et al. em seguimento de dois anos de pacientes que se apresentaram na primeira internação com episódio psicótico, encontraram uma associação entre sintomas de delírio e desconfiança, e pobre aderência aos antipsicóticos. Os sintomas de desorganização conceitual, comportamento alucinatório, excitação, grandiosidade e hostilidade apresentaram fraca influência na aderência (14). Em um estudo transversal retrospectivo foi encontrado no grupo de pobre aderência terapêutica associação com

maiores escores em: subitens de aloia, perda de espontaneidade e na escala geral de sintomas negativos da esquizofrenia. No entanto, este grupo apresentava praticamente a metade do tempo de doença e tempo de uso de neurolépticos prescritos quando comparado com os grupos de aderência boa e intermediária. Os pacientes no grupo de pobre aderência eram mais jovens e tinham um curso de doença mais severo, com maior número de internações, do que os outros dois grupos (17). Smith, em estudo transversal com pacientes esquizofrênicos em remissão, com tempo médio de doença de 18 anos, encontrou fraca correlação entre sintomas negativos da esquizofrenia e aderência terapêutica (10).

Abuso de substâncias psicoativas parece ser um forte preditor de não aderência na psicose. A não aderência foi 12 vezes mais comum entre o grupo que abusava de drogas (19). Verdoux et al. mostraram que o grupo de pacientes que abusavam ou era dependente de álcool apresentava 2,6 mais chances de não aderir ao tratamento em 2 anos. Já pessoas que usavam ou dependiam de outras drogas mostraram apenas fraca tendência à não aderência (14).

INSIGHT

O nível de *insight* pode ser entendido como o reconhecimento da doença pelo paciente e a habilidade do paciente para nomear a experiência de certos eventos mentais como patológicos. Smith, em estudo com pacientes esquizofrênicos com tempo médio de doença de 18 anos, encontrou correlação regular entre aderência terapêutica e reconhecimento de sintomas passados e correntes e apenas correlação fraca com escores de testes neurocognitivos (10). Alguns estudos sugerem que *insight* diminuído pode estar especialmente ligado com pobre flexibilidade cognitiva, identificado por baixos escores no *Wisconsin Card Sorting Test (WCST)*, ou perda do raciocínio abstrato e fala estereotipada, e isso poderia estar associado com pobre aderência (17,20). Kemp mostrou que o desempenho em uma bateria de testes neuropsicológicos foi fraco preditor de aderência terapêutica, além de ser pobremente correlacionado com *insight* (19). Esses achados poderiam, segundo o autor, ser explicados pela amostra, tomada no estudo, ter um período de doença relativamente curto (9 anos em média), o que explicaria os resultados de Smith. Sacks, em estudo transversal, não encontrou relação entre escores de escalas auto-aplicáveis que avaliam *insight* e aderência medicamentosa. No entanto, em desfecho secundário, apresentou correlação entre *insight* e humor deprimido, alucinações e delírios, entre outros achados (21).

CONCLUSÃO

Os estudos citados neste artigo identificam os principais fatores, sintomas e doenças psiquiátricas relacionadas com pobre aderência ao tratamento em pacientes com transtornos psiquiátricos.

Pacientes que moram sozinhos ou que não possuem suas atividades supervisionadas (7,8) ou que apresentam déficits cognitivos, principalmente de atenção e de memória (10), possuem maior risco de não aderência.

Apresentam, também, maior risco de pobre aderência terapêutica os pacientes com transtornos de humor (9-12). Pacientes com depressão mostraram-se menos aderentes ao tratamento (9,11), o mesmo não ocorrendo com os transtornos de ansiedade (11).

Nos transtornos psicóticos, a pobre aderência está relacionada principalmente com 1) intensidade dos sintomas (10); 2) efeitos adversos das medicações e o esquema e a complexidade da administração (16); 3) tempo de tratamento (19); 4) sintomas de delírio e desconfiança (14) e 5) abuso de droga psicoativa, principalmente de álcool (14,20).

A relação entre *insight* e aderência terapêutica é controversa. Smith (10) encontrou relação regular entre aderência e *insight*, o mesmo não ocorrendo no estudo de Sacks (22), que não encontrou relação entre escores de escalas auto-aplicáveis que avaliam *insight* e aderência medicamentosa.

A identificação dos fatores, sintomas e doenças envolvidos na pobre aderência terapêutica faz parte da avaliação médica e é de fundamental importância para o sucesso do tratamento. Visto que a questão da aderência é antiga e inicia num aforismo de Hipócrates: “mantenha os olhos abertos para as falhas dos pacientes, que frequentemente mentem sobre a ingestão das coisas prescritas”.

REFERÊNCIAS

1. Willey C, Redding C, Stafford J, Garfield F, Geletko S, Flanigan T, et al. Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease: development and validation of a measure. *Clin Therapeutics* 2000;22(7):858-71.
2. Paulo LG, Segal A. Compliance. Sobre o encontro paciente-médico. São Paulo: IPEX; 1997.
3. Bond WS, Hussar DA. Detection methods and strategies for improving medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1991;48:1978-88.

4. Rocha Jr MA. Compliance. Você acha que a receita vai ser seguida? In: Paulo LG, Zanini AC, editors. Compliance: sobre o encontro paciente-médico. São Paulo: IPEX; 1997. Pp. 51-66.
5. Wright EC. Non-compliance – or how many aunts has Matilda? *Lancet* 1993;342:909-13.
6. Coons S, Sheahan S, Martin S, Hendricks I, Robbins C, Johnson J. Predictors of medication non compliance in a sample of older adults. *Clin Therapeut* 1994;16:110-17.
7. Vilela JEM, Costa DA. “Compliance”: Fatores necessários ao cumprimento de um programa terapêutico. *Psiquiatria biológica* 1998;4(3):127-32.
8. Willcox DRG, Gillan R, Harf EH. Do psychiatric out-patients take their drug? *BMJ* 1965;26:790-2.
9. Mehta S, Moore RD, Graham NMH. Potencial factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS* 1997;11:1665-70.
10. Smith TE. The relative influences of symptoms, insight and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:102-8.
11. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;160(14):2101-7.
12. Kemp R. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br J Psychiatry* 1996;169:444-50.
13. Kampman O, Lehtinen K. Compliance in psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100:167-75.
14. Verdoux H, Lengronne J, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan E. Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first - admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102: 203-10.
15. Cuffel BJ. Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *J Nerv Ment Dis* 1996;184: 653-59.
16. Young J, Howard Z, Shepler L. Medication noncompliance in schizophrenia: codification and update. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1986; 14:105-22.
17. Tattan TM, Creed FH. Negative symptoms of schizophrenia and compliance with medication. *Schizophr Bull* 2001;27(1):149-55.
18. Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 382:16-24.
19. Kemp R. Randomized controlled trial of compliance therapy. *Br J Psychiatry* 1998;172:413-9.
20. Lysaker PH. Neurocognitive function and insight in schizophrenia: support for association with impairments in executive function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97:297-301.
21. Sacks TT. The relationship between insight and medication adherence in severely mentally ill clients treated in the community. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:211-16.