

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**

CINTIA SOARES DO ROZARIO

**INSTRUMENTO DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

CURITIBA - PR

2023

CINTIA SOARES DO ROZARIO

**INSTRUMENTO DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná/Secretaria de Estado da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof^a. Orientadora: Rejane Cristina Teixeira Tabuti.

CURITIBA - PR

2023

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, ____ DE _____ DE _____

O trabalho intitulado **INSTRUMENTO DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** de autoria da aluna CINTIA SOARES DO ROZARIO foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Programa de Residência em Saúde Mental.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ma. Rejane Cristina Teixeira Tabuti
Orientadora do TCR/PI

Prof. Ma. Luciana Elisabete Savaris
Avaliador da Instituição

Prof. Me. Luiz Claudio Sobrinho do Nascimento
Avaliador Externo

CURITIBA

2023

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, por me guiar nesta caminhada, a qual me proporcionou esta oportunidade de aprimorar meus conhecimentos.

À minha orientadora, Prof. Ma. Rejane Cristina Teixeira Tabuti, que é um referencial de exemplo em sua prática, que me auxiliou, teve paciência, sabedoria, confiança em me orientar e por incentivar-me na busca do saber científico.

À minha mãe, Palmira, meu exemplo de mulher e profissional que sempre me apoiou desde a escolha de minha graduação, quanto a esta especialização. Por todo amor e renúncia, por todos os esforços para minha formação. Sem você eu não seria nada. Amo você!

Ao meu amor, João Pedro, que esteve ao meu lado em todos os momentos, por segurar minha mão a cada vitória e a cada derrota, por me incentivar, manter-me firme até o final e me lembrar todos os dias que sou capaz. Obrigada por todo carinho e por entender minhas ausências pelas atividades acadêmicas que exigiam de mim, continue com esse coração maravilhoso.

Às minhas colegas da especialização, por dividirem seus conhecimentos, experiências, alegrias, cansaços, dificuldades e mesmo assim apoiando umas as outras. Que me ajudaram e incentivaram, em relação às dificuldades de coleta de dados e desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus professores, que contribuíram no meu processo de aprendizagem, e em especial minha tutora, Prof. Ma. Luciana Elisabete Savaris, que sempre me acolheu, vivenciou minhas angústias e me orientou ao final do percurso. Obrigada pela paciência e disponibilidade.

Enfim, agradeço a todos que fizeram parte desta conquista, por acolherem minhas angústias, decepções em meio a tantas dificuldades no percurso e sempre me

incentivarem a continuar e não desistir. Tive grandes experiências em minha carreira profissional. Muito obrigado a todos, que Deus os abençoe!

“Existe algo na natureza humana que resiste a ser coagido e forçado a agir. Ironicamente, às vezes, o reconhecimento do direito e da liberdade do outro de não mudar é o que torna a mudança possível.

Stephen Rollnick

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	24
5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICES.....	42

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1. AMOSTRA DE USUÁRIOS	29
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. TÉCNICA DOS 5 “A’S”	20
Quadro 2. POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES PARA A ADESÃO E NÃO ADESÃO AO USO DE PSICOFÁRMACOS.....	31

RESUMO

Esta pesquisa verificou a adesão e conhecimento de pessoas com transtornos mentais com relação a sua terapêutica e teve como objetivo elaborar um instrumento de adesão ao tratamento medicamentoso como ferramenta terapêutica para auxiliar pessoas em tratamento. Tratou-se de um Projeto de Intervenção, em que a coleta de dados foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial -CAPS II no município de Pinhais- PR, mediante análise de prontuário e entrevista individual semiestruturada. Foram selecionados treze usuários que no momento apresentavam dificuldades acerca do uso de psicofármacos na visão da equipe multidisciplinar do CAPS II, seja pelo medo da dependência, resistência ao uso, efeitos colaterais causados pelos psicofármacos, dificuldade na compreensão da medicação, desorganização em ambiente familiar, abandono ou interrupção do tratamento no momento em que percebe melhora, traduzindo uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso. No decorrer desta pesquisa emergiram 2 categorias como resultados: 1) Potencialidades para a adesão ao uso de psicofármacos, sendo elas: Comunicação efetiva, atendimento da equipe multiprofissional, fé e espiritualidade, medicação supervisionada e o sentir-se melhor. 2) Fragilidades para a adesão ao uso de psicofármacos, onde foram identificadas cinco causas, sendo elas: Falta de apoio familiar, efeitos colaterais, falta de comprometimento, fanatismo religioso e o sentir-se melhor. Por fim, evidencia-se que o uso dos psicofármacos durante o tratamento é permeado continuamente por diversos fatores que fragilizam e potencializam a manutenção regular do tratamento medicamentoso. Concluiu-se que há necessidade da busca por conhecimento para efetivas ações educativas em saúde e novas estratégias que fortaleçam a autonomia considerando suas reais necessidades e incentivando a família como rede de apoio ao usuário com transtornos mentais.

Palavras-chave: Adesão. Saúde Mental. Uso de psicofármaco. Equipe Multidisciplinar.

ABSTRACT

This research verified the adherence and knowledge of people with mental disorders regarding their therapy and aimed to develop an instrument for adherence to drug treatment as a therapeutic tool to help people undergoing treatment. This is an Intervention Project, in which data collection was carried out at the Psychosocial Care Center -CAPS II in the city of Pinhais-PR, through analysis of medical records and individual semi-structured interviews. Thirteen users were selected who at the time had difficulties regarding the use of psychotropic drugs in the view of the CAPS II multidisciplinary team, either because of fear of dependence, resistance to use, side effects caused by psychotropic drugs, difficulty in understanding the medication, disorganization in the family environment, abandonment or discontinuation of treatment when they perceive improvement, translating into low adherence to drug treatment. In the course of this research, 2 categories emerged as results: 1) Potentialities for adherence to the use of psychotropic drugs, namely: Effective communication, multidisciplinary team care, faith and spirituality, supervised medication and feeling better. 2) Weaknesses for adherence to the use of psychotropic drugs, where five causes were identified, namely: Lack of family support, side effects, lack of commitment, religious fanaticism and feeling better. Finally, it is evident that the use of psychotropic drugs during treatment is continuously permeated by several factors that weaken and enhance the regular maintenance of drug treatment. It is concluded that there is a need to search for knowledge for effective educational actions in health and new strategies that strengthen autonomy, considering their real needs and encouraging the family as a support network for users with mental disorders.

Keywords: Adhesion. Mental health. Use of psychopharmaceuticals. Multidisciplinary Team.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), tem alertado a população e os governos de todos os países sobre o aumento expressivo da prevalência de transtornos mentais. No Brasil, cerca de 18,6 milhões de pessoas são acometidas por transtornos de ansiedade (WHO,2021).

O panorama da saúde mental é tão agravante, que os dados retratados em estudos o consolidam como um problema de saúde global. Em Genebra, sede da OMS, em outubro de 2021, foi divulgado o novo Atlas de Saúde Mental (Mental Health Atlas), mostrando informações sobre a saúde mental em todo o mundo. O Atlas é um apanhado de dados sobre financiamento, recursos humanos e políticas de saúde mental que são fornecidas por 171 países, acompanhando progressos em direção ao cumprimento das metas do Plano de Ação, coletando e disseminando informações à nível mundial. O cenário é preocupante uma vez que os países não alcançaram a maior parte das metas estabelecidas para 2020, fazendo com que houvesse uma extensão do prazo para 2030, com desígnio de seu cumprimento (WHO,2021).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizou uma publicação no final de novembro de 2021 e outra em junho de 2022, em que sobreleva a perspectiva da saúde mental e o efeito devastador da pandemia da COVID-19 no bem estar das populações das Américas. Informando que de quatro a cada dez brasileiros tiveram problemas decorrentes dos transtornos de ansiedade e depressão, no qual estimativas iniciais revelam um aumento de 26% e 28%, respectivamente, para ansiedade e transtornos depressivos maiores, entre os anos de 2019 a 2020. Para mitigar o impacto da pandemia, os autores referem que deve ser incluída a saúde mental nos planos de preparação, resposta e recuperação para emergências, haja visto que é urgente fortalecer os sistemas e serviços de saúde mental (OPAS, 2021; OPAS/OMS, 2022).

Apesar de existirem caminhos e alternativas eficazes de tratamento, a maior parte das pessoas com transtornos mentais não têm alcance a cuidados eficientes, e aqueles que procuram assistência sofrem estigmas e discriminação por estarem em um serviço de saúde mental, decorrendo a violação dos direitos humanos (OPAS, 2021; OPAS/OMS, 2022).

“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, art.25).

A Política Nacional de Saúde Mental, norteadas pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, bem como a Lei Federal nº 10.216/2001 que garante os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental, buscam fortalecer um modelo de atenção aberto e de base comunitária. Em complemento à esta mesma lei, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3.088/2021 que direciona o atendimento, ampliando e articulando os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo republicada em 21 de maio de 2013 e revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011).

A RAPS é formada por sete componentes, sendo eles: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial, tendo seus pontos de atenção específicos dos diversos componentes (BRASIL, 2011).

Os transtornos psiquiátricos são determinados por distúrbios clinicamente significativos na regulação emocional, na cognição ou no comportamento de um indivíduo. Comumente é associado a sofrimentos ou danos a áreas funcionais importantes, em vista, isso pode levar ao comprometimento funcional grave, dificuldades de autocuidado e em suas relações interpessoais, com o declínio da qualidade de vida e prejuízo ocupacional e comunitário. A este respeito, o tratamento de pessoas com transtornos mentais requer múltiplas intervenções, inclusive medicamentosas (OPAS/OMS, 2022).

O regime terapêutico adequado e o uso prudente de medicamentos correlacionado a outras vias de tratamento, legítima restabelecer o alívio dos sintomas e uma melhor qualidade de vida e saúde para o usuário. Neste entremeio, uma das adversidades encontradas na prática é o uso irregular ou abandono do regime terapêutico por pessoas com transtornos mentais. Há profusas questões que

exacerbam a baixa adesão medicamentosa, algumas delas são: a complexidade do tratamento, o impasse no acesso ao medicamento, o entendimento equivocado do regime terapêutico, crenças de que a medicação é ineficaz, crenças religiosas, a falta de suporte e desorganização familiar, falta de clareza sobre o transtorno, a ilusão da percepção de cura frente a melhora dos sintomas iniciais e logo a interrupção do tratamento, são algumas das predisposições à baixa adesão (BORBA, 2018).

Este projeto estendeu-se ao trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da Escola de Saúde Pública do Paraná, a qual dispõe do município de Pinhais-PR como cenário de prática para atuação dos residentes. A estrutura da rede de saúde de Pinhais é composta pelos seguintes serviços, Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS II; Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS ad; Centro de Especialidades; Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas); Serviço de Remoção; Clínicas Odontológicas; o município conta também com 12 Unidades de Saúde distribuídas no território, USF Ana Nery, USF Esplanada, USF Jardim Karla, USF Maria Antonieta, USF Perdizes, USF Perneta, USF Tarumã, USF Tebas, USF Vargem Grande, USF Vila Amélia, USF Weissópolis, Unidade de Saúde da Mulher e da Criança.

A fim de contemplar a integralidade da pessoa com transtorno mental, este trabalho descreveu o processo de elaboração de um instrumento de apoio para a equipe de saúde no CAPS II do município de Pinhais-PR, na intenção de instituir estratégias de promoção a adesão terapêutica de psicofármacos e planificar ações de cuidado no decorrer do tratamento em saúde mental. Visto que mudanças exigem tomadas de decisões, a aplicação do autocuidado estabelece ao usuário uma análise do curso da sua terapêutica, com a intenção de impulsionar sua autonomia, importante pilar na adesão aos psicofármacos, respeitando sua individualidade, porém, responsabilizando por suas ações tomadas e desenvolvendo sua confiança para assim estabelecer novas práticas (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

1.1 JUSTIFICATIVA

No meu período de atuação como residente na área de saúde mental, experienciei cotidianamente os usuários do serviço realizarem o uso de psicofármacos. O enfermeiro neste aspecto desempenha a supervisão de toda a equipe de enfermagem tal qual a supervisão da medicação, participando semanalmente das reuniões multidisciplinares sobre a evolução do usuário que está fazendo o uso da medicação. Pude observar durante todo o período com os mesmos e com a equipe, as dificuldades acerca do medo da dependência, resistência ao uso, efeitos colaterais causados pelos psicofármacos e principalmente a dificuldade de entender cada medicação e sua desorganização em ambiente familiar, o que traduz a baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Notei igualmente o curso da adesão medicamentosa realizada por cada usuário acompanhado, com a expectativa de melhora e abandono do psicofármaco ou interrupção do tratamento quando percebe melhora e logo mais o desencanto e decepção quando acaba regredindo, procurando no profissional amparo, orientação e escuta em seus reinícios ao uso de psicofármacos.

Frente a este panorama, encaminhou-se o planejamento de uma pesquisa para elaborar um instrumento de adesão ao tratamento medicamentoso como ferramenta terapêutica para auxiliar pessoas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um instrumento de adesão ao tratamento medicamentoso como ferramenta terapêutica para auxiliar pessoas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Descrever o processo de elaboração do instrumento de intervenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II);
2. Identificar as limitações e os entendimentos do usuário em relação à terapêutica proposta, a partir de sua realidade e contexto em que vive no território, compreendendo suas necessidades biopsicossociais e instruindo os mesmos e seus familiares;
3. Estimular a adoção de estratégias de promoção a adesão terapêutica, por meio do autocuidado e/ou a responsabilidade do usuário, como forma de incentivar a autonomia à adesão ao tratamento de Saúde Mental, por meio da técnica dos 5 "A's"- avaliação, aconselhamento, pactuação, assistência e acompanhamento;
4. Discorrer sobre as potencialidades e fragilidades associadas à adesão e não adesão dos psicofármacos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil a partir do início dos anos 2000, a autonomia tornou-se um dos principais conceitos utilizados nas políticas de saúde. Ganhou-se esse direcionamento após a promulgação da Política Nacional de Humanização (PNH). “A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), e também pela publicação das portarias que regem a Política Nacional de Saúde Mental. Tendo em vista este panorama, foi possível o campo da saúde mental reconstruir o modelo de atenção que se atinha unicamente nas doenças por meio de práticas ambulatoriais, e passa a caminhar rumo a construção da autonomia entre usuários e trabalhadores em direção a ações preventivas e de promoção da saúde com centralidade no sujeito e sua singularidade (GASTÃO WAGNER CAMPOS, ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 2006).

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.7).

Quanto à autonomia, no contexto da reforma psiquiátrica, resultou em considerar os usuários capazes de partilhar as decisões sobre o próprio tratamento, incluindo até mesmo sobre o uso de seus medicamentos. Deve-se pensar autonomia não como uma independência de se viver sozinho ou um individualismo, a autonomia para a reforma significa o compartilhamento com os outros, e não de forma isolada. As decisões acerca de sua terapêutica não podem ser apenas opinadas pelos profissionais de saúde, elas devem ser compartilhadas. De acordo com os colaboradores da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) na qual é uma estratégia utilizada para aprendermos a cuidar do uso dos medicamentos, a autonomia é sempre construída na relação com o outro, incluindo os usuários como protagonistas e corresponsáveis em seu tratamento, em conjunto aos profissionais de saúde (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

O movimento da reforma psiquiátrica não objetivou meramente a desinstitucionalização da loucura através da extinção dos manicômios, e sim direcionou mudanças na assistência dessa população, que passaram a ser mais humanizadas, estimulando o desenvolvimento da autonomia, defendendo e protegendo os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico (MELO, 2012).

Dentre os diversos artigos, é notável que a adesão ao tratamento é de difícil conceituação. No decorrer do tempo, para se denominar o quanto o usuário tem seguido ao seu tratamento, vêm sendo utilizados diversos termos, entre eles a “aderência\adesão”. A OMS traz a definição constituída na literatura médica por *Haynes e Rand* tal qual diz “O grau em que o comportamento de uma pessoa, relacionado não só com a administração de medicamentos, mas também com o seguimento de uma dieta ou com as mudanças de estilo de vida e que corresponde às recomendações do médico ou de outro profissional de saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A falta de adesão ao tratamento já está em alta escala, e tem sido considerada por diversos autores como um problema de saúde pública, intitulada de “epidemia invisível”. Em saúde mental, o foco do tratamento não se mantém em torno da medicação, a adesão objetiva que o tratamento medicamentoso possibilite um controle maior da doença, minimizando a necessidade de inúmeras internações consecutivas e seja um auxílio no manejo dos sintomas psiquiátricos (SILVA et al., 2022).

A adesão ao tratamento está relacionada com a experiência do usuário frente aos medicamentos, de modo a tornar a adesão complexa pois é influenciada por diversos fatores. Acerca dos fatores mais comuns que podem influenciar a adesão ao tratamento encontram-se aqueles ligados ao usuário, como limitações cognitivas e funcionais, seu próprio conhecimento de saúde, conhecimento sobre as medicações, crenças, preocupações, baixa capacidade do indivíduo em compreender informações, além de fatores sociais e econômicos relacionados à falta de acesso aos serviços de saúde, ausência de suporte familiar e social, ligados ao tratamento em si: reações adversas, complexidade do regime terapêutico que engloba o número de doses e de comprimidos que necessitam ser ingeridos diariamente, horários das doses que por vez geram conflito com suas rotinas, duração e custo do tratamento e fatores relacionados ao sistema e a equipe de

saúde: negligência no acompanhamento e orientação aos usuários e seus familiares, problemas na aquisição e distribuição de medicamentos (BRASIL, 2016).

A não adesão estabelece uma dificuldade significativa para o tratamento, uma vez que o usuário não adere ao tratamento medicamentoso, acaba por desencadear um maior impacto na intensidade das crises, um aumento da frequência nos serviços, internações e reinternações, sobrecarregando o sistema de saúde como um todo, visto que, a baixa adesão está relacionada ao aumento na procura pelos serviços de emergência com uma piora dos transtornos mentais e comprometimento da qualidade de vida (BORBA, 2018).

É comum a pessoa com transtorno mental perpassar por momentos de recuo dos sinais e sintomas e manejo dos mesmos, intercalados a algumas situações de crise. Para minimizar este quadro, no final da década de 1940, iniciou-se um desenvolvimento da psicofarmacologia na saúde mental, todavia, dispondo deste mecanismo, qualquer sinal e sintoma de sofrimento psíquico passou a ser definido como uma patologia. O fato desta classe de medicação exercer um efeito “mágico” sobre o organismo, tornou-se “um meio de libertar-se das dores da própria essência humana, como uma forma de camuflar o sofrimento” (ALMEIDA et al., 2021, p.109). A terapêutica era unicamente a administração dos psicofármacos, promovendo o modelo manicomial de atenção à saúde, marcada pela abundância do uso de medicamentos, aumentando a medicalização (ALMEIDA et al., 2021).

Determina-se medicalização como sendo um processo no qual todos os problemas caracterizados como não médicos, passam a ser estipulados e tratados como problemas médicos, mantendo-se o arquétipo do paradigma biomédico, em que a saúde era alcançada pelo absentismo da doença. Este segmento corresponde à forma indiscriminada e exagerada da prescrição de psicofármacos, onde constrói-se a ideia de: Por que se permitir ter sentimentos indesejados que antes eram aspectos do cotidiano, se podemos nos medicar/automedicar? Com isso fica evidente a dependência à patologização (CAVALCANTE et al., 2021; SANTOS et al., 2019; ALMEIDA et al., 2021; FILARDI et al., 2021).

Em contrapartida, no Brasil, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica no final da década de 1970, desencadearam muitas mudanças, dentre elas, o processo das práticas assistenciais, os conceitos, o próprio modelo de atenção à saúde e também uma importante ressignificação da função dos psicotrópicos, nas quais as pessoas com transtornos mentais passaram a serem vistos por um modelo

biopsicossocial, considerando a pessoa como um todo, sendo em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A partir destas transformações, o uso dos psicofármacos passou a ser apenas um dos mecanismos em sua terapêutica e não o objeto central de seu tratamento, abrindo uma ampla visão do ser humano, diversificando as formas de tratamento, visando a inclusão social, a promoção de saúde e a reinserção social (CZARNOBAY, 2015).

A técnica dos 5 “A’s”, inserida no Manual do Profissional de Saúde-Autocuidado Apoiado, do município de Curitiba, pode ser uma importante estratégia para auxiliar na vinculação do usuário em seu processo de cuidado à saúde.

A sistematização deste processo pode favorecer a adesão das pessoas às mudanças necessárias ao seu estilo de vida. Para isso, a equipe de saúde pode se orientar pela Técnica dos Cinco “A’s” – avalie, aconselhe, acorde (pactue), assista e acompanhe. Esta técnica facilita o reconhecimento de como a pessoa está em relação a um comportamento-alvo como práticas corporais/atividade física e alimentação saudável, por exemplo. A partir deste reconhecimento, a equipe faz o aconselhamento, utilizando as estratégias mais efetivas, e apoia o autocuidado e o processo de mudança de comportamento centrado na pessoa, na sua disponibilidade e sua necessidade (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012, p.45).

Cotidianamente os profissionais de saúde orientam e instigam os usuários a tomarem o cuidado de si, desenvolvendo uma maior autonomia durante os atendimentos coletivos e individuais nos diferentes espaços do serviço, promovendo a participação e corresponsabilização neste processo. Neste quesito, a equipe multidisciplinar pode se guiar pela Técnica dos Cinco “A’s” ilustrada no quadro abaixo (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

QUADRO 1 - TÉCNICA DOS 5 “A’S”

INTERVENÇÃO	TÉCNICA
AVALIE	Avalie o conhecimento e as ideias da pessoa sobre seu estilo de vida e sua condição de saúde, assim como o grau de motivação e confiança para assumir comportamentos mais saudáveis.
ACONSELHE	Aconselhe por meio de abordagem motivacional e educação autodirigida. Forneça informação à medida que a pessoa relata o que sabe sobre sua condição e quais dúvidas têm sobre a mesma. Verifique o que ela entendeu das recomendações

	feitas, oriente e treine as habilidades necessárias para situações específicas.
ACORDE (PACTUE)	Estabeleça uma parceria com a pessoa para construir colaborativamente um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo. Avalie o grau de confiança em alcançar a meta, considerando o contexto.
ASSISTA	Dê assistência ao processo de mudança – auxilie no planejamento, na elaboração e adequação dos planos de ação; treine habilidades como a resolução de problemas, o automonitoramento e a prevenção de recaídas; avalie deslizes e recaídas; forneça material de apoio
ACOMPANHE	Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais, em intervalos curtos, elaborando com a pessoa as adequações do plano de ação e pactuando novas metas.

Fonte: Metodologia dos 5 “A’s” (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

Concomitantemente, durante a Técnica dos 5 “A’s” propõe-se a entrevista motivacional (EM), que emerge a fim de instrumentalizar tecnicamente o profissional, para que consiga sensibilizar e instigar um processo de transformação no usuário do serviço e desta maneira reduzir a probabilidade de retomar o padrão anterior de conduta (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

Os clínicos podem informar, aconselhar até advertir, mas, essencialmente, o paciente é quem decide o que fazer. Reconhecer e respeitar essa autonomia também é um elemento fundamental para facilitar a mudança do comportamento relacionado com a saúde. Existe algo na natureza humana que resiste a ser coagido e forçado a agir. Ironicamente, às vezes, o reconhecimento do direito e da liberdade do outro de não mudar é o que torna a mudança possível (ROLLNICK et al., 2009, p.23).

Induzir a mudança de comportamento das pessoas não é algo simples, é um movimento complexo que exige o manejo da equipe multiprofissional. As modificações nas práticas diárias são processos, e como tal, requerem um período de maturação, neste entendimento, entendeu-se que todo o processo de mudança e adoção de hábitos saudáveis, tais como, o autocuidado apoiado pelos usuários, não se instaura e se encerra em curto prazo.

A entrevista motivacional não é uma técnica que induz os usuários rumo a comportamentos que eles não desejam. Mudanças de comportamento não devem

ser impostas, elas necessitam ser refletidas e levam o tempo necessário de cada sujeito analisar sua necessidade de mudança. Tem como princípio a negociação e não o conflito, pretendendo fomentar a mudança de comportamento, auxiliando o usuário a lidar com sua ambivalência (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

A EM baseou-se em 4 objetivos e 5 princípios. O primeiro objetivo é trabalhar a ambivalência, quando o usuário apresenta conflitos no “querer e não querer” mudar, ao mesmo tempo em que o sujeito entende a necessidade de uma mudança em seu comportamento, mas acaba não agindo como tal. Não necessariamente é um mau sinal, deve ser compreendido pelo profissional e usado a favor de uma possível mudança. O segundo objetivo é trabalhar a responsabilização do usuário, fazendo com que o profissional não assuma a responsabilidade pelo seu tratamento, evitando situações como: “resolva meu problema de forma mágica, permanente e sem esforço pra mim” (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012), reforçando comportamentos negativos. O terceiro objetivo visa prevenir recaídas, apesar de fazer parte do processo de mudança, pode ser olhada de forma positiva, a trazer novas oportunidades de fortalecimento na decisão de mudar. O quarto e último objetivo é fortalecer o compromisso com a mudança, como exposto anteriormente, o processo de mudança não é algo repentino, e deve ser trabalhado continuamente pelos profissionais, criando um ambiente positivo que favoreça a mudança.

Quanto aos princípios, o primeiro refere-se à expressar empatia, realizar uma escuta qualificada, aceitando uma postura sem julgamento, por conseguinte seu segundo princípio é desenvolver discrepância, é importante na EM realizar uma avaliação sobre onde o usuário se encontra e aonde gostaria de chegar, este princípio se faz necessário para a conscientização das consequências do comportamento atual, e quais as mudanças necessárias para se alcançar esse objetivo. Quando o profissional argumenta decisões para a mudança do usuário, ele acaba decidindo por si e impondo novas condições, provocando atitudes de defesa, aumentando sua resistência contra as mudanças. No manual do autocuidado apoiado traz, que quando um usuário apresenta uma resistência muito forte frente ao seu tratamento, a estratégia utilizada pelo profissional deve ser revista, este seria o terceiro princípio da EM, evitar argumentação. O quarto princípio resulta em acompanhar a resistência, “fluir com a resistência ao invés de enfrentá-la”

(SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012), acompanhar o usuário em seu processo, sempre acolhendo e oferecendo novas percepções e perspectivas de seu tratamento, porém nunca impondo e confrontando. O seu último princípio é apoiar a autoeficácia, transmitir ao usuário a crença na possibilidade de mudança, acaba sendo um grande motivador no processo.

4. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um Projeto de Intervenção, onde visou uma estratégia educacional que possui ênfase no aperfeiçoamento da qualidade da atenção à saúde, representando uma oportunidade concreta com a intenção de elaborar um instrumento na perspectiva da vivência nos campos de atuação durante a residência, baseando-se nos problemas identificados durante o período de atividade, “ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo” (FREIRE, 1996, p.51), ressignificando o cuidado de saúde no contexto do município apoiado no SUS (RAMOS; HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, que buscou compreender o “como”. “Preocupa-se em entender os fenômenos a partir dos símbolos ou significados atribuídos a eles” (GUERRA, 2014, p.13), têm de serem compreendidos, respeitando seus valores, crenças e opiniões. Esta abordagem abrangeu a coleta e o uso de múltiplos materiais empíricos como: experiência pessoal, entrevista, história de vida, textos e produções culturais, diário de campo e históricos pessoais. Logo, permitiu-se uma vasta compreensão do assunto abordado (GUERRA, 2014).

O método aplicado se deu através da Pesquisa-Intervenção, que diz respeito a um método que “define seu plano de atuação entre a produção de conhecimento e a transformação da realidade” (ROSSI; PASSOS, 2014), na pesquisa-intervenção a vinculação entre o pesquisador, usuário e o fenômeno pesquisado “transforma-se em um aspecto crucial da produção de conhecimento, uma vez que determina os próprios caminhos da pesquisa” (AGUIAR; ROCHA, 1997).

4.2 LOCAL PESQUISADO

O local da pesquisa originou-se no Centro de Atenção Psicossocial -CAPS II no município de Pinhais- PR, no qual é vinculada a prática educacional para formação de especialistas pela Residência multiprofissional em Saúde Mental, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) - Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP). Conforme o último relatório emitido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Pinhais tem sua totalidade de

habitantes estimada em 134.788, com sua área territorial de 60.869 km² (IBGE, 2021).

A coleta de dados ocorreu no CAPS II que é direcionado para o atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. O CAPS II é indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

O serviço conta com uma equipe multiprofissional composta obrigatoriamente por profissionais de Enfermagem, Terapia Ocupacional, Assistência Social, Psicologia, Psiquiatria, Clínica médica, Administração e Artes. O equipamento de saúde de que se tratou no momento do estudo contava com enfermeira, médico clínico geral e psiquiatra, três psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem, dois instrutores de cursos livres, dois auxiliares de serviços gerais, coordenadora e psicóloga, assistente social e enfermeira residente em Saúde Mental.

As atividades realizadas no equipamento são grupos e oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, Projeto Terapêutico Singular (PTS), busca ativa, visita domiciliar, projetos de prevenção, reunião de família e encaminhamentos.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Usuários inseridos no CAPS II em tratamento, que apresentaram não adesão e/ou dificuldades acerca do uso de psicofármacos, selecionados a partir de demandas em reunião multiprofissional ou indicação pelo Terapeuta de Referência (TR). No total, foram indicados 13 usuários, entretanto, um deles compareceu ao atendimento e apenas no primeiro encontro.

4.4 PERÍODO DA COLETA DE DADOS

A pesquisa se desenvolveu nos meses de maio a dezembro de 2022, neste período a pandemia de Covid-19 (Sars-CoV-2), estava novamente voltando a ter uma maior atividade de casos confirmados pela mutação do vírus. Logo foram empregados protocolos de segurança, especificamente: uso de máscaras cirúrgicas disponibilizadas pelo serviço, distanciamento de dois metros entre as cadeiras, higienização das mãos e disponibilização de dispensers de álcool e ambiente arejado.

4.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

O período da coleta se deu no serviço após a aprovação do comitê de ética, através do parecer: 5.782.823 . No primeiro momento realizou-se o contato com a equipe multidisciplinar, informando sobre o início da pesquisa- intervenção e a solicitação de seleção de usuários, a partir de demandas em reunião multiprofissional ou indicação pelo Terapeuta de Referência (TR).

Após a seleção dos usuários realizou-se o convite dando início aos três encontros baseados na técnica dos 5 "a 's", sendo o primeiro encontro, a partir da AVALIAÇÃO, na qual a estruturação e desenvolvimento do Plano de Autocuidado Apoiado constitui-se pela avaliação do que é importante para o usuário, e é fundamental o reconhecimento de onde o mesmo se encontra no processo de mudança e o que ele almeja para o seu futuro. A partir daí fica mais claro para o usuário quais os comportamentos necessários para tal mudança, apoiada pelos profissionais.

O participante que aceitou participar da pesquisa, foi entrevistado, mediante um roteiro semiestruturado realizado pela pesquisadora, (APÊNDICE 1), no qual as perguntas referiam-se ao uso de medicamentos.

As respostas foram analisadas em conjunto com as informações referentes a adesão aos psicofármacos, extraídas por meio das reuniões de equipe, avaliações multiprofissionais registradas em prontuário e diário de campo.

A proposta do segundo atendimento, seria realizar o ACONSELHAMENTO, pautado na Entrevista Motivacional, em que o profissional poderá abordar conversas produtivas sobre as condições de saúde e seu estilo de vida, esclarecendo dúvidas, fornecendo informações e materiais sobre sua terapêutica medicamentosa e verificando o grau de entendimento do usuário frente às informações. Nesta etapa foi elaborado um instrumento para auxiliar na adesão terapêutica, uma tabela de medicação simplificada, objetiva e com uma linguagem acessível para transmitir ao usuário as informações necessárias. Em conjunto com a tabela foi produzido uma página de anotações, nela o usuário poderá descrever como tem se sentido no período em que está fazendo o uso dos medicamentos, se houve algum dia que deixou de tomar ou tomou a mais, em outra parte poderá relatar em que os medicamentos têm ajudado ou se tem atrapalhado, logo na mesma página foi questionado como o usuário poderia lidar com as dificuldades apresentadas e quem ele poderia buscar para ajudá-lo, desta forma o usuário poderá trazer para a equipe

pontos positivos sobre o tratamento e pontos que devem ser ajustados e trabalhados pela equipe multidisciplinar.

Após o aconselhamento, poderá ser realizado o plano de ação onde deve haver uma PACTUAÇÃO (ACORDE), no qual o profissional e o usuário combinam quais os comportamentos e atividades que ela passará a assumir nos próximos dias, nesta fase o profissional não deve ser autoritário e impor atividades, e sim acordar ações em conjunto auxiliando o mesmo.

O terceiro e último, se dará pela ASSISTÊNCIA, o profissional deve prestar assistência a construção do plano de ação, neste contexto deve ser levado em consideração o modo de vida do usuário, procurando ter metas realistas e dialogando sobre os recursos necessários, rede de apoio, situações que possam vir a atrapalhar e incentivando a autonomia e a resolução de problemas. Neste mesmo atendimento, será necessário ACOMPANHAR seu processo desde o primeiro encontro até o momento atual e se possível após a aplicação da intervenção, elaborando junto ao usuário adequações ao plano de ação caso necessário e pactuando novos objetivos.

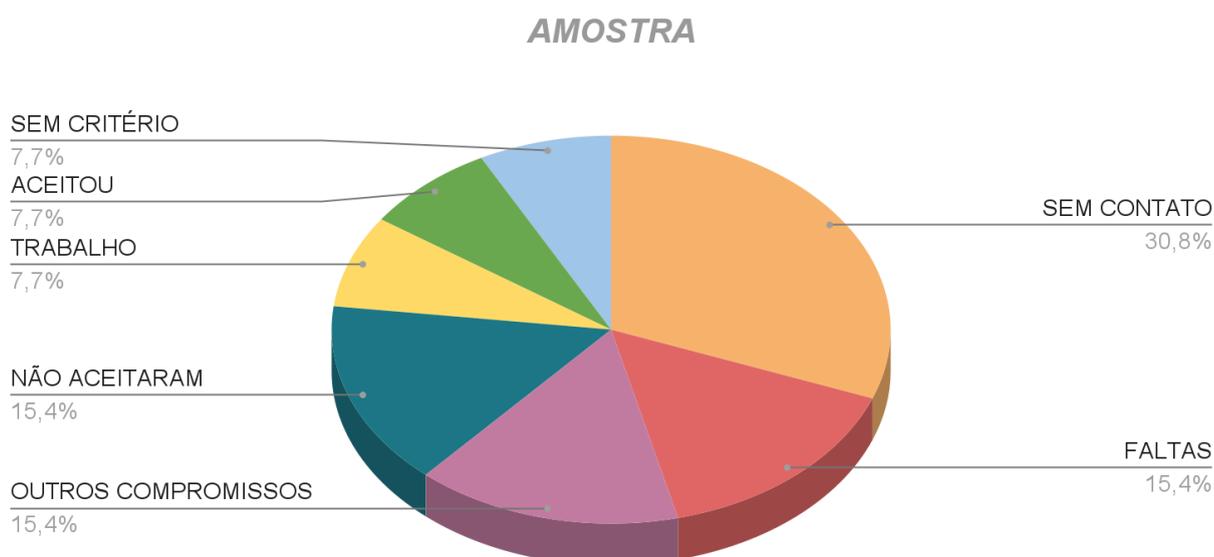
4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aguardou a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente. Após a aprovação, a pesquisadora solicitou à equipe multiprofissional do CAPS II, indicação de usuários que apresentaram não adesão e/ou dificuldades acerca do uso de psicofármacos e estes foram convidados a participar dos atendimentos através de contato telefônico. Ao usuário que aceitou participar da pesquisa realizou-se a leitura conjunta do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), somente após a assinatura deste documento deu-se início aos procedimentos de coleta. Foi garantido o sigilo e a privacidade quanto à identidade do participante, sendo identificado pelas iniciais de seu nome, e o material coletado será mantido em local seguro pela pesquisadora no período de cinco anos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 13 usuários selecionados e indicados, oito desses foram elencados, no primeiro contato com a coordenadora local do serviço e da equipe. Desses oito, foi possível contato com apenas cinco usuários, dos quais apenas quatro puderam comparecer ao CAPS II para o atendimento inicial. Dos quatro usuários que confirmaram presença no primeiro encontro, três foram, e apenas um usuário aceitou participar dos atendimentos. Em contato novamente com a equipe, foram solicitados novos usuários para estarem participando da pesquisa, foram indicados cinco novos usuários, dos quais foi possível contato com apenas quatro, sendo que dois não puderam comparecer ao serviço no dia, e os outros dois participantes que confirmaram presença, apenas um compareceu para atendimento, sendo que no momento da entrevista não apresentou critérios para inserção. Infelizmente, pelo breve período de pesquisa não foi possível dar continuidade a busca por mais usuários, tendo que proceder a pesquisa com apenas um único usuário.

GRÁFICO 1 - AMOSTRA DE USUÁRIOS



Fonte: Dados da Pesquisa, 2023. Elaborado pela autora.

Observou-se que dentre os treze usuários indicados a participar da pesquisa, dez eram mulheres. Estudos na área têm demonstrado que os homens apresentam menor risco de interromper o uso de medicamentos, e que as mulheres estão mais associadas à não adesão (KOOIJ et al., 2023).

No primeiro encontro, LC se encontrava muito agitado, para uma maior compreensão e coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada (ANEXO 1), porém mesmo assim o usuário pulava algumas questões ou não respondia. Durante o atendimento, segurava um terço em sua mão, utilizava um boné com a escritura: gênese e uma blusa escrito fé, também cantarolava hinos sacros.

Dentre as características sociodemográficas do participante, são elas: sexo masculino, sendo a idade 48 anos, solteiro. O entrevistado possuía ensino fundamental incompleto, no momento da coleta de dados o usuário estava afastado de suas funções laborais.

Quanto à percepção em relação à sua saúde, LC percebia seu estado de saúde como bom, evidenciou-se que o entrevistado não sabia informar o seu diagnóstico de transtorno mental, os nomes de seus medicamentos e para que são indicados, apresentou confusão quanto aos horários e doses prescritas.

No que se refere às características clínicas, os dados sobre o diagnóstico de transtorno mental foram coletados no prontuário do participante, sendo CID F20 (esquizofrenia paranóide), CID 10 F31.7 (Transtorno afetivo bipolar) e não descartado F25 (transtornos esquizoafetivos). Em relação ao tempo de diagnóstico e o período de uso dos psicofármacos variou entre 7 a 10 anos. Em relação a quantidade de medicamentos prescritos eram 8 comprimidos, risperidona 2mg (1-0-1), biperideno 2mg (1-1-0) , ácido valproico 500mg (1-1-1), diazepam 5mg (0-0-1) se insônia ou agitação, além de tomar a cada 15 dias haloperidol decanoato 50mg/ml injetável.

Ao perguntar ao entrevistado se existiam benefícios no uso das medicações na sua opinião, afirmou ter sentido alguma mudança positiva no seu estado geral, pois se sentia mais calmo. Entretanto referiu que por diversas vezes quando se sentia agitado, aumentava a dose dos psicotrópicos sozinho sem consultar um profissional, e que desta forma ficava por diversas ocasiões sem a medicação durante o restante dos dias, sobre os efeitos colaterais, ao seu ver, referiu sentir algo desagradável como enjojo.

LC necessitava de ajuda em relação aos horários e doses dos medicamentos, é pouco auxiliado por familiares, desta forma todos os medicamentos eram fracionados e dispensados no CAPS II semanalmente pela equipe de enfermagem, o mesmo indicou que além da medicação, participava de outras atividades (oficina terapêutica) para o tratamento do transtorno mental, uma vez na semana, contudo apresentava muitas faltas.

Quando questionado sobre quais eram seus objetivos fazendo tratamento no CAPS II, o participante segue dizendo: “quero sarar, melhorar, peço muita oração pra Deus, rezo no celular e quero me curar com muita fé em Deus” (LC).

Com seu histórico previamente coletado, foi sugerido para o segundo encontro o aconselhamento e o fornecimento de material sobre sua terapêutica medicamentosa. Durante a pesquisa, foi desenvolvida uma tabela com as medicações mais utilizadas do CAPS II, indicados pela enfermeira (APÊNDICE 2). Nesta tabela estão distribuídos 27 fármacos, descritos em sua farmacologia, indicações, reações adversas comuns, contraindicação, para posteriormente de forma clara, objetiva e com uma linguagem acessível transmitir ao usuário.

A partir desta tabela realizada para os profissionais de saúde, foi elaborado com base no primeiro atendimento, um instrumento para auxiliar na adesão terapêutica, contendo a tabela de medicações do usuário e espaço para anotações (APÊNDICE 3), em que poderia ser utilizada como base para o plano de cuidados e discussão para elaboração de novas metas. Não foi possível realizar o segundo encontro pois o usuário não compareceu.

Foi realizado contato com o usuário e um familiar, a fim de convidá-los para continuar os atendimentos, ambos afirmaram que viriam, porém não compareceram. Havia sido planejado para a terceira semana realizar a assistência e o acompanhamento necessário neste processo.

Identificou-se com esta pesquisa, duas categorias que emergiram da análise de prontuários, contato prévio e entrevistas realizadas. A primeira categoria seria “Potencialidades para a adesão ao uso de psicofármacos”, na qual foram identificadas cinco causas que podem favorecer a adesão ao uso dos psicofármacos pelo usuário com transtorno mental, sendo elas: Comunicação efetiva, atendimento da equipe multiprofissional, fé e espiritualidade, medicação supervisionada e o sentir-se melhor.

A segunda categoria identificada foi “Fragilidades para a adesão ao uso de psicofármacos”, onde foram identificadas cinco causas atribuídas como atenuantes para a não adesão sendo elas: Falta de apoio familiar, efeitos colaterais, falta de comprometimento, fanatismo religioso e o sentir-se melhor.

QUADRO 2 - Potencialidades e Fragilidades para a adesão e não adesão ao uso de psicofármacos

Potencialidades para a adesão ao uso de psicofármacos	Fragilidades para adesão ao uso de psicofármacos
Comunicação efetiva	Falta de apoio familiar
Atendimento da equipe multiprofissional	Efeitos colaterais
Fé e espiritualidade	Falta de comprometimento
Medicação supervisionada	Fanatismo religioso
Sentir-se melhor	Sentir-se melhor

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023. Elaborado pela autora.

Na categoria destacada como “Potencialidades para a adesão ao uso de psicofármacos”, a medicação supervisionada já havia sido relatada pela equipe como facilitador para a adesão ao tratamento medicamentoso, com entrega semanal, sendo realizada uma breve avaliação pela equipe de enfermagem, a supervisão e o controle da dosagem, fazendo com que facilitasse ao usuário o uso regular do psicofármaco.

A comunicação efetiva com uma linguagem acessível é de grande valia, visto que a utilização de uma comunicação pautada apenas em saberes técnicos e científicos, se torna muito restrita e contribui para uma assistência fragmentada com a valorização da técnica sobre a humanização. A comunicação de forma acessível possibilita ao usuário ressignificar a terapia medicamentosa, pois ao entender um pouco mais sobre os fármacos prescritos, sua adesão ao tratamento se torna significativamente melhor, além de incentivar a corresponsabilidade e a participação nas decisões acerca de seu tratamento (LIMA et al., 2021).

Emergiu durante a entrevista, o valor da equipe multiprofissional pelo usuário, no qual possibilitou um ambiente de fala para o mesmo. Estudos realizados na área, tem apresentado que o trabalho da equipe multiprofissional é a junção de saberes e práticas das áreas disciplinares que compõem a equipe, trazendo profissionais mais abertos com perspectivas de diferentes posições conforme sua área de atuação, que garante uma visão mais ampla sobre o sujeito. Os dados comprovam que o valor atribuído à prática da equipe multiprofissional, pensando no espaço de fala, na interação e no vínculo que se cria com o usuário, refletem positivamente sobre a adesão do uso dos psicofármacos (JAFELICE et al., 2022).

Outro cuidado mencionado pelo participante se relacionou à realização da dispensação de medicação, na qual verbalizou que os profissionais de enfermagem fazem a dispensação semanal dos medicamentos, onde já expressou que ele próprio alterava a dose quando se sente nervoso, neste caso o usuário não possui apoio familiar para a supervisão e a manutenção do uso regular em casa. Conforme Fortes et al. (2014), a realização da administração da medicação supervisionada, é destinada ao usuário que possui dificuldade na auto administração dos psicofármacos. A estratégia da medicação supervisionada não abrange somente a saúde mental, esta prática é comum em outras áreas, especialmente no tratamento da tuberculose, denominada Dots (*Directly Observed Treatment Short-course*), que tem por finalidade incentivar a adesão.

Na segunda categoria denominada “Fragilidades para adesão ao uso de psicofármacos”. O participante relatou que o efeito colateral proveniente do uso dos psicofármacos, é um fator que contribuiu para a não adesão, uma vez que interfere em atividades rotineiras do dia a dia.

As reações adversas dos psicofármacos influenciam diretamente na adesão terapêutica, apesar das causas de rejeição do uso serem distintas de acordo com cada indivíduo, os medicamentos são recursos dos quais o usuário de transtorno mental não deseja necessitar, em consequência de que não anulam de modo permanente os sofrimentos ocasionados, suscitam efeitos colaterais e estampam a reafirmação do transtorno (FERREIRA, 2015).

Quando o usuário não observa melhora significativa em seu estado de saúde, o leva a crer na ineficácia do psicofármaco, inclinando o usuário a interromper o uso do mesmo. De outro modo, quando o usuário observa uma melhora em sua

qualidade de vida juntamente com a diminuição dos sintomas, acaba por fortalecer a adesão à terapêutica, visto que o desejo pelo bem estar se sobressai.

Por outro lado, a literatura descreve que o “sentir-se bem”, decorrente do uso regular dos psicofármacos é também um coeficiente de abandono ao tratamento, dado que para alguns usuários os efeitos benéficos causados pelo uso correto, faz com que presumem que estão “curados”, uma vez que notem a ausência de sintomas, acabam por não perceberem a necessidade de prosseguir com a terapêutica, contribuindo para não adesão (NICOLINO et al., 2011).

A questão espiritual e religiosa esteve presente em boa parte da fala do usuário, denotando a importância dela sobre seu estado de saúde atual, cabe considerar o impacto que a espiritualidade, religião, religiosidade e fé refletem na saúde individual e coletiva. Associado com esta perspectiva, a literatura enfatiza que nos últimos anos, houve uma valorização da espiritualidade e religiosidade na atenção psicossocial, haja visto que auxilia o usuário a manejar situações de ansiedade, frustrações, tristeza, irritabilidade e isolamento, minimizando o sofrimento que engloba o corpo, mente e espírito (MURAMAKI; CAMPOS, 2012).

Destaca-se em estudos, que as crenças religiosas e a espiritualidade são utilizadas pelos usuários para lidar com o estresse que a doença mental lhe causa, obtendo uma maior compreensão sobre seu estado de saúde atual, resultando em uma maior aderência ao uso dos psicofármacos.

É importante valorizar a crença dos usuários em tratamento, mas cabe enfatizar como uma fragilidade que contribui para não adesão à terapêutica medicamentosa, o fanatismo religioso. As promessas e discursos de cura em nome de Deus, podem refletir significativamente no percurso do tratamento, podendo o usuário construir e depositar uma confiança extrema em líderes religiosos, que impõem valores e crenças fazendo da religião um instrumento de manipulação, sendo por muitas vezes o usuário um codependente, incapaz de impor limites, de forma a desfigurar a realidade com um discurso religioso autoritário, em que não há trocas, sendo a voz do líder soberana e indiscutível, não podendo ser questionada, e quando isso acontece, o usuário por vezes deixa de seguir sua prescrição medicamentosa e até mesmo de frequentar serviços de saúde (SIMÕES, 2017).

Foram mencionados pelos profissionais do CAPS II em diversas evoluções de: reuniões técnicas, visitas domiciliares, projetos terapêuticos singulares e em atendimentos individuais, a falta de apoio familiar de LC. Na conjunção da saúde

mental, a família exerce um papel importante, por esta razão os projetos terapêuticos incluem a família ou a rede de suporte do usuário.

No caso descrito, LC possuía muita dificuldade no entendimento sobre suas medicações, dosagens e horários, necessitando do auxílio de um familiar para a manutenção do uso regular. Para tanto é imprescindível que o familiar ofereça apoio e que tenha o mínimo de conhecimento e entendimento sobre a terapêutica de seu ente para que este auxílio seja eficiente. Nas circunstâncias, LC não possuía apoio familiar no processo de adesão. Consequentemente, a falta de apoio familiar, contribuiu para a baixa adesão ao uso dos psicofármacos, há pouca motivação e incentivo na continuidade de seu tratamento e não eram capazes de auxiliar e supervisionar a administração dos medicamentos, sendo o CAPS responsável pela sua dispensação e supervisão indireta.

É preocupante observar que 93,3% dos usuários selecionados e indicados para a realização desta pesquisa- intervenção, não aderiram a ela. A falta de adesão ao tratamento e à terapêutica medicamentosa, pode provocar a intensificação dos sintomas, além do mais quando não identificada pela equipe multiprofissional, a não adesão pode comprometer a saúde e segurança do usuário em tratamento, visto que, repercute em ajustes indevidos da medicação, tal como o aumento da dosagem e até mesmo a substituição do psicofármaco frente a imaginável não efetividade da medicação prescrita anteriormente, que de fato, não foi utilizada de forma correta (VEDANA et al., 2013).

Foi identificado como limitações para este estudo, o fato de não ter sido possível concluir todas as etapas planejadas, para atingir o objetivo da elaboração do instrumento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo investigou a adesão ao uso dos psicofármacos, identificando potencialidades e fragilidades em função do uso dos mesmos, visto que o usuário em sua terapêutica depara com incontáveis circunstâncias que podem vir a contribuir tanto para a adesão quanto para a não adesão ao uso dos psicofármacos.

As dificuldades vivenciadas pelos usuários com transtorno mental expõem a importância da equipe multiprofissional, neste contexto, a equipe deve estar apropriada, motivada e conscientizada, a fim de planejar o cuidado de acordo com a individualidade e especificidade de cada usuário e exercer a educação em saúde, ampliando as perspectivas de adesão ao tratamento. Para além disso a equipe, pode também levantar novos questionamentos e debater sobre o modo de tratamento que é ofertado, refletindo nesta baixa adesão.

O estudo suscitou relevantes contribuições para a prática clínica e pesquisa em saúde mental ao mostrar fatores que fragilizam e potencializam o seguimento da terapêutica medicamentosa. A comunicação efetiva, o atendimento da equipe multiprofissional, a fé e espiritualidade, medicação supervisionada e o sentir-se melhor se destacaram como potencialidades a adesão, em contrapartida a falta de apoio familiar, os efeitos colaterais, a falta de comprometimento, o fanatismo religioso e novamente o sentir-se melhor foram identificados como fragilidades à adesão.

Diante da dificuldade da adesão ao uso dos psicofármacos por usuários com transtorno mental, o presente estudo pode propor um instrumento que visou apoiar os profissionais que atuam na saúde mental e aos usuários no seguimento de seu tratamento. Evidenciou-se a importância de estudos voltados à adesão que auxiliem o profissional, avaliando novas estratégias para a educação, monitoramento e motivação para o uso regular. Além disso, os profissionais devem estruturar ações estratégicas como a educação em saúde aos usuários, tal qual a integração dos familiares neste processo a fim de diminuir as adversidades apresentadas e a equipe conseguir manter um vínculo maior com o usuário, promovendo uma maior adesão ao tratamento.

A complexidade da temática, a carência de estudos e a baixa disponibilidade de instrumentos que venham a auxiliar a atuação da equipe multidisciplinar sobre a

adesão aos psicofármacos, são um problema que merecem novos estudos na área que resultem em novas concepções e olhares.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F. e ROCHA, M. L. **Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política**. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política, nº 3/4, 1997, pp. 87-102.

ALMEIDA, Lidiane Mendes de. **USO ABUSIVO DE PSICOFÁRMACOS E O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA PREVENÇÃO DA MEDICALIZAÇÃO**. Revista Saúde & Ciência online, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 109-123, 1 ago. 2021. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/390/449>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BARONE, Mark *et al.* **LINGUAGEM IMPORTA!**: Atualização de Linguagem para Diabetes, Obesidade e outras Condições Crônicas de Saúde. [S. l.]: FórumDCNTs, 2022. 20 p. Disponível em: <https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Linguagem-Importa-2022.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A realidade imposta pela pandemia pode gerar transtornos mentais e agravar quadros existentes**: novos termos, como “definhamento” e “fadiga pandêmica”, ajudam a explicar o momento atual. Confira dicas e estratégias de enfrentamento e cuidado. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/outubro/realidade-imposta-pela-pandemia-pode-gerar-transtornos-mentais-e-agravar-quadros-existent#:~:text=Segundo>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde : **adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 52 p

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **DADOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**. BRASIL, setembro 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf. Acesso em: 29 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 30 dez. 2011. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm. Acesso em: 05 de Agosto de 2022.

BORBA, Letícia de Oliveira *et al.* **Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, [S. l.], p. 1-10, 31 jan. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7b7JHCXthM4FkPTBHwTxPLf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jun. 2022.

CAVALCANTE, Jaciane Araújo *et al.* Medicalização da saúde mental: **Análise das prescrições de psicofármacos em um serviço de atenção psicossocial**. Revista Cereus, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 74-85, 4 mar. 2021. Disponível em :<http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3324/1751>. Acesso em: 10 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil) (ed.). **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**. Brasília: MC&G Design Editorial, 2022. 152 p. ISBN 978-65-89369-15-8. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/07/crepop_CAPS_web.pdf. Acesso em: 6 out. 2022.

CZARNOBAY, JULIANA. **ADESÃO AO USO DE PSICOFÁRMACOS PELO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO**. 2015. 94 p. Dissertação (Pós Graduação em Enfermagem) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, Curitiba, 2015. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/41793/R%20-%20D%20-%20JULIANA%20CZARNOBAY.pdf?sequence=2>. Acesso em: 4 maio 2022.

FILARDI, Agnes Fonseca Ribeiro *et al.* **Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família**. Rev. Latinoam. Psicopat , São Paulo, v. 24, n. 2, p. 421-445, 1 jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/HHhxq4cFZwzxYTzjKVkp3vy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

FERREIRA, ALINE CRISTINA ZERWES. **A COMPLEXA VIVÊNCIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL NO USO DE PSICOFARMACOS**. 2015. Dissertação (Pós Graduação em Enfermagem) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, [S. l.], 2015.

FIOCRUZ. **Resultados da CONVID. Pesquisa de comportamentos**: efeitos no estado de saúde. Efeitos no estado de saúde. 2020. Disponível em: https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=estado_saude. Acesso em: 15 maio 2022.

FORTES, S. *et al.* **Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 76 p.

GASTÃO WAGNER CAMPOS, ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 2006. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão**. Publicado em Tratado de Saúde Coletiva; Editora Hucitec/Fiocruz; organização Campos, GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Júnior, M; Carvalho, YM. - 2006.

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et AL. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pinhais/panorama>. Acesso em: 12/10/2022.

JAFELICE, Giovana Telles *et al.* Potencialidades e desafios do trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, 1 Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil., v. 18, n. 1, p. 17-25, 1 jan. 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/cintia.rozario/Downloads/198687-Texto%20do%20artigo-559628-1-10-20220608.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2023.

Kooij JJ, Rösler M, Philipsen A, Wächter S, Dejonckheere J, van der Kolk A, van Agthoven M, Schäuble B. Predictors and impact of non-adherence in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder receiving OROS methylphenidate: results from a randomized, placebo-controlled trial. BMC Psychiatry. 2013 Jan 24;13:36. doi: 10.1186/1471-244X-13-36. PMID: 23347693; PMCID: PMC3577504.

(KOZMA; REEDER; SCHULZ, 1993; WHO, 2003a; CAPRARA; RODRIGUES, 2004; CORRER et al., 2009; DEAN et al., 2010; GELLAD et al., 2011; GLOMBIEWSKI et al., 2012).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf

LIMA, Fernando Conceição de *et al.* COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO INTERPESSOAL DO USUÁRIO. Revista Científica de Enfermagem, São Paulo, v. 11, n. 34, p. 78-87, 16 abr. 2021. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/393/396>. Acesso em: 6 jan. 2023.

MARTINS, Meire Chucre Tannure *et al.* **SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda., 2011. 491 p.

MELO, Anastácia. **APONTAMENTOS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, ano 2012, v. 8, n. 9, p. 84-95, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68692/41361>. Acesso em: 6 dez. 2022.

MELLO, Inaiá Monteiro. **ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E DE SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA**. São Paulo: Atheneu Ltda, 2008. 288 p. ISBN 978-85-7379-977-4.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanizacao PNH. 1. ed. Brasília - DF: [s. n.], 2013. 16 p. v. 1. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 1 jun. 2022.

MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de *et al.* Cotidiano da enfermagem psiquiátrica no hospital geral: perspectiva dos profissionais de saúde. **Unopar Cient., Ciênc.** Acesso em: 10 abr. 2022.

MIRANDA, GLÁUCIA *et al.* **PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO DA CONTRATUALIDADE: GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO EM UM CAPS-AD.** Orientador: Prof^a. Orientadora: Luciana Elisabete Savaris. 2021. 59 p. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Saúde Mental) - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ, Curitiba, 2021.

Biol. Saúde, Londrina, v. 2, n. 1, p. 1-17, out. 2000. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/cotidiano_da_enfermagem_psiquiatria_no_hospital_geral.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.

MURAMAKI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012.

NICOLINO, Paula Silva *et al.* Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 708-15, 6 maio 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/yqdddGGSy3H5S4LyNhSbfdB/abstract/?lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2023

OPAS. Pan American Health Organization,. **Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations.** Elsevier Ltd, Washington, ano 2022, v. 5, p. 1-10, 25 nov. 2021. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2667193X21001149?token=A9ECB179F4649CBA44C26CA5B9621A73CDD914D83BCA449DAF1C8C48DE091F8605805424409959AE31A15B88B8171310&originRegion=us-east-1&originCreation=20220602172710>. Acesso em: 2 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 19 abr. 2022.

PINHAIS. **DECRETO Nº 310/2022 nº 310/2022, de 29 de março de 2022.** A PREFEITA MUNICIPAL DE PINHAIS, no uso da atribuição que lhe confere o art. 58, inciso V da Lei Orgânica, D. Pinhais: Diário Oficial do Município de Pinhais, n. 1192, p. 30-31, 29 mar. 2022.

RAMOS, Leila; : HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS; MINISTÉRIO DA SAÚDE,. **Curso de especialização em Gestão da Vigilância Sanitária: Projetos de Apoio ao SUS.** Biblioteca Dr. Fadlo Haidar Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, p. 1-70, 2017.

ROLLNICK, Stephen *et al.* Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde: Ajudando pacientes a mudar de comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009. 214 p.

ROSSI, A.; PASSOS, E. **Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil**. Revista Epos, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.156-181,2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epos/v5n1/09.pdf>: Acesso em: 10 jun. 2022.

SANTOS, RAYSSA BECCHI DOS *et al.* **COMPREENDO O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO CONTEMPORÂNEA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**. Latin American Journal on Health & Social Psychology, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 22-37, 2 maio de 2019. Disponível em: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2849/3178>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. AUTOCUIDADO APOIADO: MANUAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE. 1. ed. Curitiba: [s. n.], 2012. 92 p. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2018/08/Autocuidado-Apoiado.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2022.

SILVA, NATIELE ARAÚJO DA *et al.* **ADESÃO AO TRATAMENTO EM DOENÇAS CRÔNICAS: INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, [S. l.], v. 32, n. 2, p. 125-130, 2 jun. 2022. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201004_093342.pdf. Acesso em: 14 jan. 2023.

SIMÕES, Lidiane da Silva Lima. RELIGIOSIDADE E PSICOLOGIA: A RELIGIÃO COMO ELEMENTO PROMOTOR PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. Revista In Totum, Faculdade Unida de Vitória, v. 4, n. 2, p. 163-165, 9 fev. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/cintia.rozario/Downloads/wallace0219,+40+-+Lidiane+da+Silva+Lima+Sim%C3%B5es.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

VEDANA, Kelly Graziani Giacchero *et al.* Agindo em busca de alívio: enfrentamento da esquizofrenia e dos incômodos ocasionados pelo tratamento medicamentoso. Cienc Cuid Saude, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 365-374, 1 jun. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-735597>. Acesso em: 16 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2021 (Geneva). **World Health Organization 2021**. Mental Health Atlas 2020. Geneva: World Health Organization 2021, 2020. Atlas.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003). Adherence to long-term therapies : evidence for action. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Há quanto tempo você usa medicamentos psicotrópicos?
2. Você é responsável pelo uso e armazenamento de seus remédios ou outra pessoa fica responsável?
3. Você sabe os nomes de seus medicamentos?
4. Você sabe para que são indicados os medicamentos que toma?
5. Existem benefícios, na sua opinião, que o medicamento te traz? Quais?
6. Existem efeitos indesejados, na sua opinião, que o medicamento te traz? Se sim quais?
7. Quando sente-se bem, você às vezes para de tomar seus medicamentos psicotrópicos?
8. Você já parou de tomar seus medicamentos ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
9. Durante a última semana, você se esqueceu ou deixou de tomar os medicamentos?
10. Você conversa com o (a) médico(a) que lhe prescreveu, sobre os efeitos de sua medicação?
11. Você tem dificuldades em cumprir os horários das medicações?
12. Você interrompe o uso dos medicamentos em algum momento? Por quais motivos?
13. Você já ingeriu medicamentos em uma quantidade acima do recomendado pelo (a) médico (a)?
14. Foi oferecido no CAPS II outra forma de tratamento, além da medicação? Se sim, qual?
15. Existem espaços para que você possa falar como se sente sobre seu tratamento e os objetivos que quer alcançar dentro dele?
16. Quais são seus objetivos fazendo tratamento no CAPS II?
17. Tem alguma preocupação em tomar os medicamentos?

APÊNDICE 2 - TABELA DE MEDICAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS

MEDICAMENTO	FARMACOLOGIA	INDICAÇÃO	REAÇÕES ADVERSAS COMUNS	CONTRAINDICAÇÃO	PRECAUÇÃO	TABELA - FUNÇÃO
ÁCIDO VALPROÍCO (depakene) Estabilizador de Humor Anticonvulsivante	Após a ingestão, é rapidamente absorvido e atinge pico de concentração em 1 a 4 horas, costuma-se observar melhora em torno de 21 dias	Transtorno de humor bipolar Episódios de mania	Diarreia Tremor Sedação Perda de cabelo Ganho de peso	Insuficiência hepática Doenças do ciclo da ureia Gravidez	<p>1-Administrar a medicação junto com um alimento, para diminuição dos efeitos colaterais (náuseas, irritação).</p> <p>2-Os efeitos colaterais mais comuns (gastrointestinais) desaparecem depois das primeiras semanas de uso.</p> <p>3-Suspender o fármaco caso suspeita de gravidez</p> <p>4-Evitar uso de álcool, há potencialização do efeito depressor do SNC</p> <p>5-Risco de hepatotoxicidade: fadiga, anorexia, náuseas, vômitos e icterícia</p> <p>6-Risco de pancreatite: dor abdominal, náuseas, vômitos e diminuição do apetite</p> <p>7-Ficar atento ao ciclo menstrual, pois o uso pode lavar a desenvolver a SCP (síndrome do ovário policístico), obesidade</p> <p>8-No caso de mulher em idade fértil, assegurar o uso de um método anticoncepcional confiável durante todo o tratamento</p>	Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza e regular o humor durante o dia.
AMITRIPTILINA antidepressivo	Meia vida de 21 horas, sendo assim pode ser administrada em dose única à noite, por ser sedativa. Sua ação antidepressiva pode demorar de 4 a 6 semanas	Depressão Enurese noturna Dor crônica (incluindo enxaqueca)	Boca seca Constipação intestinal Sedação Tontura Ganho de peso	Depressão bipolar sem o uso de estabilizador do humor Ileo paralítico Infarto agudo do miocárdio recente	<p>1-Alerter que a amitriptilina pode causar hipotensão, que é mais grave pela manhã. Orientar para que se levante devagar e em etapas: primeiro sentando-se durante 1 a 2 minutos, só assim levantar com calma;</p> <p>2-Lembrar que pode reduzir os reflexos e a atenção. Tomar cuidado com atividades que exijam reflexos rápidos (manejo de máquinas perigosas, condução de carro em alta velocidade);</p> <p>3-Esclarecer que em geral os efeitos colaterais tendem a desaparecer depois de 2 a 4 semanas de início do uso;</p> <p>4-A amitriptilina pode conduzir um agravamento dos sintomas psicóticos e esquizofrênicos.</p>	Regular o humor, diminuir a tristeza e proporcionar ânimo para agir.

<p>ARIPIPRAZOL Antipsicótico</p> <p>Antipsicótico, atinge seu pico máximo de 3 a 5 horas após sua ingestão. A alimentação não interfere em sua absorção, embora possa retardar em 3 horas a concentração máxima. Sua concentração estável é atingida após 14 dias de administração</p>	<p>Esquizofrenia Transtorno esquizofrênico Transtorno de humor bipolar; quadros maníacos e mistos no tratamento agudo e de manutenção</p>	<p>Agitação Ansiedade Constipação Sonolência Ganho de peso Insônia acalúsia</p>	<p>Hipersensibilidade ao fármaco Gravidez</p>	<p>1- Informar que pode causar hipotensão, deve ser utilizado com cautela em pacientes com doença cardiovascular. 2- Deve ser administrado com cuidado em pacientes com história de convulsão, pois pode reduzir o limiar convulsivo. 3- O aripiprazol não é apropriado para pacientes idosos com demência, têm um maior risco de morte por AVC;</p>	<p>Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza.</p>
<p>BIPERIDENO antiparkinsoniano</p> <p>Largamente utilizado para combater alguns efeitos colaterais dos antipsicóticos</p>	<p>Depressão Enurese noturna Dor crônica (incluindo enxaqueca)</p>	<p>Boca seca Constipação intestinal Visão borrada</p>	<p>Obstrução intestinal Glaucoma Hipersensibilidade ao fármaco</p>	<p>1- Não usar o biperideno como forma de prevenção para os efeitos parkinsonianos induzidos por antipsicóticos; 2- Particularmente em pacientes idoso e debilitados há um risco maior de intoxicação e efeitos colaterais mais graves; 3- Evitar usar álcool durante o tratamento com biperideno; 4- Cuidar ao operar máquinas perigosas e ao conduzir veículos (sedação); 5- Usar bala e chicletes dietéticos para estimular a salivação e prevenir a cárie; 6- Evitar o uso de antidiarreicos até 2 horas após a ingestão do biperideno; 7- Existe sempre o risco de abuso com esses fármacos, pois causam euforia e alucinações quando ingeridos em altas doses.</p>	<p>Combater algumas reações de outros medicamentos, regular o humor, diminuir a tristeza, proporcionar ânimo para agir e diminuir dores crônicas.</p>
<p>CARBAMAZEPINA</p> <p>Sua absorção é lenta, o pico demora em torno de 4 a 8 horas após a ingestão e 2 horas após ingestão oral. No tratamento de</p>	<p>Episódio de mania aguda Crisis convulsivas Manutenção do transtorno bipolar Episódio misto no transtorno bipolar Dor secundária à neuropatia diabética</p>	<p>Ataxia Diplopia Náuseas Sonolência Boca seca Vômitos Tonturas</p>	<p>Insuficiência Hepática Primeiro trimestre de gravidez</p>	<p>1- O medicamento deve ser guardado em um local protegido do calor ou da umidade. Sob a umidade pode perder 1/3 de sua atividade. 2- Orientar o paciente a não mastigar as pílulas de liberação lenta, pois o pico plasmático pode apresentar-se muito alto; 3- Estimular e assegurar o uso de métodos anticoncepcionais nas pacientes em idade</p>	<p>Contribuir nos episódios de mania, melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, diminuir crises convulsivas (para quem tem) e controlar a dor.</p>

	<p>bipolaridade é recomendada adm em dosagem única a noite, na epilepsia deve ser fracionada</p>				<p>fértil (pelo risco de efeitos teratogênicos no feto e pela interação medicamentosa).</p>	
CITALOPRAM	<p>É rapidamente absorvido por via oral, alcançando a concentração máxima em 3 horas. A ingestão de alimentos não interfere em sua absorção. Meia vida de 33 horas o que permite uma única dose ao dia</p>	<p>Depressão maior Transtorno de pânico TOC</p>	<p>Sudorese Sonolência Retardo na ejeção Cefaleia Tremor</p>		<p>1-Ficar atento para sintomas de hiponatremia (confusão, letargia, mal-estar e até convulsões) , particularmente em idosos; 2- Após a administração prolongada, a interrupção abrupta pode produzir em, em alguns pacientes sintomas de retirada, como, tontura, parestesia, tremor, ansiedade, náuseas e palpitação;</p>	<p>Regular o humor, diminuir a tristeza, proporcionar ânimo para agir, diminuir os comportamentos repetitivos e ataques de pânico (se houver).</p>
CLOMIPRAMINA antidepressivo	<p>É rapidamente absorvido por via oral, alcançando a concentração máxima de 2 a 6 horas. A ingestão de alimentos não interfere em sua absorção. Meia vida de 24 horas o que permite uma única dose ao dia. Os efeitos colaterais fazem muitos pacientes abandonarem o tratamento.</p>	<p>Depressão maior TOC Transtorno de pânico Ejaculação precoce Enurese Fobia social</p>	<p>Aumento do appetite Ganho de peso Ejaculação retardada Fadiga Boca seca Constipação Xerostomia</p>	<p>Infarto agudo do miocárdio (recente 3 a 4 semanas) Ileo paratítico Hipersensibilidade ao fármaco</p>	<p>1-Avisar que o medicamento pode causar hipotensão, que é mais grave ao levantar-se pela manhã. Tomar cuidado com atividades que exijam reflexos rápidos; 2-Esclarecer que os efeitos colaterais diminuem após 2 a 4 semanas; 3-A clomipramina pode reduzir o agravamento dos sintomas psicóticos e esquizofrênicos; 4-A alertar ao paciente que os efeitos terapêuticos podem demorar até 3 meses no tratamento da depressão e até 3 meses no tratamento de sintomas obsessivos compulsivos; 5-Evitar a utilização de doses elevadas em pacientes com história prévia de convulsões.</p>	<p>Regular o humor, diminuir a tristeza, proporcionar ânimo para agir, diminuir os comportamentos repetitivos e ataques de pânico (se houver), ajudar a sair de casa e se comunicar com outras pessoas.</p>
CLONAZEPAM (rivortril) ansiolítico	<p>A eficácia do clonazepam em reduzir os sintomas de pânico foi comprovada. É utilizado no tratamento de transtorno, tanto na fase aguda como na sua manutenção. Ação</p>	<p>Fobia Social Transtorno de pânico Mania aguda</p>	<p>Dificuldades em concentração Sonolência Déficit de atenção Fadiga Tontura</p>	<p>Doença de Alzheimer Esclerose múltipla</p>	<p>1-A retirada abrupta pode desencadear um estado de mal epilético; 2-Deve-se evitar atividades que exijam reflexos rápidos, como dirigir carros, operar máquinas perigosas ou executá-las com mais cuidado, pois este fármaco pode causar lentificação motora;</p>	<p>Regular os sintomas e crises de ansiedade.</p>

	rápida, atua sobre a ansiedade antecipatória. A retirada abrupta está associada à piora dos sintomas.				<p>3-Evitar o uso concomitante de bebidas alcoólicas, pois pode ocorrer hipotensão, diminuição do nível de consciência e redução da frequência respiratória;</p> <p>4-Alertar para o risco de dependência química com o uso prolongado;</p> <p>5-Evitar o uso no primeiro e terceiro trimestres da gestação.</p> <p>1-Pode produzir resultados falso-positivo para testes de gravidez;</p> <p>2-Em pacientes epilépticos, pode haver a piora das crises convulsivas, pois interage com o anticonvulsivante;</p> <p>3-Cuidar com o risco de prolapso postural, principalmente em idosos;</p> <p>4-Evitar o uso concomitante de depressores do SNC, com álcool;</p> <p>5-A clorpromazina líquida não deve ser misturada com café, chá, suco de maçã, refrigerantes, cervejas sem álcool;</p> <p>6-As injeções devem ser aplicadas profundamente no glúteo;</p>	
CLOPRROMAZINA (longactil)	Os picos ocorrem de 1 a 4 horas após a administração por VO. Alimentos como café, cigarro e antiácidos interferem na absorção gastrointestinal. O equilíbrio dos níveis de clorpromazina são alcançados em 2 a 5 dias de tratamento.	Esquizofrenia Mania aguda grave com sintomas psicóticos Depressão psicótica Transtorno esquizoafetivo Transtorno delirante Psicoses breves Agitação em pacientes com retardo mental Psicoses na infância	Boca seca Ganho de peso Retenção urinária Constipação Hipotensão Tonturas Sonolência	Depressão acentuada do SNC Transtornos convulsivos Hipersensibilidade ao fármaco	<p>1-Ficar atento a sinais de infecção, como fraqueza, febre, cefaléia, dor de garganta, ulcerações na mucosa oral, deve ser notificado ao médico;</p> <p>2-Suspender a medicação caso sintia dor no peito, dispneia, taquicardia;</p> <p>3-Pacientes com diabetes ou com fatores de risco para esta doença devem ser monitorados;</p> <p>4-Alertar para os riscos de convulsões;</p>	Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, diminuir alucinações (se houver, ajudar nos sintomas de tristeza e desânimo.
CLOZAPINA antipsicótico	O pico plasmático é atingido de 1 a 3 horas, e sua absorção não é afetada pela ingestão de alimentos, pode levar mais de 10 dias para alcançar a sua estabilização	Pacientes esquizofrênicos que não respondem aos antipsicóticos tradicionais Para a redução do risco de suicídio em pacientes esquizofrênicos e esquizoafetivos Amenorria devido o aumento de prolactina pelo uso de antipsicóticos Em pacientes com sintomas psicóticos e neoplasias Discrensia tardia	Taquicardia Sonolência Ganho de peso Constipação Tontura	Epilepsia não controlada Depressão do SNC Doenças hepáticas		Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, reduzir o risco de suicídio.
DIAZEPAM ansiolítico	Absorvida de forma rápida, em torno de 30 a 90 minutos, sua meia é em torno de 20 a 90 horas. Com o uso a	Ansiiedade aguda situacional Insônia Transtorno de pânico Tratamento das complicações da abstinência de álcool	Abstinência ataxia Déficit de atenção Fadiga Sedação Sonolência	Drogadição Insuficiência respiratória	<p>1-Alertar o paciente para ter cuidado ao dirigir veículos ou operar máquinas perigosas, pois o diazepam compromete tanto a atenção como a velocidade dos reflexos;</p>	Regular os sintomas e crises de ansiedade, reduzir a insônia e ataques de pânico (se houverem).

	longo prazo pode ocorrer tolerância e dependência medicamentosa.				<p>2-Não usar associado ao álcool;</p> <p>3-Usa deve ser breve em quadros agudos de ansiedade;</p> <p>4-Em horas ou dias após a retirada, pode ocorrer o rebote dos sintomas, e em semanas ou meses a recaída do quadro de ansiedade;</p> <p>5-Depois o uso crônico, retirar lentamente para evitar sintomas de abstinência.</p>	
ESCILOPRAM (lexapro) antidepressivo	É rapidamente absorvido, alcança uma concentração máxima em 4 horas após a ingestão, e sua meia vida é de 27 a 32 horas, o que permite a administração uma única vez ao dia	<p>Transtorno de ansiedade maior</p> <p>TOC</p> <p>Transtorno de pânico</p> <p>Transtorno de ansiedade social</p>	<p>Náusea</p> <p>Sonolência/insônia</p> <p>Diminuição ou aumento do apetite</p> <p>redução do libido</p> <p>distúrbios ejaculatórios ou erétil</p>		<p>1-Ao interromper o tratamento com escitalopram, deve-se reduzir a dose gradualmente durante 1 a 2 semanas para evitar sintomas de descontinuação (ansiedade, agitação, irritabilidade...);</p> <p>2-Em jovens deve-se monitorar cuidadosamente o risco de comportamento suicida, sobretudo no início do tratamento.</p>	<p>Regular os sintomas e crises de ansiedade e o humor, reduzir movimentos repetitivos e ataques de pânico (se houverem).</p>
FLUOXETINA antidepressivo	A concentração máxima do medicamento varia entre 6 a 8 horas após a administração, os alimentos podem retardar a absorção. O início da ação antidepressiva ocorre geralmente entre 1ª e 3ª semana	<p>Depressão maior</p> <p>Episódio depressivo do transtorno bipolar</p> <p>Transtorno de pânico</p> <p>TOC</p> <p>Bulimia nervosa</p> <p>Transtorno distônico menstrual</p>	<p>Náusea</p> <p>Cefaleia</p> <p>Nervosismo</p> <p>Dor abdominal</p> <p>Sudorese excessiva</p> <p>Diminuição do apetite</p>	<p>Hipersensibilidade ao fármaco</p>	<p>1-Ficar atento aos sinais aparecimento de erupção cutânea ou de outra reação alérgica, o medicamento deve ser suspenso;</p> <p>2-A medicação deve ser administrada com cuidado em pacientes com histórico de convulsões;</p> <p>3-Em portadores de diabetes foram detectados hipoglicemia durante o tratamento e hiperglicemia após a suspensão do medicamento, portanto a dose de insulina deve ser ajustada nestes períodos.</p>	<p>Regular o humor, diminuir a tristeza, proporcionar ânimo para agir, diminuir os comportamentos repetitivos e ataques de pânico (se houver).</p>
GABAPENTINA anticonvulsivante	Sua absorção demora em torno de 2 a 3 horas, sua meia vida é de 5 a 7 horas. Pode ser ingerida com ou sem alimentos e até 3 vezes ao dia. Desenvolvido para o tratamento da epilepsia e acabou também por passar a ser utilizado para o tratamento de dor ocasionadas pelos	<p>Epilepsia com convulsões</p> <p>Neuralgia</p>	<p>Náusea</p> <p>Sonolência</p> <p>Edema periférico</p> <p>Ataxia</p> <p>Fadiga</p>	<p>Hipersensibilidade à gabapentina</p>	<p>1-Feitos como sonolência, ataxia e fadiga são geralmente de intensidade leve a moderada e resolvem-se em cerca de 2 semanas. Raramente levam a suspensão do tratamento;</p> <p>2-Se o paciente esquecer de tomar a gabapentina, ingerir logo que perceber tal situação. Se estiver próximo a outra dose, pular a dose esquecida. Não tomar dose dupla.</p>	<p>Evitar crises convulsivas e diminuir dores decorrentes.</p>

	nervos periféricos.						
HALOPERIDOL (halido) antipsicótico	Após sua administração a meia vida é de aproximadamente 24 horas, o haloperidol age após 30 min injetado IM, com pico de concentração em 3 a 9 dias após a aplicação e sua meia vida é de aproximadamente 3 semanas	Esquizofrenia Transstorno esquizoafetivo Episódios maníacos agudos Agitação em quadros demências e outros transtornos mentais orgânicos Transstorno de Tourette Depressão psicótica Quadros psicóticos induzidos por substâncias psicoativas Agitação em pacientes com delírium	Acatisia Distonias, Hipercinesia Hipertonia Sonolência Tremor	Alergia ao fármaco Depressão grave do SNC Doença de parkinson	<p>1 - Orientar o paciente e os familiares quanto às reações alérgicas e aos efeitos colaterais.</p> <p>2 - Desaconselhar o uso de álcool e outros depressores pelo aumento da sedação.</p> <p>3 - Nas mulheres em idade fértil, avaliar a possibilidade de gravidez antes de prescrever esse medicamento.</p> <p>4 - Orientar pacientes que dirigem ou operam máquinas quanto aos possíveis efeitos sedativos.</p> <p>5 - Não aplicar mais de 3 ml no mesmo local na forma IM.</p>	Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, diminuir as crises e agitação decorrentes da doença e os movimentos repetitivos (se houverem).	
IMPRAMINA	A meia vida é de 12 horas (+/- 5 horas). É iniciada com 25 mg/dia, aumentando 25mg a cada 2 ou 3 dias, ou mais rapidamente, se houver boa tolerância, até atingir entre 100 e 200mg/dia. São necessárias até 3 semanas para observar algum efeito. Doses superiores a 1,2g são tóxicas, sendo comumente fatais acima de 2,5g.	Depressão maior Distímia Transstorno de pânico Enurese noturna em crianças maiores de 6 anos TAG	Boca seca Constipação intestinal Hipotensão Tonturas Visão borrada	IAM recente (3 a 4 semanas) Bloqueio de ramo Hipersensibilidade ao fármaco Prostatismo ou retenção urinária Glaucoma	<p>1 - Em caso de gravidez, recomenda-se evitar seu uso no primeiro trimestre e interromper o uso 2 a 3 semanas antes do parto.</p> <p>2 - Risco de hipotensão postural, retenção urinária devido à hipertrofia da próstata, delírium por ação anticolinérgica em idosos, assim, não é usualmente o fármaco de escolha para idosos.</p> <p>3 - Devido à ação sedativa, recomenda-se a ingestão da imipramina à noite.</p> <p>4 - Alertar o paciente sobre a possibilidade de hipotensão que é mais séria pela manhã ao levantar e orientar para que ele levante devagar e em etapas.</p> <p>5 - Avisar que a imipramina pode reduzir os reflexos e a atenção.</p> <p>6 - Evitar a exposição demasiada ao sol, sob risco de reações de fotossensibilidade.</p> <p>7 - Se houver reações maníacas ou hipomaniacas, suspender o medicamento e iniciar um estabilizador de humor.</p> <p>8 - Alertar o paciente de que o início dos efeitos terapêuticos pode demorar até 6 semanas.</p>	Regular o humor, diminuir a tristeza, proporcionar ânimo para agir, diminuir os ataques de pânico (se houver), reduzir os sintomas e crises de ansiedade.	
LAMOTRIGINA fentiltriazina	Bem absorvida quando ingerida por VO e não possui alteração na absorção pela ingestão	Crises convulsivas parciais Crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas Depressão bipolar	Ataxia Cefaleia Diplopia Tonturas	Hipersensibilidade à lamotrigina Comprometimento hepático significativo	<p>1 - A suspensão abrupta pode causar crises de rebote, sendo necessário suspender gradualmente em 2 semanas.</p> <p>2 - Recomenda-se monitoramento hepático</p>	Evitar crises convulsivas e regular o humor, diminuir a tristeza e proporcionar ânimo para agir.	

	de alifrenos. Meia vida entre 24 e 35 horas, meia-vida média de 29 horas. Dose deve ser aumentada gradualmente, com dose média usual de 200 a 500mg/dia.	sonolência Rash cutâneo (maculopapular) Distúrbio gastrointestinal		durante o tratamento com a medicação. 3 - Atentar para o aumento de ideação e comportamento suicida relacionados à lamotrigina, especialmente no início do tratamento.		
LEVOMEPROMAZINA	Bem absorvida tanto por via oral (90%) quanto parenteral. O efeito terapêutico pode demorar várias semanas ou até meses para ser obtido (6 semanas a 6 meses). O efeito sedativo e analgésico máximo é atingido após 20 a 40 minutos (IM).	Esquizofrenia Mania aguda com sintomas psicóticos Depressão psicótica, com antidepressivos Transtorno esquizoafetivo Transtorno delirante Psicoses breves Agitação em pacientes com retardo mental Psicoses na infância	Aumento do apetite Boca seca Hipotensão postural Fotossensibilidade cutânea Boca seca Constipação Salivação Sedação Taquicardia Tonturas	Gravidez e amamentação Hipersensibilidade ao fármaco Antecedentes de discrasias sanguíneas Estados comatosos ou depressão acentuada do SNC Epilepsia Doença cardiovascular grave	1 - Recomenda-se a realização de hemograma completo, testes de função hepática e ECG em homens acima de 30 e em mulheres com mais de 40 anos. 2 - Pacientes com câncer de mama devem evitar seu uso, pois pode promover um aumento nos níveis de prolactina. 3 - Atentar para o risco de hipotensão postural, principalmente em idosos. 4 - Evitar o uso concomitante de depressores do SNC, como o álcool. 5 - Atentar para os efeitos sedativos e a diminuição de reflexos, portanto administrar o medicamento preferencialmente à noite. 6 - Atentar para a exposição ao sol devido ao risco de fotossensibilidade. 7 - Ingerir o medicamento após as refeições para evitar picos séricos elevados (hipotensão).	Auxilia no sono, melhora as crises de ansiedade e outros quadros, diminuição de delírio, agitação, inquietação, confusão
LÍTHO	Medicamento de primeira escolha no tratamento de todas as fases do transtorno bipolar. Completamente e rapidamente absorvido por VO (bioidisponibilidade entre 80 e 100%). Meia vida de 18 a 24 horas. Para retratada é necessário que ocorra de forma gradual (não mais do que 25% da dose em uso por mês ou, de forma menos conservadora, em 15 a	Episódio de mania aguda Episódio de depressão maior no transtorno bipolar Profilaxia de episódios maníacos no transtorno bipolar Profilaxia de episódios depressivos no transtorno bipolar Profilaxia de episódios depressivos no transtorno do humor unipolar Profilaxia de episódios maníacos, hipomaniacos e depressivos no transtorno bipolar tipos I e II	Acne Aumento do apetite Diminuição da memória Edema Fezes amolecidas Ganho de peso Gosto metálico Náuseas Polidipsia Poliúria Tremores finos	Insuficiência renal grave Bradicardia sinusal Arritmias ventriculares graves ICC	1 - Pode ser tomado em dose única diária, preferencialmente à noite, após o jantar. 2 - Antes de iniciar o tratamento com lítio, é necessário um exame clínico, com especial atenção para doenças de tireoide, coração, rim e uso de outros medicamentos, além de hemograma, TSH, creatinina, eletrólitos (cálcio, fósforo, sódio e potássio), glicemia, ECG e teste de gravidez. 3 - Recomendar ao paciente que ingira água em abundância (no mínimo 1 L ao dia), evitando café, chás, ervas-mate e bebidas alcoólicas, pois elas aumentam a diurese. 4 - Orientar os pacientes com tendência a engordar a fazerem alguma restrição dietética e a praticarem exercícios físicos desde o início	Regular o humor, ajuda no controle de episódios de mania no transtorno bipolar, na prevenção da mania ou da fase depressiva e no tratamento de hiperatividade psicomotora. Além disso ajuda no tratamento da depressão grave se utilizado junto de um antidepressivo, proporciona ânimo para agir. 1 a 3 semanas - e 3 horas após a ingestão de comprimidos convencionais, cápsulas, ou líquidos, com as formulações de liberação modificada as concentrações de pico podem ocorrer entre 2 e 12

	30 dias). Variação usual das doses é de 900 a 2100 mg.	Na redução do risco de suicídio Potencializador de antidepressivo unipolar Diminuição de mortalidade por todas as causas em pacientes com transtorno do humor Transtorno circadiano Transtorno esquizoafetivo			do tratamento, pois o lítio pode causar aumento de peso. 5 - Os pacientes devem ser informados que o uso concomitante de dieta hipossódica, anti-inflamatórios, diuréticos, inibidores da ECA, antagonistas da angiotensina II pode aumentar os níveis sanguíneos de lítio e o risco de intoxicação. 6 - Efeitos colaterais mais comuns (tremores, polidipsia, poliúria) não exigem a interrupção do tratamento, já os efeitos colaterais mais graves (sonolência, diarreia intensa, vômitos, tremores grosseiros, tontura e disartria) são sinais de uma possível intoxicação e o paciente deve interromper imediatamente o medicamento e procurar um serviço de emergência. 7 - Alertar para intensificar os cuidados com a higiene bucal e dentária, pois o lítio eleva o risco de aparecimento de cáries.	horas após a dose.
NORTRIPTILINA antidepressivo	Meia vida de 12 a 56 horas em jovens e adultos, podendo chegar a 90 horas em idosos. Doses variam entre 50 a 150 mg em função do peso, da idade e das condições clínicas do paciente. Pode ser administrada em dose única diária, geralmente à noite, pois sua meia vida é longa, e sua absorção a partir do estômago, lenta (de 4 a 9 horas).	Depressão maior em adultos Depressão maior em idosos Cessação dos tabagismos Depressão pós-AVC	Boca seca Constipação intestinal Ganho de peso Visão borrada Tontura ortostática Sudorese Sonolência	Hipersensibilidade ao fármaco IAM recente Bloqueio de ramo	1 - A retirada do medicamento deve ser gradual, podendo ser feita após 6 a 12 meses da remissão completa dos sintomas em um primeiro episódio depressivo, ou após 2 a 5 anos em episódios recorrentes. 2 - No tratamento da cessação do hábito de fumar, 2 a 5 semanas antes de parar, a nortriptilina deve ser iniciada com 25 mg/dia à noite até ser atingida a dose de 75mg/dia ou a máxima quantidade tolerada. 3 - Não deve ser usado em doses acima de 150 mg, pois pode ultrapassar a janela terapêutica e, portanto, perder seu efeito. 4 - Usar com cautela em pacientes: cardíacos, diabéticos, com hipertrofia prostática, glaucoma, propensão à constipação intestinal, prejuízo hepático e renal. 5 - Alertar para evitar exposição demasiada ao sol, devido a reações de fotosensibilidade. 6 - Atentar para realizar ECG sempre que houver necessidade de usar altas doses em idosos, pessoas com suspeita de doença cardíaca e crianças. 7 - Suspender o medicamento e	

			<p>Iniciar um estabilizador de humor em caso de reações maníacas ou hipomaniacas. 8 - O uso pode agravar os sintomas psicóticos e esquizofrênicos.</p> <p>9 - Alertar o paciente de que o início dos efeitos terapêuticos pode demorar até 6 semanas.</p>
<p>OLANZAPINA tiene benzodiazepínicos</p>	<p>Bem absorvida após ingestão oral, atingindo pico de concentração plasmática em 5 a 8 horas. A ingestão de alimentos não interfere em sua absorção. Meia vida média de 33 horas, podendo variar de 21 a 54 horas, dependendo de fatores como tabagismo, sexo e idade.</p>	<p>Esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo, nas fases aguda e de manutenção</p> <p>Transtorno bipolar, nas fases maníaca e de manutenção</p> <p>Agitação psicomotora em pacientes maníacos e esquizofrênicos</p>	<p>Aumento de peso</p> <p>Aumento transitório assintomático das transaminases</p> <p>Sedação</p> <p>Sonolência</p> <p>Hipersensibilidade à olanzapina ou a quaisquer dos componentes da fórmula</p> <p>1 - Dosar a glicemia de jejum, a hemoglobina glicada e o perfil lipídico antes e durante o tratamento. 2 - Ficar atento para a possibilidade de elevação dos níveis de colesterol e triglicérides e o surgimento de diabetes. 3 - Observar cuidadosamente a possibilidade de ganho de peso. O peso deve ser obtido antes do início do tratamento, após 4, 8 e 12 semanas e, então, trimestralmente. Considerar a troca para outro antipsicótico se houver um ganho maior que 5% em relação ao peso inicial. 4 - Ter cuidado no uso desse medicamento em pacientes com doença hepática ou sob tratamento concomitante com agente hepatotóxico. 5 - Evitar o uso em crianças e adolescentes, pois os riscos parecem exceder os benefícios nessa faixa etária. 6 - Evitar o uso em gestantes e em mulheres em aleitamento. 7 - Não usar em pacientes com demência (aumento de mortalidade em indivíduos com psicose associada à demência). 8 - Prescrever com cautela a pacientes com hipertrofia prostática ou íleo paraltico.</p> <p>Melhora sintomas de como delírios, delírios, alucinações, alterações de pensamento, hostilidade e desconfiança, diminui a vontade de ficar isolado</p> <p>Alivia outros sintomas</p>
<p>PREGABALINA</p>	<p>Em jejum, é rapidamente absorvida, atingindo o pico de concentração plasmática em 1,5 hora, mas pode ser administrada com alimento. Meia vida de eliminação é de 6,3 horas.</p>	<p>Adjuvante no tratamento da epilepsia com crises convulsivas parciais, com ou sem generalização, em maiores de 12 anos</p> <p>Fibromialgia NDP crônica NPH</p>	<p>Tontura</p> <p>Sonolência</p> <p>Visão borrada</p> <p>Aumento de peso</p> <p>Edema periférico</p> <p>Desatenção Ataxia</p> <p>Xerostomia</p> <p>Sudorese em mãos e pés</p> <p>Hipersensibilidade à pregabalina</p> <p>1 - Os efeitos colaterais costumam ser de intensidade leve a moderada, dose-dependentes e, em geral, transitórios (primeiras semanas). Se houver persistência de sonolência/sedação, evitar realizar atividades que exijam reflexos rápidos. 2 - Em caso de sintomas de angioedema (inchaço na face, língua, lábios e/ou garganta), suspender imediatamente o medicamento. 3 - A retirada do medicamento deve ser gradual: em 1 semana, no mínimo.</p> <p>Indicado para tratamento de dor neuropática, melhora as crises epilépticas, auxilia na diminuição das crises de ansiedade</p>

		<p>(Se for abrupta, podem ocorrer insônia, cefaléia, náusea, diarreia e convulsões). 4 - Se o paciente esquecer de ingerir o medicamento no horário estabelecido, ingerir logo que perceber tal situação. Se estiver perto do horário da próxima administração, pular a dose esquecida. Não tomar dose dupla. 5 - Em pacientes com nefropatia, a dose deve ser ajustada e realizada em 3 tomadas diárias. Se estiver sob hemodiálise, após o procedimento, recomenda-se uma dose adicional a cada 4 horas de diálise. 6 - Em diabéticos, se houver aumento de peso, poderá realizar ajustes na dose dos hipoglicemiantes. 7 - Atenção para o potencial de abuso de nível modesto da medicação, uma vez que pode causar euforia.</p>
<p>PROMETAZINA sedativo</p> <p>Absorvida rapidamente por VO. Efeito sedativo inicia depois de 20 minutos, o máximo é atingido em 1 hora e mantém-se por 4 a 6 horas.</p> <p>Insônia Potencialização de efeitos sedativos dos anti psicóticos na agitação psicomotora Náuseas e vômitos Alergias</p>	<p>Sonolência Boca seca Dor epigástrica Retenção urinária Tonturas Visão borrada</p>	<p>Hipersensibilidade ao fármaco ou a outros derivados fenotiazínicos Portadores de discrasias sanguíneas Histórico de agranulocitose com outras fenotiazinas</p> <p>1 - Por ser um medicamento sedativo, alertar os pacientes para evitarem temporariamente dirigir veículos ou operar máquinas pesadas que exijam reflexos rápidos. 2 - O uso concomitante de álcool deve ser evitado, pois a associação aumenta os efeitos sedativos. 3 - Devido aos efeitos fotossensibilizantes, evitar a exposição à luz solar ou à luz artificial durante o tratamento. 4 - É necessária cautela no uso em indivíduos com constipação crônica, devido ao risco de ileo paraltico e indivíduos com afecções cardiovasculares, devido aos possíveis efeitos taquicardizantes e hipotensores.</p> <p>Ajuda a regularizar e a induzir ao sono, reduz e controla alergias.</p>
<p>QUETIAPINA antipsicótico atípico</p> <p>Absorvida rápida e completamente, com meia vida de eliminação de aproximadamente 7 a 12 horas. O tratamento deve ser iniciado com 50 a 100mg/dia com</p> <p>Esquizofrenia Mania aguda Monoterapia da depressão bipolar</p>	<p>Tontura Sonolência Boca seca Elevação dos níveis de triglicérides séricos Elevação do colesterol total Aumento de peso</p>	<p>Hipersensibilidade ao medicamento</p> <p>1 - Recomenda-se o ajuste das doses de quetiapina em caso de administração concomitante com fenilolína, carbamazepina, barbitúricos, rifampicina. 2 - Pode causar leve aumento nos níveis do lílco. 3 - Recomenda-se exame oftalmológico a cada 6 meses nos pacientes sob terapia com quetiapina. 4 -</p> <p>Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, diminuir alucinações (se houver, ajudar nos sintomas de tristeza e desânimo.</p>

<p>aumentos de 100 mg/dia objetivando atingir uma dose de 400 a 800mg/dia ao final da segunda semana de tratamento.</p>		Constipação Hipotensão	<p>Monitorar os níveis de glicemia, triglicérides e colesterol.</p>	
<p>Rapidamente absorvida por VO, atingindo pico plasmático em 0,8 a 1,4 horas após a ingestão. Meia vida de eliminação de 3 a 24 horas. A risperidona injetável tem liberação prolongada, via IM no glúteo ou deltóide. A risperidona oral pode ser utilizada 1 ou 2 vezes ao dia, na dose inicial de 2mg/dia e pode ser aumentada a cada 2 dias, tornando-se eficaz em média entre 4 e 6 mg ao dia.</p>	<p>Esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo Demências Transtorno Bipolar Autismo</p>	<p>Sonolência Aumento do apetite Fadiga Infecção do trato respiratório Sialorréia Constipação Xerostomia Tremor Distonia Vertigem Cefaleia Tontura Acaisia</p>	<p>Hipersensibilidade ao fármaco Gravidez e lactação Insuficiência renal ou hepática grave</p>	<p>Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, ajudar na memória, e nas emoções, tais como: confusão, alucinações, distúrbios da percepção (por exemplo, ouvir vozes de alguém que não está presente), desconfiança incomum, isolamento da sociedade, ser excessivamente introvertido</p>
<p>SERTRALINA antidepressivo</p> <p>Bem absorvida por VO, atingindo o pico de concentração plasmática em 4 a 8 horas. Meia vida está ao redor de 26 horas. O equilíbrio plasmático é atingido após 7 dias de uso constante. Iniciar com 25 ou 50 mg em dose única diária, sendo a dose</p>	<p>Depressão maior Distímia TOC Estresse pós-traumático Transtorno de pânico Fobia social TAG Transtorno disfórico pré-menstrual</p>	<p>Boca seca Cefaleia Retardo ejaculatório Náuseas Sonolência Tonturas</p>	<p>Uso concomitante com IMAOs Uso concomitante com pimozida Hipersensibilidade ao fármaco</p>	<p>Regular o humor, diminuir a tristeza, proporcionar ânimo para agir, diminuir os comportamentos repetitivos e ataques de pânico (se houver), ajudar a sair de casa e se comunicar com outras pessoas.</p>

<p>terapêutica usual de 50 a 100 mg/dia. Dose máxima de 200mg/dia.</p>				<p>com fármacos conhecidos por afetarem a função plaquetária e em pacientes com histórico de distúrbios hemorrágicos. 6 - Recomendar o uso à noite no jantar, uma vez que a maioria dos pacientes sente sonolência.</p>	
<p>Rapidamente absorvido quando ingerido por VO, atingindo o pico de concentração plasmática em 2 a 3 horas. Meia vida de eliminação de 19 a 23 horas. São permitidas 2 doses ao dia ou até mesmo dose única. Deve-se iniciar com a menor dose possível e depois aumentos lentos e graduais até a dose efetiva. Doses normalmente iniciam-se com 25mg/dia e se situam entre 100 e 200mg/dia. Dose máxima de 400mg/dia.</p> <p>TOPIRAMATO</p>	<p>Epilepsia Profilaxia de enxaqueca crônica Bulimia nervosa Transtorno de compulsão alimentar Em associação a estabilizadores do humor para redução do ganho de peso</p>	<p>Anorexia Ataxia Cefaléia Diarreia Déficit cognitivo Dispepsia Fadiga Insônia Náuseas Parestesias Tonturas Tremor Sonolência</p>	<p>Hipersensibilidade ao medicamento Gravidez</p>	<p>1 - Deve ser administrado à noite para minimizar os efeitos colaterais. 2 - Orientar quanto ao perigo de dirigir e operar máquinas perigosas, uma vez que pode causar sonolência, fadiga e tontura. 3 - Atenção para pacientes com insuficiência renal, pois pode haver necessidade de reajuste da dose. 4 - Em pacientes em hemodálise, o topiramato é removido do plasma, sendo necessária uma dose adicional do medicamento igual à metade da dose diária, metade antes e metade depois da sessão. 5 - Risco aumentado para formação de cálculos renais, orientar o paciente para aumentar a ingestão de água.</p>	<p>Estabiliza o humor durante o dia, diminui a ansiedade e a vontade de correr a todo instante e auxilia na redução do peso.</p>

Fonte: Criação própria da autora, 2023.

APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO

Medicamentos

NOME: _____

Manhã 			
Nome do remédio	Para que serve?	Quantos?	Horário (se tiver)
RISPERIDONA 2MG	Melhora a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, ajuda na memória, e nas emoções, tais como: confusão, alucinações, (por exemplo, ouvir vozes de alguém que não está presente), desconfiança incomum, isolamento da sociedade.	1 comp	
BIPERIDENO 2MG	Combate algumas reações de outros medicamentos, regula o humor, diminui a tristeza, proporciona ânimo para agir e diminui dores crônicas.	1 comp	
ACIDO VALPROICO 500mg	Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza e regular o humor durante o dia.	1 comp	
Tarde 			
Nome do remédio	Para que serve?	Quantos?	Horário (se tiver)
BIPERIDENO 2 MG	Combate algumas reações de outros medicamentos, regula o humor, diminui a tristeza, proporciona ânimo para agir e diminui dores crônicas.	1 comp	

ACIDO VALPROICO 500mg	Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza e regular o humor durante o dia.	1 comp	
Noite 🌙			
RISPERIDONA 2MG	Melhora a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, ajuda na memória, e nas emoções, tais como: confusão, alucinações, (por exemplo, ouvir vozes de alguém que não está presente), desconfiança incomum, isolamento da sociedade.	1 comp	
ACIDO VALPROICO 500mg	Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza e regular o humor durante o dia.	1 comp	
DIAZEPAM 5MG	Regular os sintomas e crises de ansiedade, reduzir a insônia e ataques de pânico (se houverem)	1 comp SE PERDER O SONO OU TIVER AGITADO	

Fonte: Criação própria da autora, 2023.

ANOTAÇÕES
1. COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO AO FAZER O USO DOS MEDICAMENTOS?

2. TEVE ALGUM DIA QUE DEIXOU DE TOMAR OU TOMOU A MAIS?	
NOME DO MEDICAMENTO: <p style="text-align: center;">QUANDO?</p>	<p style="text-align: center;">PORQUE?</p>
NOME DO MEDICAMENTO: <p style="text-align: center;">QUANDO?</p>	<p style="text-align: center;">PORQUE?</p>
3. ESTE MEDICAMENTO AJUDA VOCÊ A.... NOME DO MEDICAMENTO: NOME DO MEDICAMENTO:	3. ESTE MEDICAMENTO ATRAPALHA VOCÊ PARA... NOME DO MEDICAMENTO: NOME DO MEDICAMENTO:
4. COMO LIDAR COM ESSAS DIFICULDADES? QUEM PODERIA AJUDAR?	

Fonte: Criação própria da autora, 2023.