

ALEXANDRE LANER CARDOSO

**A ADERÊNCIA À MEDICAÇÃO EM PACIENTES
PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

ALEXANDRE LANER CARDOSO

**A ADERÊNCIA À MEDICAÇÃO EM PACIENTES
PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereira
Professor Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

“Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas foi nele que espelhou o céu.”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

À Adriana Nishimoto Kinoshita, colaboradora da pesquisa, pela amizade, companheirismo, carinho, paciência e participação direta em muitas das etapas desses trabalhos, sem a qual a sanidade mental do autor poderia ter sido comprometida.

À Jane Laner Cardoso, colaboradora da pesquisa, por seus conselhos indispensáveis, pela viabilização do trabalho junto a Secretaria Municipal de Saúde e, finalmente, por ser minha mãe.

Ao meu pai e meus irmãos, pelo apoio direto em indireto em momentos de dificuldade e incertezas.

Ao Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira, orientador do trabalho, pela motivação de realizar esta pesquisa, pela compreensão das limitações do autor e por contribuir em momentos decisivos da pesquisa.

Aos funcionários da Unidade Local de Saúde da Trindade que me ajudaram na busca pelos dados, em especial as funcionárias Neide e Patrícia, as quais ajudaram diretamente a transpor diversas barreiras em algumas etapas.

Aos funcionários da Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, os quais colaboraram na obtenção de algumas informações e apoio a idéias propostas pelo autor, em especial ao Dr. Germano Ferrari, pelo fornecimento de diversas informações vitais a este estudo, além de compreensão e companheirismo.

Por fim, a todos meus amigos cuja convivência diária contribuiu para a satisfação da realização da rotina diária e apoio aos sacrifícios necessários frente a dificuldades.

RESUMO

Objetivos: Avaliar aderência ao tratamento medicamentoso e fatores associados em portadores de transtorno mental na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões de Florianópolis/SC.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo. Foram estudados 30 pacientes com transtorno mental que iniciaram tratamento medicamentoso contínuo, durante o período de 1 de outubro de 2007 a 31 de março 2008. A amostra foi identificada no sistema de registro eletrônico de retirada de medicamentos do estoque das farmácias públicas (sistema *Infosáude*), obtendo informações sócio-demográficas e clínicas dos prontuários eletrônicos.

Resultados: A aderência à medicação no primeiro trimestre foi 71.8%, no segundo 40.7% e no terceiro 38.2%, com total de 50.3%, sendo diferente estatisticamente entre o primeiro e o segundo trimestre ($p=0.0001$) e entre o primeiro e o terceiro trimestre ($p=0.00001$). Não houve diferença com o sexo, idade, naturalidade, cor, escolaridade, estado civil, diagnóstico, co-morbidades, medicação utilizada, efeitos colaterais, número de doses diárias e de prescritores; porém significativa em localidades distantes com aderência no segundo trimestre ($p=0.016$), localidades com interesse social com a do segundo trimestre ($p=0.018$) e no total ($p=0.017$), também com número de consultas do primeiro com a do último trimestre ($p=0.029$) e de faltas no segundo trimestre com a do terceiro ($p=0.001$).

Conclusões: A adesão à medicação da população em todo o período é insatisfatória. A média da aderência no primeiro trimestre demonstra diferença em relação aos demais períodos. A dificuldade de acesso e moradia em área de interesse social parece ter relação com o desfecho, bem como número de consultas e número de faltas.

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

ABSTRACT

Objective: To assess adherence to drug treatment and related factors in patients with mental health disorder in the Basic Health Unit of the Saco dos Limões, Florianópolis / SC.

Methods: A retrospective study with 30 patients diagnosed with mental health disorder who began and continued drug treatment between 1 October 2007 to 31 March 2008 was conducted. The sample was identified on the electronic registration system (Infosaúde) by drug withdrawal on stock of pharmacies from public system. Sociodemographic and clinical information were obtained in electronic medical records.

Results: Adherence to medication in the first quarter was 71.8%, in the second 40.7% and 38.2% on the third, with a total of 50.3%. There was statistical differences between the first and second trimester ($p = 0.0001$) and between the first and third trimester ($p = 0.00001$). There was no statistical differences with gender, age, nationality, race, education, marital status, diagnosis, comorbidities, medication use, side effects, number of daily doses and prescribers. There were statistical significance on distant locations in the second quarter and adherence ($p = 0.016$), on social risk locations and the second trimester adherence ($p = 0.018$) and total adherence ($p = 0,017$), also with the number of consultations in the first quarter and adherence on the last quarter ($p = 0.029$) and faults in the second quarter and adherence on the third ($p = 0.001$).

Conclusions: Compliance with medication in the population of the entire period is unsatisfactory. The average adherence in the first quarter shows the difference in relation to the other moments. The difficulty of access and areas of social risk seems to have relation with the outcome, and so number of consultations and number of absences.

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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
IPIUF	Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis
IC	Intervalo de Confiança
Km	Quilômetro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SC	Santa Catarina
SP	São Paulo
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
ULS	Unidade Local de Saúde

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características sócio-demográficas dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008. (variáveis nominais e ordinais).....07
- Tabela 2** – Características clínicas do tratamento realizado aos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008. (variáveis nominais e ordinais).....08
- Tabela 3** – Características da assistência prestada aos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008. (variáveis nominais e ordinais).....10
- Tabela 4** – Características clínicas dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008. (variáveis contínuas).....11
- Tabela 5** – Aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008 (como variável contínua).....12
- Tabela 6** – Aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008 (como variável ordinal).....12
- Tabela 7** – Aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....13

Tabela 8 –	Relação de sexo, idade e naturalidade com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	14
Tabela 9 –	Relação de cor, escolaridade e estado civil com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	15
Tabela 10 –	Relação do diagnóstico e co-morbidades com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	16
Tabela 11 –	Relação de localidade distante e localidade com risco social com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	17
Tabela 12 –	Relação de uso de antidepressivos com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	18
Tabela 13 –	Relação de uso de medicamento estabilizador de humor com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	19
Tabela 14 –	Relação do uso medicamento ansiolítico com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	20
Tabela 15 –	Relação de efeitos colaterais com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	21
Tabela 16 –	Relação de número de prescritores com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade	

	Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	22
Tabela 17	– Relação de número de consultas com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	23
Tabela 18	– Relação de número de faltas com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	24
Tabela 19	– Relação de número de doses com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	25
Tabela 20	– Relação do total de doses diárias com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	26
Tabela 21	– Graus de correlação, avaliado por meio da correlação de Pearson, entre as variáveis contínuas idade, número de prescritores e número de faltas com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Distribuição da aderência (%) à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.....	13
-------------------	--	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	38
--	-----------

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vii
LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
SUMÁRIO	xiii
1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVO	03
3 MÉTODOS	04
4 RESULTADOS	07
5 DISCUSSÃO	28
6 CONCLUSÕES	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
NORMAS ADOTADAS	38
ANEXOS	39
APÊNDICES	41

1 INTRODUÇÃO

O desejo de tomar remédio é talvez o fator principal que diferencia o homem dos animais, disse certa vez *Sir William Osler* ⁽¹⁾.

Desde a segunda metade do século XX, com a disseminação dos antibióticos e o declínio das doenças infecto-contagiosas, o grande desafio que se impõe à medicina moderna são as doenças crônico-degenerativas. Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, transtornos mentais, câncer, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, além de serem tão prevalentes ao ponto de representarem combinadas 54% de todos os encargos a saúde no mundo ⁽²⁾, também apresentam em comum a necessidade de tratamentos a longo prazo, muitas vezes contínuos e vitalícios, mesmo em períodos assintomáticos; colocando, por tanto, em pauta a questão da aderência ao tratamento.

Nos Estados Unidos, acredita-se que 33% a 66% das internações hospitalares são devido à baixa aderência ao tratamento, resultando num gasto estimado de 100 bilhões de dólares por ano ^{(3),(4)}.

O termo aderência é comumente definido como “a extensão a qual o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou modificar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações do provedor de cuidados em saúde” ^{(5),(6)}.

Revisões sistemáticas e rigorosas têm encontrado como média de não aderência ao tratamento medicamentoso em geral cerca de 30% ⁽⁷⁾. Quando se trata de pacientes portadores de transtornos mentais, esses números podem ser ainda mais críticos, devido à típica dificuldade desses pacientes tomarem suas medicações; uma pessoa que além de doente esteja deprimida, por exemplo, tem três vezes mais chance de não seguir as instruções médicas do que uma pessoa doente não deprimida ⁽⁸⁾. Metade dos pacientes com depressão maior, para os quais medicação antidepressiva é prescrita, costuma abandonar seu tratamento após três meses do seu início ⁽⁹⁾. Em pacientes com esquizofrenia, a taxa de aderência é de 50% a 60%, enquanto aqueles com transtorno bipolar podem chegar a somente 35% ^{(10),(11)}.

Podemos dividir os fatores associados à baixa adesão em três grandes grupos: relacionados ao paciente, como esquecimento, outras prioridades, decisão de omitir doses, pouca informação e fatores emocionais ⁽¹²⁾; relacionados ao médico, prescrevendo regimes complexos, não explicando os benefícios e os efeitos colaterais adequadamente, não dando consideração ao estilo de vida ou ao custo da medicação, e não mantendo uma boa relação com o paciente ^{(13),(14)}; e relacionados ao sistema de saúde, por uso de formulários restritos,

mudanças para novos formulários, proibição de altos custos para medicação e pagamentos adicionais^{(15), (16), (17)}.

Poucos estudos sobre este tema abordando saúde mental têm sido realizados no Brasil, a maioria em unidades de nível secundário, que estimaram não propriamente a aderência, mas o abandono do tratamento. Nesses, alguns resultados encontrados foram 27,6% no município de Juiz de Fora⁽¹⁸⁾, 39,2% em Belo Horizonte⁽¹⁹⁾, 30,5% em Campinas/SP⁽²⁰⁾.

Faz-se, por tanto, necessária a realização de mais estudos, principalmente na atenção básica, uma vez que esse setor é previsto como porta de entrada do paciente no sistema de saúde. Além disso, em tese, usufruir do nível secundário seria conseqüente à recomendação inicial, isto é, na atenção básica, de procurar o serviço especializado.

A política nacional de saúde mental vem mantendo um enfoque claro e progressivo em prol da diminuição de leitos psiquiátricos, amparada na lei 10.216/2001. Com essa ampla mudança do atendimento público em saúde mental, é cabível atentarmos para a os recursos extra-hospitalares disponíveis, com um destaque para a Unidade Local de Saúde. A percepção do nível de aderência dos pacientes neste nível e os fatores associados a esta aderência podem contribuir para a criação, qualificação e fortalecimento de estratégias no âmbito da atenção básica, nas dimensões local, regional e nacional.

Outro ponto a ser levantado é a possível confusão entre níveis de aderência e de abandono do tratamento. Um paciente pode ingerir metade das doses preconizadas, o que consistiria em baixa aderência, sem com isso ter abandonado por completo o plano terapêutico.

Assim, é interessante o enfoque na aderência e estudos sobre este tema na atenção primária podem contribuir com melhorias nas estratégias de atenção à saúde mental.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o grau de aderência ao tratamento medicamentoso e fatores associados a este em pacientes portadores de transtorno mental na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Quantificar a aderência ao tratamento medicamentoso na população estudada nos primeiros nove meses do início do tratamento e sua variação ao longo desses três trimestres.

2.2.2 Descrever características sócio-demográficas e geográficas da amostra;.

2.2.3 Descrever características clínicas da amostra;

2.2.4 Descrever características da assistência médica, que possam influir no nível de aderência dos pacientes à medicação;

2.2.5 Avaliar relação dessas variáveis com o grau de aderência.

3 MÉTODO

Realizou-se um estudo retrospectivo observacional tipo coorte histórica, no qual foram estudados 30 pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento medicamentoso contínuo para esse fim na Unidade Básica de Saúde do Saco dos Limões, de Florianópolis/SC, durante o período de 01 de outubro de 2007 a 31 de março 2008.

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

Numa etapa seguinte, o prontuário eletrônico dos sujeitos pré-selecionados (registrados no *Infosaúde*) foi utilizado para a seleção definitiva da amostra, através dos critérios de inclusão e exclusão (citados adiante) e para a coleta de dados da amostra, com o preenchimento de uma ficha de cadastro (Apêndice 1).

Foram incluídos todos os pacientes atendidos no Centro de Saúde do Saco dos Limões, diagnosticados com transtorno mental (de acordo com o Código Internacional de Doenças, 10ª edição) cujo tratamento medicamentoso para este transtorno com indicação de uso contínuo tenha sido iniciado durante o período de 01 de outubro de 2007 a 31 de março 2008 e que apresentaram em seus prontuários as informações necessárias a esta pesquisa.

Definiu-se início do tratamento quando não havia registro de utilização de medicação nos seis meses anteriores ao momento avaliado. De acordo com a Instrução Normativa Nº. 02/2008 divulgada pela Prefeitura Municipal de Florianópolis⁽²¹⁾, a receita de medicamentos sujeitos a controle especial é válida por 30 (trinta) dias contados a partir da data da prescrição,

devendo ser prescrita quantidade suficiente para 60 (sessenta) dias de tratamento. Em tal receita, é necessário que a medicação seja referida como de uso contínuo, sendo essa a definição utilizada para medicação de uso contínuo.

Foi excluído do trabalho o paciente falecido, emigrado ou internado em alguma instituição hospitalar no dado período, ou ainda aqueles em que há algum registro em seu prontuário de utilização de serviço de saúde privado ou qualquer outra farmácia que não as públicas do município de Florianópolis.

A aderência foi quantificada pelo percentual do número de retirada de medicamento das farmácias municipais em relação àquele presumido pela prescrição médica em um dado período (método este já validado na literatura ^{(22), (23)}), usando dados registrados no *Infosáude*, durante o período de 01/10/2007 a 31/12/2008. Assim, em um paciente cuja prescrição é de um comprimido ao dia e que a cada retirada de medicação lhe são fornecidos 30 comprimidos, num período de 270 dias (cerca de nove meses) deve haver nove registros de retirada; se só houver seis retiradas registradas consideraremos 66,6% de aderência ($6/9=0,666$). Neste trabalho registrou-se a aderência no 1º trimestre (0-90 dias), 2º trimestre (91-180 dias) e 3º trimestre (181-270 dias) do início do tratamento.

Com o uso do prontuário eletrônico, acessaram-se características sócio-demográficas da amostra, tais como sexo, idade, cor, escolaridade, estado civil, naturalidade e endereço residencial, incluindo a área e a micro-área de saúde correspondente e se tal localidade é considerada área de interesse social, esta definida pelo Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis por critérios de classificação próprios⁽²⁴⁾ desse órgão (renda familiar até três salários mínimos; unidades habitacionais precárias isoladas ou em agrupamento, apresentando uma distribuição espacial caótica; posse irregular em áreas públicas e/ou privadas; áreas desprovidas parcial ou totalmente de infra-estrutura; áreas desprovidas parcial ou totalmente de serviços e equipamentos públicos). Outro dado utilizado foi a dificuldade de acesso físico à ULS, sendo essa dificuldade definida neste trabalho como uma residência em uma micro-área cuja menor distância da ULS em linha reta é maior que 02 km (calculado cartograficamente, desconsiderando acidentes geográficos). Este mapeamento foi acessado junto à ULS, que possui registros cartográficos da área de abrangência.

Pesquisaram-se as características clínicas da amostra, como diagnóstico do transtorno mental utilizado para justificativa do início do tratamento, co-morbidades descritas, medicação utilizada em cada trimestre, frequência de doses diárias em cada trimestre e

presença de efeitos colaterais. Buscou-se, com estes dados, perceber a existência de relações com o nível de aderência medicamentosa.

Por fim, foram coletados dados a respeito da assistência médica, como número de médicos que prescreveram a medicação utilizada em cada trimestre, número de consultas em cada trimestre e número de faltas nas consultas em cada trimestre. O objetivo era também verificar a existência de relações com o nível de aderência medicamentosa.

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

Com as informações obtidas geraram-se variáveis e produziu-se um banco de dados. Para descrever as variáveis quantitativas foram calculadas as médias e os desvios-padrão (apresentados na forma média±desvio-padrão). As variáveis categóricas foram descritas por meio de suas frequências absolutas (n) e relativas (%), e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%). A associação entre as variáveis foi analisada por meio de testes de hipóteses apropriados ao tipo e à escala das mesmas (teste do qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher). A diferença na aderência ao 1º, 2º, 3º trimestre e a total foram avaliadas por meio do teste t pareado. A correlação entre as variáveis contínuas foi avaliada por meio da correlação de Pearson. Foram consideradas significativas as diferenças quando valor de $p \leq 0,05$. As análises foram realizadas por meio dos aplicativos Microsoft Excel e Stata SE 9.

Esta pesquisa foi desenhada conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde) e aprovada pelo Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (Anexo 1).

4 RESULTADOS

As características sócio-demográficas dos 30 sujeitos pesquisados, como sexo, idade, naturalidade, cor, escolaridade, estado civil e localização da residência, estão dispostas na Tabela 1. Destaca-se o maior número de mulheres, de cor branca e não classificadas como moradoras de localidade de risco, sendo essas diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008. (variáveis nominais e ordinais).

	n	%	IC (95%)
Sexo			
Homem	6	20	7.7-38.6
Mulher	24	80	61.4-92.3
Idade por faixa etária			
0-20 anos	4	13.3	3.8-30.7
21-49 anos	8	26.7	12.3-45.9
50a ou mais	18	60	40.6-77.3
Naturalidade			
Florianópolis	20	66.7	47.2-82.7
Outros	10	33.3	17.3-52.8
Cor			
Branco	25	83.3	65.3-94.4
negro/pardo	5	16.7	4.6-34.7
Escolaridade			
analfabeto, alfabetizado, fundamental incompleto	12	40	22.7-59.4
fundamental completo, médio incompleto	12	40	22.7-59.4
médio completo, superior incompleto, superior completo	6	20	7.7-38.6
Estado Civil			
Solteiro	11	36.7	29.9-56.1
Casado	13	43.3	25.5-62.6

viúvo/divorciado/separado	6	20	7.7-38.6
Localidade distante			
Não	20	66.7	47.2-82.7
Sim	10	33.3	17.3-52.8
Localidade com risco social			
Não	23	76.7	57.7-90.1
Sim	7	23.3	9.9-42.3

Os dados referentes às características clínicas dos pacientes, como diagnóstico e comorbidades, e a algumas características da medicação utilizada no tratamento, como medicamento utilizada em cada período, efeitos colaterais, frequência de doses diárias, estão presentes na Tabela 2. Percebe-se um número expressivamente maior de uso de fluoxetina isoladamente em todo o período.

Tabela 2 – Características clínicas do tratamento realizado aos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008. (variáveis nominais e ordinais).

	n	%	IC (95%)
Diagnóstico			
Transtornos de humor / depressão	21	70	50.6-85.3
outros: trans. Ansiedade, bipolar, bulimia, somatoforme	9	30	14.7-49.4
Co-morbidades			
Não	9	30	14.7-49.4
HAS e/ou DM e/ou Dislipidemia	13	43	25.5-62.6
Outras	8	26.7	12.3-45.9
Medicamentos antidepressivos em 1º trimestre			
Não	3	10	2.1-26.5
Fluoxetina	20	66.7	47.2-82.7
outras: imipramina, amitriptilina ou associações	7	23.3	9.9-42.3
Medicamentos antidepressivos em 2º trimestre			
Não	4	13.3	3.8-30.7
Fluoxetina	20	66.7	47.2-82.7
outras: imipramina, amitriptilina ou associações	6	20	7.7-38.6
Medicamentos antidepressivos em 3º trimestre			
Não	4	13.3	3.8-30.7

Fluoxetina	21	70	50.6-85.3
outras: imipramina, amitriptilina ou associações	5	16.7	5.6-34.7
Medicamento estabilizador de humor em 1º trimestre			
Não	27	90	73.5-97.9
sim (ác. Valpróico, Lítio)	3	10	2.1-26.5
Medicamento estabilizador de humor em 2º trimestre			
Não	26	86.7	69.3-96.2
sim (ác. Valpróico, Lítio)	4	13.3	3.8-30.7
Medicamento estabilizador de humor em 3º trimestre			
Não	26	86.7	69.3-96.2
sim (ác. Valpróico, Lítio)	4	13.3	3.8-30.7
Medicamento ansiolítico em 1º trimestre			
Não	25	83.3	65.3-94.4
sim (diazepam)	5	16.7	5.6-34.7
Medicamento ansiolítico em 2º trimestre			
Não	27	90	73.5-97.9
sim (diazepam)	3	10	2.1-26.5
Medicamento ansiolítico em 3º trimestre			
Não	27	90	73.5-97.9
sim (diazepam)	3	10	2.1-26.5
Efeitos Colaterais			
Não	23	76.7	57.7-90.1
Sim	7	23.3	9.9-42.3
Número de doses diárias em 1º trimestre			
0,1 – 1	17	56.7	37.4-74.5
1,1 – 2	8	26.7	12.3-45.9
2,1 – mais	5	16.7	5.6-34.7
Número de doses diárias em 2º trimestre			
0,1 – 1	19	63.3	43.9-80.1
1,1 – 2	8	26.7	12.3-45.9
2,1 – mais	3	10	2.1-26.5
Número de doses diárias em 3º trimestre			
0,1 – 1	18	60	40.6-77.3
1,1 – 2	8	26.7	12.3-45.9
2,1 – mais	4	13.3	3.8-30.7
Número de doses diárias total			
0,1 – 1	16	53.3	34.3-71.7
1,1 – 2	10	33.3	17.3-52.8

2,1 – mais

4 13.3

3.8-30.7

Algumas das características da assistência prestada, como número de médicos prescritores, número de consultas e faltas, estão representadas na Tabela 3. É predominante na amostra pacientes com um prescritor, exceto quando avaliamos o período total, e também o número significativo de pacientes sem faltas.

Tabela 3 – Características da assistência prestada aos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008. (variáveis nominais e ordinais).

	n	%	IC (95%)
Número de prescritores em 1º trimestre			
1 prescritores	25	83.3	65.3-94.4
2 prescritores	4	13.3	3.8-30.7
3 ou mais prescritores	1	3.3	0.1-17.2
Número de prescritores em 2º trimestre			
1 prescritores	25	83.3	65.3-94.4
2 prescritores	5	16.7	5.6-34.7
3 ou mais prescritores	0	0	
Número de prescritores em 3º trimestre			
1 prescritores	29	96.7	82.8-99.9
2 prescritores	1	3.3	0.1-17.2
3 ou mais prescritores	0	0	
Número de prescritores total			
1 prescritores	15	50	31.3-68.7
2 prescritores	6	20	7.7-38.6
3 ou mais prescritores	9	30	14.7-49.4
Número de consultas em 1º trimestre			
1 consulta	7	23.3	9.9-42.3
2-3 consultas	9	30	14.7-49.4
4 ou mais	14	46.7	28.3-65.7
Número de consultas em 2º trimestre			
0 consultas	9	30	14.7-49.4
1 consulta	9	30	14.7-49.4
2-3 consultas	5	16.7	5.6-34.7
4 ou mais	7	23.3	9.9-42.3
Número de consultas em 3º trimestre			

0 consultas	9	30	14.7-49.4
1 consulta	10	33.3	17.3-52.8
2-3 consultas	5	16.7	5.6-34.7
4 ou mais	6	20	7.7-38.6
Número total de consultas			
menos que 3 consultas	5	16.7	5.6-34.7
3-5 consultas	10	33.3	17.3-52.8
6-9 consultas	9	30	14.7-49.4
10 ou mais consultas	6	20	7.7-38.6
Número de faltas em 1º trimestre			
sem faltas	22	73.3	54.1-87.7
1 ou mais	8	26.7	12.3-45.9
Número de faltas em 2º trimestre			
sem faltas	23	76.7	57.7-90.1
1 ou mais	7	23.3	9.9-42.3
Número de faltas em 3º trimestre			
sem faltas	23	76.7	57.7-90.1
1 ou mais	7	23.3	9.9-42.3
Número de faltas totais			
sem faltas	16	53.3	34.3-71.7
1 ou mais	14	46.7	28.3-65.7

Na Tabela 4 estão descritas variáveis clínicas de número de co-morbidades, número de consultas e número de faltas de modo contínuo.

Tabela 4 – Características clínicas dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008. (variáveis contínuas).

		mínima	máxima	média	mediana	Moda
Número de co-morbidades	0	4	1.33	1	1	
Número de consultas						
	1º trimestre	1	9	3.233	3	4
	2º trimestre	0	6	1.733	1	0
	3º trimestre	0	8	1.7	1	0
	Total	1	19	6.467	5	4
Número de Faltas						
	1º trimestre	0	5	0.6	0	0

2º trimestre	0	2	0.267	0	0
3º trimestre	0	2	0.3	0	0
Total	0	6	1.167	0	0

A aderência encontrada está descrita abaixo na Tabela 5, na Tabela 6 e no Gráfico 1. A média da aderência no 1º trimestre demonstra diferença estatística em relação aos demais momentos.

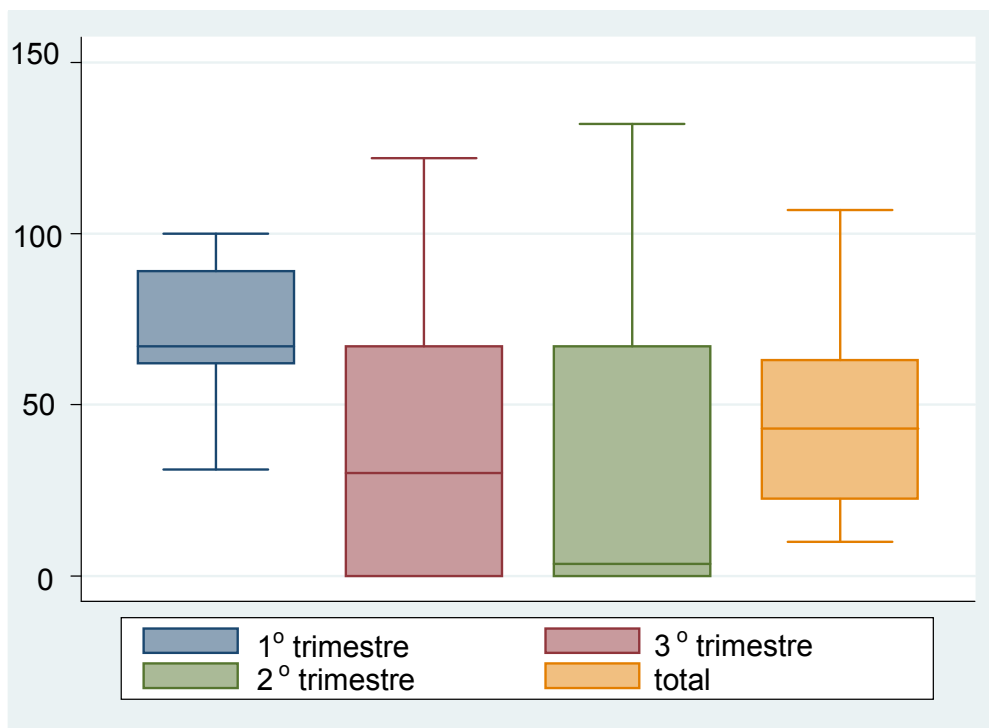
Tabela 5 – Aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008 (como variável contínua).

	Mínima (%)	Máxima (%)	Média (%)	IC (95%)	Mediana (%)
Aderência					
1º trimestre	31	100	71.8	64.7-78.8	67
2º trimestre	0	122	40.7	25.2-56.1	30
3º trimestre	0	132	38.2	21.64-54.7	35
Total	0	132	50.28	39.51-61.05	43

Tabela 6 – Aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008 (como variável ordinal).

		N	%	IC (95%)
Aderência				
1º trimestre	0-33%	2	6.7	0.5-22.1
	34-66%	10	33.3	17.3-52.8
	67% ou mais	18	60	40.6-77.3
2º trimestre	0-33%	16	53.3	34.3-71.7
	34-66%	5	16.7	5.6-34.7
	67% ou mais	9	30	14.7-49.4
3º trimestre	0-33%	16	53.3	34.3-71.1
	34-66%	2	6.7	0.8-22.1
	67% ou mais	12	40	22.7-59.4
Total	0-33%	12	40	22.7-59.4
	34-66%	11	36.7	19.9-56.1
	67% ou mais	7	23.3	9.9-42.3

Figura 1 – Distribuição da aderência (%) à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.



Os resultados encontrados no uso do teste t-student relativo à diferença de aderência estão na Tabela 7, bem como o nível de a significância. Há, como demonstram os resultados nessa tabela, diferença significativa da aderência do 1º trimestre em relação a ambos os outros.

Tabela 7 - Aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
T student			
1º trimestre	-	4.42	4.99
2º trimestre	4.42	-	0.32
Significância estatística (p)			

1º trimestre	-	0.0001	0.00001
2º trimestre	0.0001	-	0.7446

A relação das variáveis sexo, idade e naturalidade e o nível de significância estatística para cada uma em relação à aderência em cada trimestre está na Tabela 8.

Tabela 8 - Relação de sexo, idade e naturalidade com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Sexo		Idade (anos)			Naturalidade	
	homem	mulher	0-20	21-49	50 ou mais	Fpolis	Outros
1º trimestre (%)							
0-33	0	6.67	25	12.5	0	5	10
34-66	50	33.3	0	37.5	38.89	45	10
67 ou mais	50	60.0	74	50	61.1	50	80
p	0.535		0.244			0.157	
2º trimestre (%)							
0-33	50	54.17	50	75	44.4	55	50
34-66	16.67	16.67	25	12.5	16.67	20	10
67 ou mais	33.33	29.17	25	12.5	38.89	25	40
p	0.979		0.635			0.628	
3º trimestre (%)							
0-33	33.3	58.33	75	75	38.89	50	60
34-66	16.67	4.17	0	0	11.11	10	0
67 ou mais	50	37.5	25	25	50	40	40
p	0.392		0.377			0.57	
Total (%)							
0-33	33.3	41.67	75	62.5	22.2	35	50
34-66	33.3	37.5	0	25	50	45	20
67 ou mais	33.3	20.83	25	12.5	27.8	20	30
p	0.808		0.144			0.407	

A relação das variáveis cor, escolaridade e naturalidade e o nível de significância estatística para cada uma em relação à aderência em cada trimestre está na Tabela 9.

Tabela 9 - Relação de cor, escolaridade e estado civil com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Cor		Escolaridade			Estado Civil		
	branco	negro/ pardo	baixa	regular	alta	solteiro	casado	Outro
1º trimestre (%)								
0-33	4	20	16.67	0	0	9.09	7.69	0
34-66	36	20	33.3	16.67	66.7	18.18	46.15	33.3
67 ou mais	60	60	50	83.33	33.3	72.73	46.15	66.67
p	0.383		0.092			0.624		
2º trimestre (%)								
0-33	52	60	66.67	41.67	50	63.54	53.85	33.3
34-66	16	20	25	8.33	16.67	18.18	15.38	16.67
67 ou mais	32	20	8.33	50	33.3	18.18	30.77	50
p	0.865		0.266			0.734		
3º trimestre (%)								
0-33	52	60	58.33	41.67	66.67	54.55	46.15	66.67
34-66	8	0	8.33	8.33	0	0	15.38	0
67 ou mais	40	40	33.33	50	33.33	45.45	38.46	33.3
p	0.799		0.816			0.541		
Total (%)								
0-33	36	60	58.3	33.3	16.67	54.55	38.46	16.67
34-66	40	20	25	33.3	66.67	27.3	38.46	50
67 ou mais	24	20	16.67	33.3	16.67	18.18	23.1	33.3
p	0.582		0.312			0.671		

A relação das variáveis diagnóstico registrado no prontuário e co-morbidades e o nível de significância estatística para cada uma em relação à aderência em cada trimestre está na Tabela 10.

Tabela 10 - Relação do diagnóstico e co-morbidades com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Diagnóstico		Co-morbidades		
	Depressão	outros	Não	HAS/DM/dislip.	Outras
1º trimestre (%)					
0-33	9.52	0	11.11	0	12.5
34-66	33.3	33.3	22.22	46.15	25
67 ou mais	57.14	66.7	66.7	53.85	62.5
p	0.621		0.585		
2º trimestre (%)					
0-33	47.62	66.67	77.78	46.15	37.50
34-66	23.81	0	0	23.08	25
67 ou mais	28.57	33.3	22.22	30.77	37.5
p	0.27		0.406		
3º trimestre (%)					
0-33	52.38	55.56	66.67	30.77	75
34-66	9.52	0	11.1	7.69	0
67 ou mais	38.1	44.44	22.2	61.54	25
p	0.627		0.22		
Total (%)					
0-33	38.1	44.4	66.67	23.2	37.5
34-66	38.1	33.3	22.2	46.15	37.5
67 ou mais	23.81	22.2	11.1	30.8	25
p	0.947		0.371		

A relação das variáveis localidade distante e localidade com risco social e o nível de significância estatística para cada uma em relação à aderência em cada trimestre está na Tabela 11. Percebe-se que houve significância estatística ($p < 0.05$) na diferença de aderência com aqueles em localidade distante no 2º trimestre e com aqueles em localidade de risco social no 2º trimestre e no total.

Tabela 11 - Relação de localidade distante e localidade com risco social com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Localidade distante		Localidade com risco social	
	Não	Sim	Não	Sim
1º trimestre (%)				
0-33	10	0	8.7	0
34-66	35	30	34.78	28.57
67 ou mais	55	70	56.52	71.43
p	0.522		0.647	
2º trimestre (%)				
0-33	35	90	39.13	100
34-66	25	0	21.74	0
67 ou mais	40	10	39.13	0
p	0.016		0.018	
3º trimestre (%)				
0-33	45	70	43.48	85.7
34-66	10	0	8.7	0
67 ou mais	45	30	47.83	14.29
p	0.34		0.141	
Total (%)				
0-33	25	70	26.1	85.7
34-66	45	20	43.5	14.3
67 ou mais	30	10	30.4	0
p	0.059		0.017	

A relação das variáveis tipo de medicação (antidepressiva, estabilizador de humor e ansiolítico) e o nível de significância estatística para cada uma em relação à aderência em cada trimestre estão na Tabela 12, 13 e 14, respectivamente.

Tabela 12 - Relação de uso de antidepressivos com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Medicamentos antidepressivos									
	Primeiro trimestre			Segundo trimestre			Terceiro trimestre			
	não	FLX*	outros	não	FLX*	outros	não	FLX*	outros	
1º trimestre (%)										
0-33	0	10	0	-	-	-	-	-	-	
34-66	33.3	45	0	-	-	-	-	-	-	
67 ou mais	66.7	45	100	-	-	-	-	-	-	
p	0.073			-			-			
2º trimestre (%)										
0-33	100	45	57.14	75	45	66.67	-	-	-	
34-66	0	25	0	0	25	0	-	-	-	
67 ou mais	0	30	42.9	25	30	33.3	-	-	-	
p	0.259			0.498			-			
3º trimestre (%)										
	66.6									
0-33	7	55	42.86	50	55	50	50	52.38	60	
34-66	0	10	0	0	10	0	0	9.52	0	
67 ou mais	33.3	35	57.14	50	35	50	50	38.1	40	
p	0.749			0.843			0.905			
Total (%)										
0-33	66.7	35	42.8	50	35	50	50	33.3	60	
34-66	33.3	45	14.3	25	45	16.67	25	47.6	0	
67 ou mais	0	20	42.8	25	20	33.3	25	19.1	40	
p	0.412			0.752			0.371			

*Fluoxetina

Tabela 13– Relação de uso de medicamento estabilizador de humor com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Medicamento estabilizador do humor					
	Primeiro trimestre		Segundo trimestre		Terceiro trimestre	
	não	Sim	não	sim	não	Sim
1º trimestre (%)						
0-33	7.41	0	-	-	-	-
34-66	29.6	66.67	-	-	-	-
67 ou mais	63	33.3	-	-	-	-
p	0.421		-		-	
2º trimestre (%)						
0-33	51.85	66.67	53.85	50	-	-
34-66	18.52	0	19.23	0	-	-
67 ou mais	29.63	33.33	26.92	50	-	-
p	0.712		0.498		-	
3º trimestre (%)						
0-33	51.85	66.67	53.85	50	53.85	50
34-66	7.41	0	7.69	0	7.69	0
67 ou mais	40.74	33.33	38.46	50	38.46	50
p	0.831		0.805		0.8	
Total (%)						
0-33	40.7	33.3	42.3	25	42.3	25
34-66	33.3	66.7	34.6	50	34.6	50
67 ou mais	25.9	0	23.1	25	23.1	25
p	0.442		0.783		0.783	

Tabela 14 - Relação do uso de medicamento ansiolítico com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Medicamento ansiolítico					
	Primeiro trimestre		Segundo trimestre		Terceiro trimestre	
	não	sim	não	sim	não	sim
1º trimestre (%)						
0-33	8	0	-	-	-	-
34-66	40	0	-	-	-	-
67 ou mais	52	100	-	-	-	-
p	0.135		-	-	-	-
2º trimestre (%)						
0-33	52	60	55.56	33.3	-	-
34-66	20	0	18.52	0	-	-
67 ou mais	28	40	25.9	66.67	-	-
p	0.535		0.317		-	-
3º trimestre (%)						
0-33	52	60	55.56	33.3	55.56	33.33
34-66	8	0	7.41	0	7.41	0
67 ou mais	40	40	37.04	66.7	37.04	66.67
p	0.799		0.587		0.587	
Total (%)						
0-33	9	60	40.7	33.3	40.7	33.3
34-66	44	0	40.7	0	40.7	0
67 ou mais	20	40	18.6	66.7	18.6	66.7
p	0.173		0.139		0.139	

A relação da variável efeitos colaterais e o nível de significância estatística em relação à aderência em cada trimestre está na Tabela 15.

Tabela 15 - Relação de efeitos colaterais com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Efeitos Colaterais	
	Não	Sim
1º trimestre (%)		
0-33	8.7	0
34-66	34.78	28.6
67 ou mais	56.5	71.4
p	0.647	
2º trimestre (%)		
0-33	43.5	85.7
34-66	21.7	0
67 ou mais	34.8	14.3
p	0.131	
3º trimestre (%)		
0-33	52.17	57.1
34-66	8.7	0
67 ou mais	39.1	42.9
p	0.722	
Total (%)		
0-33	30.1	42.9
34-66	34.8	42.9
67 ou mais	26.1	14.2
p	0.805	

A relação da variável número de prescritores e o nível de significância estatística em relação à aderência em cada trimestre está na Tabela 16.

Tabela 16 - Relação de número de prescritores com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Número de prescritores					
	Primeiro trimestre			Segundo trimestre		
	1	2	3 ou mais	1	2	3 ou mais
2º trimestre (%)						
0-33	56	50	0	-	-	-
34-66	12	50	0	-	-	-
67 ou mais	32	0	100	-	-	-
p	0.158			-		
3º trimestre (%)						
0-33	56	50	0	60	20	0
34-66	8	0	0	4	20	0
67 ou mais	36	50	100	36	60	0
p	0.722			0.178		

A relação da variável número de consultas e o nível de significância estatística para cada uma em relação à aderência em cada trimestre está na Tabela 17. Nota-se significância estatística do número de faltas no primeiro trimestre com a aderência no último.

Tabela 17 - Relação de número de consultas com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Número de consultas							
	Primeiro trimestre				Segundo trimestre			
	0	1	2-3	4 ou mais	0	1	2-3	4 ou mais
2º trimestre (%)								
0-33	57.14	66.67	42.86	0	-	-	-	-
34-66	14.3	11.11	21.43	0	-	-	-	-
67 ou mais	28.57	22.22	35.71	0	-	-	-	-
p	0.857				-			
3º trimestre (%)								
0-33	85.7	55.5	35.7	0	88.9	44.4	40	28.5
34-66	0	22.25	0	0	0	11.1	20	0
67 ou mais	14.3	22.25	64.3	0	11.1	44.4	40	71.4
p	0.029				0.145			

A relação da variável número de faltas e o nível de significância estatística em relação à aderência em cada trimestre está na Tabela 18. Destaca-se o número de faltas no segundo trimestre com significante diferença em relação à aderência no último trimestre.

Tabela 18 - Relação de número de faltas com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Número de faltas			
	Primeiro trimestre		Segundo trimestre	
	sem faltas	1 ou mais	sem faltas	1 ou mais
2º trimestre (%)				
0-33	50	62.5	-	-
34-66	18.18	12.5	-	-
67 ou mais	31.82	25	-	-
p	0.828			-
3º trimestre (%)				
0-33	54.5	50	69.5	0
34-66	4.5	12.5	0	28.6
67 ou mais	40.9	37.5	30.5	71.4
p	0.742		0.001	

A relação das variáveis número de doses por trimestre e total e o nível de significância estatística para cada uma em relação à aderência em cada trimestre estão na Tabela 19 e 20, respectivamente.

Tabela 19 - Relação de número de doses com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Número de doses diárias								
	Primeiro trimestre			Segundo trimestre			Terceiro trimestre		
	0,1 - 1	1,1 - 2	2,1 - mais	0,1 - 1	1,1 - 2	2,1 - mais	0,1 - 1	1,1 - 2	2,1 - mais
1º trimestre (%)									
0-33	11.76	0	0	10.53	0	0	11.11	0	0
34-66	35.3	37.5	33.3	31.58	37.5	33.3	33.3	37.5	25
67 ou mais	52.94	62.5	80	57.9	62.5	66.67	55.56	64.5	75
p	0.673			0.868			0.795		
2º trimestre (%)									
0-33	64.7	50	20	63.1	37.5	33.3	66.7	37.5	25
34-66	17.65	25	0	15.8	5	0	11.1	37.5	0
67 ou mais	17.65	25	80	21	37.5	66.67	22.2	25	75
p	0.101			0.435			0.1		
3º trimestre (%)									
0-33	70.6	37.5	20	68.4	25	33.3	72.22	25	25
34-66	0	12.5	20	0	12.5	33.3	0	12.5	25
67 ou mais	29.4	50	60	31.6	62.5	33.3	27.78	62.5	50
p	0.17			0.075			0.077		
Total (%)									
0-33	52	37.5	0	52.6	25	0	55.6	25	0
34-66	29	37.5	60	26.3	37.5	100	37.5	37.5	75
67 ou mais	17	25	40	23.1	37.5	0	16.7	37.5	25
p	0.336			0.1			0.187		

Tabela 20 - Relação do total de doses diárias com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Aderência	Número de doses diárias – Total		
	0,1 - 1	1,1 - 2	2,1 - mais
1º trimestre (%)			
0-33	12.5	0	0
34-66	37.5	30	25
67 ou mais	50	70	75
p	0.639		
2º trimestre (%)			
0-33	68.75	40	25
34-66	12.5	30	0
67 ou mais	18.75	30	75
p	0.14		
3º trimestre (%)			
0-33	75	30	25
34-66	0	10	25
67 ou mais	25	60	50
p	0.082		
Total (%)			
0-33	56.25	30	0
34-66	31.25	30	30
67 ou mais	12.5	40	40
p	0.143		

Os graus de correlação, avaliado por meio da correlação de Pearson, entre as variáveis contínuas idade, número de prescritores e número de faltas com a aderência em cada trimestre estão na Tabela 21.

Tabela 21 - Graus de correlação, avaliado por meio da correlação de Pearson, entre as variáveis contínuas idade, número de prescritores e número de faltas com aderência à medicação dos pacientes portadores de transtorno mental que iniciaram tratamento contínuo na Unidade Local de Saúde do Saco dos Limões, entre 1 outubro de 2007 a 31 de março de 2008.

Correlação (r)	Aderência			
	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Total
Idade	0,35	0,32	0,46	0,46
Número de prescritores				
3 meses	-	0,26	0,27	-
6 meses	-	-	0,42	-
9 meses	-	-	-	-
Total	-	-	-	-
Número de consultas				
3 meses	-	0,09	0,44	-
6 meses	-	-	0,38	-
9 meses	-	-	-	-
Total	-	-	-	-
Número de Faltas				
3 meses	-	0,5	0,2	-
6 meses	-	-	0,51	-
9 meses	-	-	-	-
Total	-	-	-	-

5 DISCUSSÃO

A escolha de se realizar um trabalho a respeito da aderência à medicação veio da escassez de publicações locais, o que contrasta com a relevância atribuída ao tema por grandes instituições internacionais, incluindo aí a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽²⁵⁾. Optou-se também pelo uso de dados de cadastro eletrônico registrados no programa *Infoestoque* pela facilidade que esse recurso apresenta para obtenção de dados, principalmente para o objetivo proposto, pois é possível com ele acessar rapidamente diversas informações.

Já a escolha do tema saúde mental, e não uma patologia específica, veio no sentido de abordar a questão de maneira mais ampla ao mostrar um panorama deste que é um dos temas mais importantes para a atenção básica⁽²⁶⁾.

Esta pesquisa, além ser delineada para expor uma situação de dificuldade percebida na prática, propôs a busca de fatores que possam estar se relacionando com a aderência. É de se registrar que muitas informações foram retiradas de prontuários de forma retrospectiva, o que por si só trouxe uma limitação, uma vez que foi perceptível a despreocupação dos funcionários prestadores de assistência com o bom preenchimento dos dados clínicos. Ainda que se pese a tentativa incessante de rigor científico dos autores, admite-se limitações no preenchimento dos dados e recomenda-se cautela na interpretação dos resultados obtidos.

Em estudo com 9.000 pacientes maiores de 18 anos para estimar a prevalência de transtornos mentais em 12 meses, Kessler *et al*⁽²⁷⁾ descrevem que 6.7% da população em geral apresentou depressão maior, sendo 4.2% classificadas como moderada ou grave, com maior risco relativo para mulheres, brancas e menor nível sócio-econômico. Já em nossa amostra, ficou clara a tendência de se iniciar tratamento contínuo em transtornos mentais para pacientes diagnosticados como depressão em 70% dos casos, para mulheres em 80%, de cor branca em 83.3%, fazendo uso da fluoxetina (66.7-70%). Tal fato pode ter relação com a maior prevalência desse transtorno de humor nessa população e suas características epidemiológicas, como proporção maior de mulheres^{(27), (28), (29)}.

Como descreveu Andersson *et al* na validação do método de verificação de adesão por repetição de prescrição, a meta ideal de aderência é de 80 a 120 %⁽³⁰⁾. Em uma revisão sistemática, Cramer e Rosenheck⁽¹²⁾ descrevem que a adesão entre pacientes com doenças ditas físicas foi de uma média 76%, enquanto que aqueles com doença psíquica era de 58% no caso do diagnóstico de psicoses e de 65% no de depressão⁽³¹⁾. Por tanto, os valores obtidos no serviço estudado, ainda que passíveis de atenção, estão de acordo com a hipótese inicial. Nele,

a adesão à medicação da população em todo o período é insatisfatória, tanto no 1º trimestre (71.8%), no 2º trimestre (40.7%) e no 3º trimestre (38.2%), quanto no total (50.3%).

Em texto publicado pela OMS, em que consta mais de 200 páginas onde são citados diversos artigos em vários países, em grande gama de patologias crônicas, Sabaté *et al* corrobora o fenômeno da dificuldade de se manter tratamentos a longo prazo⁽²⁵⁾, Esse documento justamente visa discutir a importância do tema quando se lida com tratamentos crônicos e de colocar em pauta esse desafio para todos os serviços de saúde. Ao encontro dessa informação, houve em nosso estudo uma queda significativa da aderência do 1º trimestre em relação ao restante do período ($p < 0.05$).

Em um estudo, Lin *et al.*⁽³²⁾ descreveu, em coorte histórica com 1671 de pacientes com depressão na atenção primária, que, após 6 a 8 semanas do tratamentos, 32 a 42% já não estavam seguindo sua prescrição médica. Em outra coorte realizada nos Estados Unidos também na atenção básica em pacientes em uso de antidepressivos, Hunot *et al*⁽³³⁾ encontrou um valor de 19% de continuidade de tratamento no final de 6 meses do seu início. Tanto os dados presentes nessa pesquisa quanto os anteriormente mencionados suscitam preocupação com o potencial terapêutico na prática da atenção primária de uma das mais importantes ferramentas do arcabouço utilizado na medicina moderna para o tratamento de transtornos mentais graves, que é a medicação de uso contínuo. No caso dos antidepressivos, por exemplo, é recomendado por diretrizes clínicas o uso de pelo menos por 6 meses para se atingir o potencial máximo de resposta^{(34), (35)}. Por tanto, é de se imaginar que muitos dos pacientes não estão aproveitando de toda a potencialidade dos tratamentos, o que poderá acarretar em perda de uma janela terapêutica para esses pacientes e aumento de internações, além de perda de dias produtivos e necessidade posterior de tratamento posterior mais longo e complexo. A OMS fez uma estimativa de que no ano de 2020 a depressão será a 2ª causa de perda de dias produtivos em todo mundo⁽²⁸⁾, muito provavelmente relacionada também a essa típica baixa adesão.

Melo *et al*⁽¹⁹⁾, em sua coorte histórica em Belo Horizonte onde foi registrado o abandono do tratamento e acompanhamento em um serviço de referência secundária, o risco relativo de abandono para pacientes cujo domicílio estava fora da área de referência foi de 1.95 (com intervalo de confiança de 95% igual a 1.18 a 3.21). Quando o paciente tinha seu transporte garantido por uma ambulância, este fato se mostrou protetor para o abandono (risco relativo de 0.4, com intervalo de confiança de 95% entre 0.21 e 0.74). Entre as variáveis estudadas por nós, houve significância estatística nas referentes a localidade geográfica do endereço da residência fixa registrada nos prontuários. A aderência no 2º trimestre mostrou

diferença importante ($p=0.016$) para pacientes em que se supõe dificuldade de acesso à Unidade Local de Saúde, esse sendo instituído quando a residência fixa está há mais de dois quilômetros em linha reta. A aderência total mostra uma tendência de relação, sem ser significativa ($p=0.059$).

A percepção de que a proximidade do serviço de saúde é importante para o impacto preconizado pelo mesmo vem ao encontro do que preconiza uma das diretrizes em que se fundamenta o Sistema Único de Saúde ⁽³⁶⁾, que é a regionalização. Em se tratando de saúde mental, podemos sugerir que uma das barreiras enfrentadas no modelo hospitalocêntrico e manicomial seria a necessidade de se referenciar grandes áreas. É possível, também, conjecturar que a aproximação da saúde mental com a atenção básica pode melhorar os resultados obtidos e, com isso, a qualidade da assistência prestada. Além disso, o bom planejamento das áreas de referência de cada Unidade Local e Saúde (ULS) é relevante para evitar situações complexas. Uma reivindicação da própria equipe da ULS do Saco dos Limões é, inclusive, o desmembramento de alguma de suas áreas, chamada como Caiera, por apresentar uma dificuldade de acesso evidente segundo relatos prestados ao autor espontaneamente e em diversas ocasiões. Esperamos que esta monografia e os resultados aqui publicados possam contribuir de alguma forma com esta causa.

Em uma análise da dificuldade de implementação do Sistema Único de Saúde em um município de grande porte, Pinto *et al* ⁽³⁶⁾ discute a tentativa de reorganização do sistema de saúde daquele município, com áreas heterogêneas e em grandes zonas de interesse social, sendo essa uma importante medida de promoção da saúde. Segundo Cohen *et al* a precariedade habitacional, deterioração da qualidade de vida, impacto na saúde de ambientes insalubres e o distanciamento da comunidade científica da realidade comprovam a necessidade de aumentar a eficácia e eficiência das políticas públicas de saúde ⁽³⁷⁾.

Neste trabalho, outro achado foi a associação de um dado geográfico descrito como residências em localidade de risco social ou também chamadas de áreas especiais de interesse social, tanto no 2º trimestre ($p=0.018$) como no total ($p=0.017$). O Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (IPUF) define esse território por critérios próprios ⁽²⁴⁾, incluindo os sócio-econômicos como número de moradores abaixo da linha da pobreza e precariedade das habitações. Deve-se ressaltar que, ainda que haja certa correspondência com a distância à ULS já discutida acima, este conceito é mais abrangente e mostrou melhor relação com a adesão ao longo dos 9 meses estudados. Por se tratar de um conceito que vem recentemente sendo aplicado aos planos diretores de diversos municípios, ainda há poucos dados referentes, não sendo encontrada alguma correspondência em estudos publicados que pudesse servir de

comparação. Em um estudo no município de Juiz de Fora ⁽¹⁸⁾, em serviço de atenção secundária, não houve diferença estatística para renda ou níveis sócio-econômicos diferentes, nem para grau de escolaridade. Em nosso estudo, também não houve relação clara da escolaridade com o desfecho.

Propõem-se mais estudos para elucidar essa variável, uma vez que são crescentes em zonas urbanas as áreas de dificuldade habitacional. Tal relação exata com diversos aspectos da saúde, tanto mental quanto em geral, ainda é pouco pesquisada. Fica aqui a reflexão de que, talvez, a eficiência do tratamento medicamentoso para pacientes portadores de transtorno mental dependa de certas variáveis mais complexas do que os grandes estudos patrocinados por laboratórios fazem convir.

Entre as características da assistência clínica Melo *et al* ⁽¹⁹⁾, encontrou relação do seu desfecho, no caso abandono do tratamento, com a assistência prestada. Nesse estudo, paciente que tiveram menos de uma consulta ao mês apresentaram um risco relativo de abandono de 4.8 (com intervalo de confiança de 95% de 2.67 a 8.61). Foi positiva, em nossa pesquisa, a variável temporal que relaciona o número de consultas no primeiro trimestre com a aderência no último trimestre ($p=0.029$), com a obtenção de uma correlação classificada como fraca ⁽³⁸⁾ ($r = 0.27$). Nos demais períodos não houve diferença significativa e a correlação permaneceu baixa. É possível se imaginar que o aumento de consultas possa funcionar como método educacional de melhora da aderência com o aumento da motivação do paciente e superação de adversidades iniciais, porém são necessários mais estudos com amostras mais expressivas para se afirmar com mais propriedade.

Em grande revisão sistemática a respeito do tema indexada na Cochrane Database Systematic Review, Haynes *et al* ⁽³⁹⁾ expressão que há certa significância estatística em ensaios clínicos randomizados com o uso de métodos de intervenção na aderência em pacientes portadores de transtorno mental, principalmente em depressão. Na amostra foram utilizados alguns estudos com métodos educacionais e sistematizados que incluíam maior número de consultas e explicações específicas sobre vantagens e características do tratamento. Entretanto, o trabalho ressalta a dificuldade de generalizar esses resultados, pela diversidade dos métodos empregados e importância de mais estudos.

Ainda nos preditivos da assistência, encontramos os pacientes com faltas no 2º trimestre com uma melhor aderência no 3º trimestre ($p=0.001$), inclusive com correlação direta e moderada ³⁸ ($r=0.51$). Este resultado, ao invés da premissa inicial e lógica, deve ser avaliado com cuidado, pois pacientes que se consultam com maior frequência tem maior probabilidade de falta, enquanto aqueles em que houve abandono precoce tanto da medicação

quanto do acompanhamento não podem ter faltas no restante do período. Ressalta-se ainda a inexistência de diferença estatística das faltas no 1º trimestre para o desfecho nos demais períodos. Corroborando essa idéia vem o fato de que muitas consultas no serviço estudado são marcadas em livre demanda, não necessariamente relacionadas à perda de um retorno, mas sim a vontade de uma nova consulta, vontade essa que pode, eventualmente, ser sanada antes da data prevista para tal. Contudo, outra interpretação cabível é a de que, nesse serviço e possivelmente em outros, talvez seja inconveniente tentar identificar os pacientes em má adesão através de uma lista de faltantes.

O presente trabalho provê, de maneira indireta, um modelo de como está a assistência a portadores de transtorno mental na Unidade Básica de Saúde do Saco dos Limões, o que esperamos ter contribuído com melhorias na prestação de serviços ao público nessa unidade e o sugestionamento em outras representantes da atenção básica.

Por fim, destacamos as limitações de uma amostra restrita, quando alguns fatores estudados aqui podem interferir na aderência e seus resultados não serem representativos em pequenos grupos populacionais.

Os dados aqui obtidos vêm salientar a dificuldade e complexidade de manter um paciente portador de transtorno mental em uso contínuo de medicação durante um período expressivo. São necessários mais estudos para que se possa esclarecer alguns achados aqui expostos, principalmente com amostra mais expressivas. Outra sugestão é a abordagem não só do tratamento medicamentoso, mas também de terapias cognitivo-comportamentais.

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

6 CONCLUSÕES

- 1 A aderência à medicação no 1º trimestre é de 71.8%, no 2º é de 40.7% e no 3º é de 38.2, com um total e 50.3%. Há diferença de aderência entre o 1º e o 2º trimestre ($p=0.0001$) e entre o 1º e o 3º trimestre ($p=0.00001$). Não há diferença estatisticamente significativa entre o 2º e o 3º trimestre ($p=0.744$).
- 2 Na amostra 80% são mulheres, a idade média é de 45.5 anos, 66,7% são naturais de Florianópolis, 83.3% são de cor branca, 40% tem escolaridade de analfabetismo a fundamental incompleto, 40% de fundamental completo a médio incompleto e 20% médio completo a superior completo. Há também 43.3% de casados e 36.7% de solteiros, 33.7% em localidade distante e 23.3% em localidade de interesse social.
- 3 Quanto às características clínicas, 70% apresentam diagnóstico de depressão, 30% não apresentam co-morbidades e 43% apresentam como co-morbidades hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes melitus e/ou dislipidemia. De 66.7 a 70% usam fluoxetina, 10 a 13% estabilizadores de humor (ácido valpróico ou lítio) , 10 a 16.7% diazepam e 23.3% apresentam efeitos colaterais. O número de doses médias diárias de 0.1 a 1 é de 53.3%, 1.1 a 2 de é de 33.3% e 2,1 ou mais é de 13.3%.
- 4 Na assistência médica, 50% têm um médico prescritor, 20% dois prescritores e 30% três ou mais prescritores. A média do número de consultas é e 6.467 ao longo de todo período.
- 5 No trabalho não há relação de aderência ao tratamento medicamentoso com sexo, idade, naturalidade, cor, escolaridade, estado civil, diagnóstico, co-morbidades, medicação utilizada, efeitos colaterais, número de doses diárias e número de prescritores. Há diferença estatisticamente significativa no que se refere à aderência em localidades distantes no 2º trimestre ($p=0.016$), localidades com interesse social com a aderência no 2º trimestre ($p=0.018$) e com a total ($p=0.017$), também com número de consultas do 1º com a aderência no último trimestre ($p=0.029$) e número de faltas no 2º trimestre com a do 3º ($p=0.001$).

REFERÊNCIAS

1. Cushing H. The life of Sir William Osler. Oxford,: The Clarendon press; 1925.
2. World Health Organization. The World health report : 2002 : Reducing the risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. McDonnell PJ, Jacobs MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann Pharmacother.* 2002 Sep;36(9):1331-6.
4. Senst BL, Achusim LE, Genest RP, Cosentino LA, Ford CC, Little JA, et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am J Health Syst Pharm.* 2001 Jun 15;58(12):1126-32.
5. Haynes R. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Johns Hopkins University Press. 1979.
6. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol.* 1993 Sep 30;72(10):68D-74D.
7. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care.* 2004 Mar;42(3):200-9.
8. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000 Jul 24;160(14):2101-7.
9. Vergouwen AC, van Hout HP, Bakker A. [Methods to improve patient compliance in the use of antidepressants]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2002 Feb 2;146(5):204-7.
10. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry.* 2002 Oct;63(10):892-909.
11. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry.* 2000 Aug;61(8):549-55.
12. Spilker B, Cramer JA. Patient compliance in medical practice and clinical trials. New York: Raven Press; 1991.
13. Golin CE, Liu H, Hays RD, Miller LG, Beck CK, Ickovics J, et al. A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *J Gen Intern Med.* 2002 Oct;17(10):756-65.

14. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2002 Dec;63(12):1121-8.
15. Ellis JJ, Erickson SR, Stevenson JG, Bernstein SJ, Stiles RA, Fendrick AM. Suboptimal statin adherence and discontinuation in primary and secondary prevention populations. *J Gen Intern Med*. 2004 Jun;19(6):638-45.
16. Murphy DA, Sarr M, Durako SJ, Moscicki AB, Wilson CM, Muenz LR. Barriers to HAART adherence among human immunodeficiency virus-infected adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003 Mar;157(3):249-55.
17. Stuart B, Zacker C. Who bears the burden of Medicaid drug copayment policies? *Health Aff (Millwood)*. 1999 Mar-Apr;18(2):201-12.
18. Ribeiro MS. Factors associated to treatment dropout in mental health. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(1):16-22.
19. Melo AP, Guimaraes MD. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005 Jun;27(2):113-8.
20. Marchi MPPR. Evaluation in two outpatients mental health services in Campinas. *J bras psiquiatr*. 1994;43(8):429-32.
21. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº. 02/2008. (2008).
22. Lau HS, de Boer A, Beuning KS, Porsius A. Validation of pharmacy records in drug exposure assessment. *J Clin Epidemiol*. 1997 May;50(5):619-25.
23. Christensen DB, Williams B, Goldberg HI, Martin DP, Engelberg R, LoGerfo JP. Assessing compliance to antihypertensive medications using computer-based pharmacy records. *Med Care*. 1997 Nov;35(11):1164-70.
24. Grando SH. Sistema Geográfico de Informações na Saúde Geoprocessamento e Territorialização. In: SAÚDE SMD, editor. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS; 2006.
25. Sabaté E, WHO Adherence to Long Term Therapies Project., Global Adherence Interdisciplinary Network., World Health Organization. Dept. of Management of Noncommunicable Diseases. Adherence to long-term therapies : evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
26. The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

27. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):617-27.
28. Guilbert JJ. The world health report 2002 - reducing risks, promoting healthy life. *Educ Health (Abingdon)*. 2003 Jul;16(2):230.
29. Kendler KS, Gardner CO, Jr. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry*. 1998 Feb;155(2):172-7.
30. Andersson K, Melander A, Svensson C, Lind O, Nilsson JL. Repeat prescriptions: refill adherence in relation to patient and prescriber characteristics, reimbursement level and type of medication. *Eur J Public Health*. 2005 Dec;15(6):621-6.
31. Krienne R. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005 Nov 3;353(18):1972-4; author reply -4.
32. Lin EH, Katon WJ, Simon GE, Von Korff M, Bush TM, Walker EA, et al. Low-intensity treatment of depression in primary care: is it problematic? *Gen Hosp Psychiatry*. 2000 Mar-Apr;22(2):78-83.
33. Hunot VM, Horne R, Leese MN, Churchill RC. A Cohort Study of Adherence to Antidepressants in Primary Care: The Influence of Antidepressant Concerns and Treatment Preferences. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(2):91-9.
34. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002 May 21;136(10):765-76.
35. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2006 Nov;163(11):1905-17.
36. Pinto NR, Tanaka OY, Spedo SM. [Health policy and management in the (re)construction of the Unified National Health System (SUS) in a large municipality: a case study of Sao Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2009 Apr;25(4):927-38.
37. Cohen SC. Healthy house in the Family Health Program (PSF): a strategy for the health and environment public politics. *Journal [serial on the Internet]*. 2004 Date: Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a26v09n3.pdf>.
38. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977 Mar;33(1):159-74.
39. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(2):CD000011.

NORMAS ADOTADAS

O presente trabalho foi elaborado segundo a normatização para trabalhos de conclusão de curso de graduação em medicina, aprovada em reunião do colegiado do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXOS

ANEXO 1

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



CERTIFICADO Nº 208

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

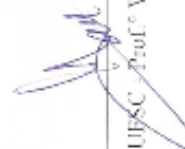
PROCESSO: 219/08 FR- 210830

TÍTULO: "Aderência à medicação em pacientes portadores de transtorno mental em uma unidade básica de saúde".

AUTORES: Walter Ferreira de Oliveira e Alexandre Laner Cardoso

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 29 de setembro de 2008.


 Coordenador do CEPSH/UFSC / Prof.º Washington Portela de Souza

APÊNDICES

