

Adesão em esquizofrenia

Compliance in schizophrenia

MOACYR ALEXANDRE ROSA¹, HÉLIO ELKIS²

¹ Membro do Projeto Esquizofrenia (Projesq) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

² Professor-associado livre-docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Coordenador do Projeto Esquizofrenia (Projesq) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).
Pós-doutorado pela Case Western Reserve University, EUA. Membro do International Psychopharmacology Algorithm Project (www.ipap.org).

Resumo

Contexto: A não adesão a tratamento é um dos principais obstáculos para o controle adequado da sintomatologia presente em pacientes com esquizofrenia. **Objetivo:** Revisar as principais questões relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso entre pacientes com esquizofrenia. **Método:** Foi feita uma revisão bibliográfica abrangente (PubMed e Lilacs), incluindo artigos que relacionassem adesão ao tratamento medicamentoso e esquizofrenia. Os resultados foram resumidos para que pudessem ser apresentados de forma didática. **Resultados:** São relatadas as taxas médias de adesão (que estão ao redor de 50%). Os principais fatores relacionados são aqui considerados, incluindo os fatores sociodemográficos, características psicológicas dos pacientes, como perda de *insight*, negação da doença e percepção do benefício da medicação, a educação do paciente, o relacionamento com o médico e a complexidade do regime medicamentoso. São comentados os modos de detectar e avaliar o grau de adesão e os principais meios que podem ser utilizados para melhorar a adesão dos pacientes. **Conclusão:** Os fatores relacionados à não adesão devem ser levados em consideração em qualquer plano terapêutico eficaz.

Rosa, M.A.; Elkis, H. / *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 2; 189-192, 2007

Palavras-chave: Adesão ao tratamento, cooperação do paciente, efeitos de drogas, esquizofrenia, antipsicóticos.

Abstract

Context: Non compliance is one of the main obstacles to an adequate control of the symptoms present in patients with schizophrenia. **Objective:** To review the reasons to treatment compliance and non compliance to drug treatment among patients with schizophrenia. **Method:** A comprehensive bibliographic review was performed (PubMed and Lilacs), including papers that related compliance to drug treatment and schizophrenia. Results are presented in a short form to be more didactic. **Results:** Mean rates of compliance are reported between 50%. Main factors related to compliance, include socio-demographic variables, education level psychological profile of the patients, lack of insight, illness denial and perception of benefits from medication, relationship with the doctor and drug regimen complexity. It must also be taken into consideration the ways to detect and evaluate adherence degree as well as the means that can be used to improve compliance. **Conclusion:** Factors related to non compliance should be taken into account in all therapeutic planning.

Rosa, M.A.; Elkis, H. / *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 2; 189-192, 2007

Key-words: Compliance, patient's cooperation, drug treatment, schizophrenia, antipsychotics.

Introdução

Todo médico experiente tem em mente que não basta prescrever uma medicação para o sucesso terapêutico, por mais eficaz e adequada que ela seja para a patologia do enfermo. A prática médica, como um todo, se ressentiu disso e a prática psiquiátrica em particular. Segundo Blackwell (1976), há duas razões pelas quais os psiquiatras necessitam preocupar-se com o assunto. A primeira é a implicação que tem na prática clínica pessoal. A segunda é para prover consultoria especializada para outros profissionais de saúde.

A adesão também é importante na pesquisa psicofarmacológica (Bebbington, 1995). A adesão ou não interfere na demonstração da eficácia de um tratamento. Sabe-se que há dificuldades consideráveis para evitar os erros na comprovação da eficácia de novas medicações e na comparação dos seus efeitos com as drogas tradicionais ou com o placebo. Um dos fatores geradores de erro, que nem sempre recebe a devida consideração, recai sobre o fato de identificar exatamente se o paciente está tomando a medicação conforme lhe foi prescrita.

Fatores socioeconômicos também devem ser considerados (Thieda *et al.*, 2003). Nos Estados Unidos, o custo anual total estimado para admissões hospitalares de curto prazo (menor ou igual a 90 dias) para recaídas de esquizofrenia é de US\$ 2,3 bilhões e o custo de readmissões é de US\$ 2 bilhões. A perda da eficácia neuroléptica é responsável por, aproximadamente, 60% do custo, enquanto a não adesão ao tratamento é responsável por 40% (Weiden e Olfson, 1995). São poucos os dados disponíveis sobre a situação no Brasil, mas é provável que representem também uma quantidade de vulto.

No exterior, a literatura tem aumentado espantosamente, refletindo um interesse crescente (Kissling, 1994). No Brasil, nosso grupo realizou um estudo em dois hospitais públicos de São Paulo (Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e Santa Casa de Misericórdia) para avaliar o grau de adesão dos pacientes com esquizofrenia e os principais motivos para adesão ou não adesão (Rosa *et al.*, 2005).

Taxas de não adesão

Apesar de haver uma crença de que a não adesão na esquizofrenia seja resultado, principalmente, do próprio processo da doença, as taxas correspondem àquelas relatadas para outras doenças crônicas. Nestas, a adesão é menor quando a doença é prolongada, quando o tratamento é profilático (e não curativo) e quando as consequências de se parar o tratamento demoram mais para aparecer (a recaída não é imediata). Nesses transtornos, a adesão diminui progressivamente com o tempo (Fenton *et al.*, 1997).

A informação existente sobre pacientes psiquiátricos sugere taxas similares àquelas relatadas para pacientes com outras doenças crônicas. Em média, a não adesão

para transtornos psiquiátricos em geral gira em torno de 50%.

As estimativas variam de acordo com diversos fatores, tais como: o tipo de população estudada, a definição de adesão empregada e o procedimento utilizado para avaliar o grau de adesão.

Weiden *et al.* (1995) relataram a não adesão de 23% dos pacientes em um mês, 42% em seis meses e 46% em 12 meses após a internação. Estima-se que a taxa mensal de recaída seja de 3,5% para pacientes aderentes ao tratamento e de 11% para pacientes não aderentes (Weiden e Olfson, 1995).

Young (1986) fez uma revisão de 26 estudos, encontrando uma média de não adesão, em um ano, de 41% (com variação entre 10% e 76%) para medicações administradas oralmente e de 25% (com variação entre 14% e 36%) para medicações injetáveis de depósito.

Considerando especificamente a adesão na esquizofrenia, sabemos que a falha na adesão é um dos principais determinantes do prognóstico, aumentando significativamente a chance de recaída, de re-hospitalização e a duração das readmissões (Casper e Regan, 1993). Sabemos também que, quanto mais surtos, maior a perda nas funções psíquicas do paciente (Davis e Andriukaitis, 1986). A profilaxia com antipsicóticos é comprovadamente eficaz, reduzindo de forma drástica o número de novos surtos e a intensidade deles (Wyatt, 1991).

Consistente com esses dados está o achado recente que mostra que pacientes que recaíram mostravam taxas de não adesão entre 38% e 68% (Owen *et al.*, 1996).

No estudo realizado pelo nosso grupo, 50 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia foram selecionados. Foi realizada uma entrevista clínica e foram aplicadas as escalas BPRS-A (Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – versão ancorada) e uma versão expandida da ROMI (Escala de Influências Medicamentosas) (Weiden *et al.*, 1994; Rosa e Marcolin, 2000) na avaliação basal. A BPRS-A foi utilizada nas visitas seguintes (cerca de uma vez por mês). A falta consecutiva a duas consultas sem explicação ou a ingestão de menos de 75% (segundo relato familiar escrito) da medicação prescrita foram consideradas não adesão ao tratamento. Observamos que a taxa de não adesão foi de 48% em um ano. O grupo não aderente teve uma piora na sintomatologia psicótica inicial ($p < 0,05$) e havia estado em tratamento por um período de tempo mais célere ($p = 0,007$). A escala ROMI mostrou que a “percepção de benefício diário” foi o fator mais associado à adesão e o sentimento de “desconforto por efeitos colaterais” estava mais associado à não adesão (Rosa *et al.*, 2005).

Devido ao fato de a recaída ocorrer, tipicamente, semanas ou, até mesmo, meses após a descontinuação da medicação, os pacientes raramente atribuem-na à não adesão. Isto torna a adesão algo essencial para uma boa evolução, em longo prazo, do portador desta doença, pois a não adesão resulta num incalculável sofrimento aos pacientes e aos seus familiares e também num

custo econômico altíssimo para os serviços públicos de saúde.

Fatores relacionados à adesão

Blackwell (1976) categoriza os erros na adesão ao tratamento medicamentoso em quatro grupos. Em primeiro lugar, os erros de omissão, ou seja, não tomar o que foi prescrito. Depois, os erros de finalidade, ou seja, tomar o remédio para razões erradas. Em terceiro lugar, os erros de dosagem, o que, em geral, significa ingerir menos medicamento que o necessário. Por fim, os erros na periodicidade ou seqüência das ingestões. A literatura se restringe quase que exclusivamente ao estudo dos erros de omissão.

As variáveis mais importantes relacionadas à adesão ao tratamento incluem os fatores sociodemográficos, as características psicológicas dos pacientes, como perda de “insight”, negação da doença e percepção do benefício da medicação, a educação do paciente, o relacionamento com o médico e a complexidade do regime medicamentoso.

Avaliação da adesão

A dificuldade em definir o que é adesão vai ao encontro da própria dificuldade para detectá-la. A capacidade do médico em identificar a não adesão é bastante limitada e uma porcentagem razoável de casos de não adesão ou de adesão parcial passa despercebida pelos profissionais.

Os métodos mais comumente utilizados para avaliar a adesão incluem o relato do paciente, a contagem de pílulas, a detecção da droga (por meio da urina, do sangue ou da saliva) e a presença de efeitos colaterais. Testes e escalas foram desenvolvidos para predizer a adesão e determinar os principais fatores que podem influenciá-la.

Os principais pontos nos quais podem ser identificados os fatores de risco para a não adesão na esquizofrenia são as variáveis relativas ao paciente (variáveis demográficas, atitude para com o tratamento e a doença, nível de “insight”, medo de ser internado etc), à doença (em geral, os não aderentes têm níveis maiores de sintomas psicóticos positivos, com maior desorganização, hostilidade e desconfiança; também costumam ter menor adesão quando há uso ou abuso de álcool e/ou drogas), ao tratamento (efeitos colaterais, via de administração e complexidade do regime), aos profissionais de saúde (uma aliança terapêutica positiva facilita a adesão à medicação e vice-versa) e ao ambiente (suporte social e familiar, questões financeiras) (Karow *et al.*, 2007).

Para melhorar a adesão

A literatura oferece algumas sugestões sobre como melhorar a adesão dos pacientes. Consideraremos alguns aspectos importantes.

O paciente

No que diz respeito às variáveis relativas ao paciente, o melhor que se pode fazer é procurar educá-lo, entendendo-se aqui o termo educação em um sentido mais amplo que a simples “informação”. O treinamento de habilidades em áreas relacionadas à medicação parece mais eficaz do que simplesmente prover informação.

Eckman *et al.* (1990) organizaram um módulo para manejo de medicação que treinava os pacientes em quatro áreas:

- obtenção de informação sobre as medicações;
- administração da medicação e avaliação dos seus benefícios;
- identificação dos efeitos colaterais;
- e negociação da medicação com os profissionais de saúde.

Em um período de três meses, após 15 a 20 semanas de treinamento, houve uma melhoria significativa no conhecimento sobre a medicação, na habilidade de utilização e na adesão (de 67% para 82%, quando avaliada pelos pacientes, e de 60% para 79%, quando avaliada pelos profissionais de saúde).

Kelly *et al.* (1990) descreveram duas intervenções que reduziram a não adesão em um seguimento de seis meses. A primeira delas foi uma intervenção individual feita por um educador de saúde, antes das primeiras duas consultas após a alta, sendo que enfocava a melhora da habilidade do paciente em comunicar-se com os profissionais, expressando suas preocupações e perguntando suas dúvidas. A segunda delas foi uma intervenção familiar e incluía três visitas domiciliares, enfocando o desenvolvimento de um plano de adesão individualizado e orientado comportamentalmente que, se necessário, incluiria o envolvimento da família após a alta.

Os autores acreditavam que os ingredientes críticos, em cada uma dessas intervenções, eram a repetição freqüente e o modelo comportamental, mais do que apelar para atitudes e crenças.

A doença

As variáveis relativas à doença devem ser levadas em consideração, pois pacientes com quadros mais graves e com predominância de sintomas positivos merecerão uma atenção especial com relação à adesão. A utilização de medicações de depósito pode estar mais indicada nestas situações. Caso haja alguma dificuldade ou contra-indicação para o uso de medicações de depósito, poderiam ser utilizadas medicações com apresentação líquida para impedir que o paciente jogue fora os comprimidos.

A co-ocorrência de uso ou abuso de álcool e/ou drogas deve ser sempre detalhadamente pesquisada e abordada. Também nestes casos a utilização de medicações de depósito pode ser de grande auxílio.

O tratamento

Um dos pontos mais importantes para a melhoria da adesão é a abordagem dos efeitos colaterais das medicações. Estes devem ser pesquisados com profundidade, sempre que possível, com vista à sua eliminação ou, ao menos, minimização. Trocar a medicação, reduzir a dosagem e utilizar medicações concomitantes para alívio de sintomas extrapiramidais são iniciativas sempre válidas.

A dosagem deve ser sempre a menor possível, com uma complexidade reduzida no regime (Kane, 2003). Quase todos os antipsicóticos tomados por via oral têm uma longa meia-vida e permitem uma tomada única diária.

O médico

Quanto às atitudes dos profissionais de saúde, alguns pontos podem ser considerados de grande auxílio.

A primeira coisa a se fazer, por parte do médico, para melhorar a adesão é considerar a possibilidade real de não adesão e as conseqüências catastróficas disso. Um passo importante parece estar na reestruturação da interação entre médico e paciente, tornando-a menos assimétrica e mais flexível. Algum grau de assimetria na relação é inevitável, pois os profissionais de saúde têm maior conhecimento técnico sobre a doença e os tratamentos efetivos. Além disso, têm obrigação de esclarecer os pacientes e de tentar decididamente persuadi-los das vantagens de aceitar o tratamento (Pitschel-Walz *et al.*, 2006).

Contudo, o sucesso vai depender da apreciação das crenças e opiniões do paciente sobre a doença e o tratamento. Além de ser uma postura mais justa, tem muito mais chance de ser eficaz (Bebbington, 1995).

Conclusão

Para que os pacientes tenham boa adesão, o mais importante é que sintam algum benefício, tenham uma supervisão familiar e uma relação positiva com o médico que prescreve. Em outras palavras, a medicação tem que ser eficaz, deve-se dar uma grande importância para a abordagem familiar e deve-se procurar que a relação médico-paciente seja positiva e o menos assimétrica possível.

Para a não adesão, sobressai a importância dos efeitos colaterais que devem ser cuidadosamente explorados e tratados. A negação da doença (perda do "insight") é outro fator que merece especial consideração.

Por se tratar de um transtorno crônico cuja evolução pode ser muito modificada com o tratamento, avaliar e garantir uma adesão adequada é fundamental para um tratamento eficaz.

O fenômeno da não adesão é complexo e multicausal. Novos estudos, especialmente em nosso meio, poderão focalizar diferentes aspectos do assunto, contribuindo para um melhor entendimento e abrindo horizontes para novas abordagens deste tema tão central na prática clínica geral e na prática psiquiátrica em particular.

Referências

- Bebbington, P.E. - The content and context of compliance. *Int Clin Psychopharmacol* 9 Suppl 5: 41-50, 1995.
- Blackwell, B. - Treatment adherence. *Br J Psychiatry* 129: 513-531, 1976.
- Casper, E.S.; Regan, J.R. - Reasons for admission among six profile subgroups of recidivists of inpatient services. *Can J Psychiatry* 38(10): 657-661, 1993.
- Davis, J.M.; Andriukaitis, S. - The natural course of schizophrenia and effective maintenance drug treatment. *J Clin Psychopharmacol* 6(1 Suppl): 2S-10S, 1986.
- Eckman, T.A.; Liberman, R.P.; Phipps, C.C.; Blair, K.E. - Teaching medication management skills to schizophrenic patients. *J Clin Psychopharmacol* 10(1): 33-38, 1990.
- Fenton, W.S.; Blyler, C.R.; Heinsen, R.K. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 23(4): 637-651, 1997.
- Kane, J.M. - Strategies for improving compliance in treatment of schizophrenia by using a long-acting formulation of an antipsychotic: clinical studies. *J Clin Psychiatry* 64 (Suppl 16): 34-40, 2003.
- Karow, A.; Czekalla, J.; Dittmann, R.W.; Schacht, A.; Wagner, T.; Lambert, M.; et al. - Association of subjective well-being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 68(1): 75-80, 2007.
- Kelly, G.R.; Scott, J.E.; Mamon, J. - Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. *Med Care* 28(12): 1181-1197, 1990.
- Kissling, W. - Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 382: 16-24, 1994.
- Owen, R.R.; Fischer, E.P.; Booth, B.M.; Cuffel, B.J. - Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 47(8): 853-858, 1996.
- Pitschel-Walz, G.; Bauml, J.; Bender, W.; Engel, R.R.; Wagner, M.; Kissling, W. - Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 67(3): 443-452, 2006.
- Rosa, M.A.; Marcolin, M.A.; Elkis, H. - Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 27(3): 178-184, 2005.
- Rosa, M.A.; Marcolin, M.A. Tradução e adaptação da Escala de Influências Medicamentosas (ROMI): um instrumento para avaliar a aderência ao tratamento. *J Bras Psiquiatr* (10-12): 405-412, 2000.
- Thieda P.; Beard, S.; Richter, A.; Kane, J. - An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 54(4): 508-516, 2003.
- Weiden, P.; Rapkin, B.; Mott, T.; Zygmunt, A.; Goldman, D.; Horvitz-Lennon, M.; Frances, A. - Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophr Bull* 20(2): 297-310, 1994.
- Weiden, P.; Rapkin, B.; Zygmunt, A.; Mott, T.; Goldman, D.; Frances, A. - Postdischarge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. *Psychiatr Serv* 46(10): 1049-1054, 1995.
- Weiden, P.J.; Olsson, M. - Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 21(3): 419-429, 1995.
- Wyatt, R.J. - Early intervention with neuroleptics may decrease the long-term morbidity of schizophrenia. *Schizophr Res* 5(3): 201-202, 1991.
- Young, M.S. - Strategies for improving compliance. *Top Clin Nurs* 7(4): 31-38, 1986.