

**UNIVERSIDADE DE SOROCABA**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**Hebe Karina de Oliveira Stucchi**

**INVESTIGAÇÃO SOBRE A ADEÇÃO DOS CUIDADORES AO  
TRATAMENTO COM CARBAMAZEPINA EM CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

**Sorocaba/SP**  
**2009**

**Hebe Karina de Oliveira Stucchi**

**INVESTIGAÇÃO SOBRE A ADESÃO DOS CUIDADORES AO  
TRATAMENTO COM CARBAMAZEPINA EM CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marli Gerenutti

**Sorocaba/SP  
2009**

**Hebe Karina de Oliveira Stucchi**

**INVESTIGAÇÃO SOBRE A ADESÃO DOS CUIDADORES AO  
TRATAMENTO COM CARBAMAZEPINA EM CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba.

Aprovado em:

**BANCA EXAMINADORA:**

Ass: \_\_\_\_\_  
Pres.: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marli Gerenutti – UNISO

Ass: \_\_\_\_\_  
1º Exam.: Prof. Dr. Marco Vinicius Chaud -  
UNISO

Ass: \_\_\_\_\_  
2º Exam.: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lucia Rondelo Duarte  
PUCSP

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e aos meus pais que me deram à vida, aos meus avós que participaram intensamente desta relação e contribuíram na transmissão dos valores e exemplos que procuro levar na minha caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marli Gerenutti, pela orientação e apoio, principalmente a compreensão nos momentos difíceis, sempre transmitindo otimismo e confiança, fundamentais para que eu trabalhasse com tranquilidade.

À Dr<sup>ª</sup>. Suse Helena Pedroso Dias, grande incentivadora deste trabalho e alguém que admiro e que sou extremamente grata por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida pessoal e profissional.

Aos queridos psiquiatras da infância e adolescência do CAPSI da Associação Criança, Dr<sup>ª</sup> Laura Soeiro, Dr. Gustavo M. Estanislau e Dr<sup>ª</sup> Tizuru Suzuki, pela imensa contribuição, apoio, incentivo e amizade.

A toda equipe multiprofissional e administrativa do CAPSI da Zona Norte e da Sede, especialmente a Aline, grande amiga e parceira, a Maria Elisa, que muito me ensinou a superar obstáculos, a Liliana amiga – irmã de todas as horas, a Roberta, Débora e Tiago que me auxiliaram na organização das atividades com os cuidadores.

Aos alunos do Curso de Enfermagem, que me auxiliaram nas coletas de sangue para a realização das dosagens séricas, especialmente a Lucy Léa.

À Unimed de Sorocaba pela parceria e apoio.

A querida Sonia, pelo carinho e apoio naqueles momentos que só nós duas sabemos....

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, pelos ensinamentos e convivência agradável.

A Roseli e Carol pela colaboração e apoio durante as orientações do mestrado.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da PUC-SP, pelo apoio e colaboração para a concretização desta etapa.

A Cristina da biblioteca da PUC-SP, pela realização de um trabalho sério e de grande valia para mim.

A minha irmã de coração Izabel Saccomann, por toda contribuição e apoio durante mais esta caminhada.

A querida Mariana, pela sua competência, seu carinho e amizade, que literalmente me colocaram em pé.

Aos meus pais, Rita e Juca, por todos os esforços que permitiram minha educação e pelo amor incondicional.

Aos meus avós Dirce e Emílio, que de onde estiverem, tenho a certeza que estarão sempre torcendo pela minha vitória, com aquele sorriso encantador.

Ao querido Manoel, pelo incentivo verdadeiro e o apoio durante nossas conversas aos domingos.

Aos meus irmãos, Karen, Katyana e Ricardo, pelo amor e companheirismo apesar da distância.

Aos meus cunhados, cunhadas, sobrinhos e sobrinhas, pelo apoio e compreensão da minha ausência nos encontros aos finais de semana.

Ao nosso querido Nono, pela serenidade, confiança e orientações.

A minha protetora Ana Néri, pelo discernimento e tranquilidade espiritual nas horas difíceis.

Em especial, agradeço, aos cuidadores, as crianças e aos adolescentes que colaboraram com este estudo com muito esforço e boa vontade. Sem eles não existiria o porquê deste trabalho.

E principalmente agradeço,

Ao meu amor Renato, pelo incentivo e por estar ao meu lado nessa importante etapa da minha vida e nos momentos que quase impediram sua finalização. Sempre estará dentro do meu coração...

Aos meus amados filhos, Bruno e Thais, por terem me transformado em um ser humano melhor através do amor incondicional que descobri existir. Amo muito vocês!

A todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, muito obrigada!

A alegria está na luta, na tentativa, no sofrimento envolvido. Não na vitória propriamente dita.

(Mahatma Gandhi)

## RESUMO

STUCCHI, H. K. O. **Investigação sobre a adesão dos cuidadores ao tratamento com carbamazepina em crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos**. 2009. 78f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2009.

A adesão ao tratamento medicamentoso é um fator determinante no sucesso terapêutico. A adesão dos cuidadores pode ser influenciada por diversos fatores, ligados à psicopatologia da criança ou do adolescente, ao tratamento, às condições sociais e econômicas, como também, relacionada ao sistema de saúde. Ainda que sejam poucos os estudos na área da psiquiatria da infância e adolescência, a questão da adesão à terapêutica tem sido discutida e estudada por vários profissionais de saúde mental. O presente trabalho teve o objetivo de avaliar a adesão dos cuidadores ao tratamento medicamentoso com carbamazepina em crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência – CAPSi, da Associação Pró-Reintegração Social da Criança de Sorocaba e os possíveis fatores que a influenciam. Por meio de estudo descritivo e observacional, foi realizada entrevista estruturada, dosagem sérica de carbamazepina e duas orientações aos cuidadores, para avaliar o grau de adesão. Os cuidadores foram caracterizados como apresentando maior ou menor grau de adesão. Esta classificação foi baseada na análise entre os dados do prontuário e as informações fornecidas pelo cuidador durante a entrevista, considerando a afirmação do cuidador que administra o medicamento e que conhece o nome do fármaco em uso. Na análise dos medicamentos administrados às crianças e adolescentes, foram observadas as seguintes proporções de cuidadores classificados como menos aderentes: 25,0% no grupo em monoterapia e 75,0% no grupo em politerapia. Utilizou-se também o teste de McNemar, que permitiu avaliar o grau de discordância de adesão dos cuidadores, que compareceram as duas intervenções de orientação sobre a administração correta do medicamento, entre a primeira e a segunda dosagem sérica de carbamazepina. Porém, a análise estatística mostrou que não houve diferenças estatisticamente significantes, entre os grupos de cuidadores aderentes, nos dois momentos do estudo, ou seja, antes e após as intervenções realizadas. Isto pode indicar a existência de um padrão específico de comportamento dos usuários do serviço, o que sugere a necessidade de maior atenção dos profissionais de saúde mental para o problema, bem como medidas de educação continuada aos cuidadores responsáveis pelas crianças ou adolescentes quanto à administração correta dos medicamentos.

**Descritores:** Carbamazepina. Transtornos psiquiátricos. Infância. Adolescência. Cuidadores. Adesão ao tratamento. Estudo de utilização de medicamento.

## ABSTRACT

STUCCHI, H.K.O. **Investigation about caregivers' compliance to carbamazepine treatment in children and adolescents suffering from mental health disorders.**

2009. 78p. Dissertation (Master Degree in Pharmaceutical Science) – Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2009.

Compliance to the drug treatment plays a vital role in the therapeutic success. Caregivers' compliance may be influenced by several factors regarding the child or adolescent psychopathology, the treatment, the socio economical conditions as well as the health system. Despite the few studies in the field of childhood and adolescence psychiatry, the issue of compliance to the therapeutic has been discussed and studied by several mental health professionals. The purpose of this study was to evaluate caregivers' compliance to carbamazepine treatment in children and adolescents suffering from mental health disorders from CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência – from Associação Pró-Reintegração Social da Criança de Sorocaba and the factors likely to influence this compliance. Through a descriptive and observational study, a structured interview was carried out, as well as carbamazepine serum measurement and two orientation interventions to caregivers, in order to evaluate compliance degree. Caregivers were featured according to their higher or lower compliance degree. This rank was based on the analysis of data records and on the information given by the caregiver during the interview, considering caregivers' confirmation that they administer the drug and know the name of the drug being used. When analyzing the drugs administered to children and adolescents, the following proportion of caregivers classified as less compliant were observed: 25.0% in the monotherapy group and 75.0% in the politherapy group. McNemar test was also used and it was possible to evaluate the caregivers who were at the two orientation interventions and their degree of disagreement to compliance between the first and the second carbamazepine serum measurement. The statistical analysis, however, showed no statistically significant difference between the groups of compliant caregivers, in the two moments of the study, that is to say, before and after the interventions. This fact may indicate that the service users present a specific behavior standard, what suggests that mental health professionals should give more attention to the problem, as well as continuing education measurements to caregivers who are responsible for children and adolescents regarding the correct administration of drugs.

**Key Words:** Carbamazepine. Mental health disorder. Childhood. Adolescence. Caregivers. Compliance to treatment. Study of drug use.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização Clínica das Crianças e Adolescentes conforme Classificação CID-10 (n=29). Sorocaba, 2009.....	36
Tabela 2 Medicamentos administrados para as crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos tratadas nos CAPSi-Sorocaba e sua forma de aquisição (n=29). Sorocaba, 2009.....	37
Tabela 3 Dados demográficos, idade e escolaridade dos cuidadores das crianças/ado-lescentes em tratamento de transtornos psiquiátricos nos CAPSi- Sorocaba (n=30). Sorocaba, 2009.....	38
Tabela 4 Descrição quanto ao gênero e estado marital dos cuidadores das crianças/ado-lescentes tratadas nos CAPSi -Sorocaba (n=29) . Sorocaba, 2009 .....	39
Tabela 5 Descrição da adesão ao tratamento medicamentoso dos cuidadores das crianças em tratamento nos CAPSi-Sorocaba (n=29). Sorocaba, 2009. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.....	40
Tabela 6 Perfil dos cuidadores quanto a compreensão do tratamento medicamentoso prescrito às crianças e adolescentes em tratamento nos CAPSi-Sorocaba (n= 29). Sorocaba, 2009.Os números entre parênteses correspondem às porcentagens. ....	41
Tabela 7 Dosagem sérica de carbamazepina das crianças e adolescentes em tratamento nos CAPSi-Sorocaba. Sorocaba, 2009. ....	42
Tabela 8 Comparação das dosagens séricas de CBZ antes e após as duas intervenções realizadas com os cuidadores das crianças e adolescentes em tratamento nos CAPSi-Sorocaba. Sorocaba, 2009.....	44

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Farmacocinética de psicofármacos em crianças e adolescentes .....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 Principais medicamentos de escolha para os transtornos psiquiátricos da infância e adolescência .....</b>	<b>19</b>
<b>1.3 Estudos de adesão .....</b>	<b>22</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Objetivo geral .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>27</b>
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Desenho do estudo .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Caracterização do serviço .....</b>	<b>28</b>
<b>3.3 População .....</b>	<b>29</b>
<b>3.4 Avaliação da adesão .....</b>	<b>30</b>
3.4.1 Análise dos prontuários .....	30
3.4.2 Entrevista com o cuidador .....	30
3.4.3 Dosagem sérica da carbamazepina .....	31
<b>3.5 Desenvolvimento de um modelo de intervenção para avaliar a adesão dos cuidadores ao tratamento com carbamazepina .....</b>	<b>31</b>
<b>3.6 Análise estatística .....</b>	<b>32</b>
<b>4 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL .....</b>	<b>33</b>
<b>4.1 Experimento 01: Identificação dos pacientes por meio da análise dos prontuários e a CID-10 .....</b>	<b>33</b>
<b>4.2 Experimento 02: Identificação da adesão ao tratamento no CAPSi – entrevista estruturada .....</b>	<b>33</b>
<b>4.3 Experimento 03: Identificação da adesão ao tratamento no CAPSi – Dosagem sérica da carbamazepina .....</b>	<b>34</b>

<b>4.4 Experimento 04 – Desenho de um modelo de intervenção para a adesão ao tratamento no CAPSi .....</b>	<b>34</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>36</b>
<b>5.1 Experimento 01: Identificação dos pacientes por meio da análise dos prontuários e a CID-10 .....</b>	<b>36</b>
<b>5.2 Experimento 02: Identificação da adesão ao tratamento no CAPSi .....</b>	<b>38</b>
5.2.1 Perfil da adesão definido pela análise dos medicamentos utilizados (AMU) .....	39
5.2.2 Dosagem sérica da carbamazepina .....	41
5.2.3 Análise estatística .....	43
<b>5.3 Experimento 03: Desenho de um modelo de intervenção para a adesão ao tratamento no CAPSi .....</b>	<b>44</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE A – Formulário para dados obtidos do prontuário .....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE B – Entrevista estruturada .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO A – Termo de Anuência da Associação Pró-Reintegração Social da Criança .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO B – Artigo publicado no jornal Cruzeiro do Sul em 28 de abril de 2009 .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO C – Abstract publicado nos Anais do 7º Congresso Internacional de Ciências Farmacêuticas de 06 a 09 de setembro de 2009 ..</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO D – Certificado de apresentação de trabalho no 7º Congresso Internacional de Ciências Farmacêuticas de 06 a 09 de setembro de 2009 .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O campo de intervenção da Saúde Mental da Infância e Adolescência no Brasil, enquanto cuidados e estudos sobre a criança, não se estruturou até o século XIX, quando surgiram as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria. Segundo Ribeiro (2006), a evolução da História e da Patologia Comportamental Infantil ganha uma interpretação atualizada, chegando ao século XXI com uma visão etiopatogênica biopsicossocial.

A evolução deste processo foi contínua, as mudanças de interpretação foram favorecidas pelo tempo, podendo ser observadas a partir dos anos 90, quando se inicia um tímido processo de mudança no campo da Saúde Mental da Infância e Adolescência. Este processo de mudança e do conhecimento adquirido está relacionado ao desenvolvimento das neurociências que reflete de maneira significativa na área da psiquiatria infantil (ASSUMPÇÃO; KUCZYNSKI, 2003; MERCADANTE; SCAHILI, 2005).

A epidemiologia psiquiátrica na infância é um campo de estudo relativamente novo e a pesquisa nessa área vem crescendo nas últimas três décadas. (FLEITLICH; GOODMAN, 2000).

Pesquisas epidemiológicas consistentes, que considerem a especificidade de fatores regionais/culturais na proteção ou risco à saúde mental de crianças e jovens, ainda constituem um desafio a ser enfrentado em diversos países do mundo (PATEL, 2007; BELFER, 2008). Em relação à América Latina e Caribe, em 2003, foram identificados apenas dez estudos epidemiológicos que empregavam estratégias de avaliação padronizadas, reportando taxas de prevalência de problemas mentais entre 15 a 21% (DUARTE, 2003). Segundo Paula (2007), no Brasil, entre 1980 e 2006, nove publicações registraram taxas de prevalência de 12,6 a 35,2% quando os informantes foram os pais ou a criança/adolescente; quando utilizada uma entrevista diagnóstica, a taxa variou entre 7 a 12,7% (FLEITLICH; GOODMAN, 2004).

Quanto a classificação da psicopatologia, tanto em crianças e adolescentes, como em adultos, esta tem-se concentrado mais nas características de cada transtorno, do que nas etiologias e patogênese (GOODMAN; SCOTT, 2004). Isto ocorre porque as classificações dos processos patológicos em psiquiatria não se fazem em função da complexidade da etiologia, mas em função da sintomatologia, evolução do prognóstico e da resposta ao tratamento (GOLFETO; VEIGA, 2003).

Para a realização dos diagnósticos e a classificação das psicopatologias, o Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência - Sorocaba (CAPSi), utiliza a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) para os Transtornos Mentais e de Comportamento (CAETANO, 1993).

A CID-10 é apresentada como uma versão clínica, suas descrições e diretrizes diagnósticas são baseadas em impressões clínicas, com uma versão para pesquisa e critérios diagnósticos mais claramente definidos (WHO, 1993).

Os critérios diagnósticos são operacionalizados para cada transtorno, devendo levar em consideração que muitas crianças que claramente têm transtornos psiquiátricos, uma vez que apresentam sintomas que resultam em angústia substancial, interrupção ou prejuízo social, não satisfazem todos os critérios para um diagnóstico operacionalizado e acabam recebendo um dos rótulos de “não-especificado” (MERCADANTE; SCAHILI, 2005).

Para a psiquiatria da infância e da adolescência são especialmente relevantes três grupos diagnósticos: os transtornos emocionais (transtorno de ansiedade, fobias, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e alguma somatização), os transtornos de comportamento disruptivo (transtornos de conduta, transtorno desafiador de oposição, hiperatividade) e os transtornos do desenvolvimento (atraso na fala, atraso na leitura, transtornos autísticos, retardo mental, enurese e encoprese) (ASSUMPÇÃO; KUCZYNSKI, 2003; WHO, 1993).

É importante salientar que os problemas de saúde mental das crianças não se limitam a estes três grupos principais. Existem transtornos que não se encaixam nessa classificação tripartida como a esquizofrenia de início precoce, a anorexia nervosa entre outros (GOODMAN; SCOTT, 2004). Há ainda outras crianças que

escapam pela rede dos sistemas diagnósticos atuais e apresentam uma diversidade de problemas ainda não reconhecidos; o que acarreta à psiquiatria infantil, um longo caminho a percorrer (GOODMAN; SCOTT, 2004).

Os problemas mentais são a razão mais comum para a ruptura familiar, (GOODMAN; SCOTT, 2004). Diversas pesquisas mostram as associações entre as situações de vida estressantes e os membros do núcleo familiar. É sabido que um dos membros da família (principalmente os chamados cuidadores principais, como por exemplo, a mãe e o pai), quando vivenciando uma situação de estresse, afeta em algum grau o desenvolvimento de seus filhos, assim também como as diferentes situações que podem provocar estresse na vida da criança podem afetar seus pais e/ou a dinâmica da família (BELSKY, 1984; BRONFENBRENER, 1986; EMMEL; MATSUKURA, 1989).

Embora, no Brasil, a história da psiquiatria da infância seja tão recente quanto a psicofarmacologia pediátrica, na literatura médica são encontrados alguns estudos ditos sistematizados, a partir da década de 80 (RIDDLE et al., 1998).

Nos países mais desenvolvidos, um número cada vez maior de crianças está sendo tratado com medicamentos que visam reduzir ou eliminar seus problemas de comportamento ou emocional (MERCADANTE; SCAHILI, 2005).

Esta tendência tem sido acompanhada pela indústria farmacêutica (que, por concepção busca o lucro) e pela imprensa (que, por condição, também busca o lucro) principalmente nos Estados Unidos (ZITO et al., 2000). Esse termo “lucro”, difundido no Brasil de forma preconceituosa nem sempre traz aspectos negativos. Graças ao mercado rentável dos medicamentos que atuam no sistema nervoso central (SNC), um volume enorme de recursos foi aplicado, resultando em mais conhecimento e em melhores tratamentos para os diferentes transtornos (MERCADANTE; SCAHILI, 2005).

Segundo Brasil (2000), a indicação de psicofármacos para o tratamento de saúde mental em crianças e adolescentes traz preocupação, mas também esperança. Preocupação, pelo risco dessas indicações tenderem a banalizar o uso destes psicofármacos como solução imediata e não como um recurso possível a partir da avaliação risco-benefício. Esperança, pela possibilidade de novos fármacos

diminuírem graves prejuízos, que os transtornos mentais acarretam às crianças e aos adolescentes, no curto e no longo prazo.

Neste contexto é necessário definir claramente qual o papel do medicamento no tratamento dos transtornos na psiquiatria da infância e adolescência (CASTILLO et al., 2003).

Em certas situações, o alvo do psicofármaco é diminuir a intensidade ou frequência de determinados sintomas. No caso do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) os sintomas mais frequentes são obsessões de contaminação relacionadas a rituais de limpeza ou de evitação de contato com objetos “contaminados”. Outros sintomas estão relacionados aos rituais de repetição de atividades rotineiras, como se despedir, entrar e sair, sentar e levantar e rituais de contagem, simetria e ordem ou tocar de uma determinada maneira ou determinado número de vezes (CASTILLO et al., 2003).

Em outras situações, o objetivo é aprimorar o nível de funcionamento interno (pouca capacidade de atenção e dificuldade em reprimir as respostas imediatas e geralmente inadequadas aos estímulos), como no caso de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), onde predominam a agitação, desatenção e impulsividade marcantes. Em outras ainda, o objetivo é a melhora do autocontrole, como nos indivíduos impulsivos e/ou agressivos (ROCHA et al., 2004).

Estes dois últimos objetivos que consistem em melhorar a agitação, a dificuldade de atenção do indivíduo e o autocontrole são de fundamental importância na Psiquiatria Infantil e aparecem na maioria dos pacientes que são atendidos na prática clínica. Para tanto, o medicamento a ser escolhido irá depender do diagnóstico e do sintoma-alvo determinados de cada paciente (GOODMAN; SCOTT, 2004).

No tratamento psicofarmacológico em crianças e adolescentes, é importante não buscar objetivos gerais, mas objetivos específicos, de acordo com o sintoma-alvo. Isso possibilita melhor controle da eficácia da medicação, controle do tempo de tratamento e da sua individualização para cada criança ou adolescente. Além disso, permite explicar à família o que esperar do tratamento farmacológico: como o tempo

de tratamento, a sua finalidade, o esquema terapêutico prescrito, seus efeitos colaterais e como lidar frente a estas situações (BRASIL, 2000).

Ainda, segundo Brasil (2000), o tratamento dos transtornos mentais e do comportamento com drogas psicoativas é sintomático, e seu uso deve limitar-se ao imprescindível. Na decisão de se usar um psicofármaco, é preciso ponderar se a relação risco-benefício potencial do fármaco justifica seu emprego e se outros recursos como a terapia cognitivo-comportamental foram devidamente explorados.

Apesar de o tratamento ser sintomático, o conhecimento sobre o efeito de psicofármacos em crianças ainda é restrito e inadequado para que a prescrição seja consistente, segura e racional. Além disso, o uso dessas medicações em psiquiatria infantil é alicerçado mais em um modelo sintomático do que no diagnóstico (GUS; ROHDE, 1991).

Para se chegar a um diagnóstico nosológico, que irá nortear o tipo de medicamento a ser empregado, é necessária a avaliação realizada pelo clínico, via história, exame clínico da criança, de sua relação com a família e de exames complementares (ROSENBERG, 2003).

### **1.1 Farmacocinética de psicofármacos em crianças e adolescentes**

A prescrição de psicofármacos para crianças não é simplesmente uma questão de diminuir as doses de adultos proporcionalmente ao peso da criança. Existem diferenças farmacocinéticas e farmacodinâmicas entre crianças e adultos que tornam a psicofarmacologia pediátrica diferente em termos quantitativos e qualitativos (GOODMAN; SCOTT, 2004).

As crianças e adolescentes podem necessitar de doses mais altas de fármacos psicoativos por unidade de peso corporal, em comparação a adultos, para se obter níveis sanguíneos e eficácia terapêutica semelhantes. Supõe-se que dois fatores explicam esta situação: metabolismo hepático acelerado e uma taxa de filtração glomerular aumentada em crianças em comparação aos adultos (GREEN, 2008).

Alguns tipos de fármacos podem ser menos específicos na população pediátrica, devendo-se levar em conta que a psicopatologia e o diagnóstico são bem menos diferenciados do que na população adulta. Devemos considerar que a criança ainda está em fase de transformação e evolução neurobiológica, recordando que os medicamentos agem sobre os sistemas fisiológicos e não sobre os sintomas (MERCADANTE; SCAHILI, 2005).

Crianças podem responder aos fármacos de maneira diferente em comparação com aos adultos devido aos diferentes estágios do desenvolvimento (ontogênese), quer das vias neurais em suas funções, quer na distribuição, no metabolismo ou na excreção do fármaco (GREEN, 2008).

A relação entre a dose administrada e a concentração efetiva no SNC em crianças depende de vários fatores farmacocinéticos. A absorção pode ser influenciada pela baixa acidez estomacal, reduzindo a taxa de absorção de drogas ácidas, como os antidepressivos tricíclicos (TCA) (GOODMAN; SCOTT, 2004). A distribuição entre o espaço intravascular e o extracelular dependerá do estado de hidratação do indivíduo, quantidade de depósitos de gordura, capacidade cardíaca, permeabilidade das membranas celulares, equilíbrio ácido-básico e ligação a proteínas plasmáticas e teciduais. O resultado da interação dos fatores mencionados será medido através do pico plasmático de um determinado medicamento no organismo avaliado. Em crianças de 10 anos de idade, a reabsorção digestiva é muito rápida, e os picos plasmáticos são atingidos por via oral em 15 a 30 minutos, em oposição a 60 a 90 minutos em adultos (ASSUMPÇÃO JUNIOR; KUCZYNSKI, 2003).

As crianças têm o fígado especialmente ativo, e este leva a necessidade relativamente maior de psicofármacos decorrente da maior capacidade metabólica hepática. O metabolismo de muitos medicamentos é baixo no período perinatal, amadurece em torno de seis meses de idade, aumenta verticalmente de 1 a 5 anos de idade e diminui lentamente até os valores encontrados em adultos, em torno dos 15 anos de idade (ASSUMPÇÃO JUNIOR; KUCZYNSKI, 2003).

Os vários medicamentos, para serem absorvidos, distribuídos, e chegarem aos locais de ação no SNC são idealmente lipossolúveis. Porém, para serem excretados, precisam ser metabolizados e transformados em compostos hidrofílicos.

Para tal, há necessidade de ação enzimática, que ocorre em maior abundância no fígado, no intestino delgado, nos músculos esqueléticos, nos rins e nos pulmões (ROSENBERG, 2003; ROCHA, 1995).

Complementando a visão farmacocinética, os dados obtidos até o presente momento, sobre a meia-vida dos medicamentos psicotrópicos em crianças e adolescentes mostram que esta é, na grande maioria, menor que a encontrada no adulto. Com uma meia-vida curta, teremos que fornecer o medicamento mais freqüentemente, em comparação com um adulto (GREEN, 2008; CLEIN; RIDDLE, 1995).

Os locais de ação dos psicofármacos são os mesmos que nos adultos, mas devemos levar em conta o estágio de maturação dos circuitos neuronais da criança, ou seja, que tipo de receptor, neurotransmissor ou neuromodulador está envolvido no mecanismo de ação de determinado medicamento (ROSENBERG, 2003).

Precedendo o emprego de psicotrópicos, deve-se obter uma história clínica, exames físicos, laboratoriais e neurológicos completos, para descartar fatores fisiopatológicos que possam contribuir para a sintomatologia psiquiátrica. Portanto, ao escolher o psicofármaco, recomenda-se o uso inicial de medicação-padrão considerando-se a idade, o diagnóstico e os sintomas-alvo do paciente. São fatores importantes na seleção de um fármaco: o menor risco de causar efeitos colaterais sérios, a resposta prévia do paciente, as respostas de familiares àquele medicamento e a experiência do próprio médico com o psicotrópico (GREEN, 2008; ROCHA et al., 2004).

Em relação à posologia, recomenda-se o uso inicial de doses baixas. Com isso, evitam-se doses iniciais que excedam a dose terapêutica para alguns pacientes, abrangendo-se também aquelas crianças e adolescentes que obtêm boa resposta com pequenas doses. O aumento da dose deve continuar até que um dos seguintes eventos ocorra:

- a) uma diminuição satisfatória dos sintomas;
- b) o alcance do limite superior da dosagem recomendada;
- c) a observação de efeitos colaterais que impossibilitem um aumento da dose;
- d) após uma melhora quantificável dos sintomas-alvo, a ocorrência de um platô na melhora ou uma piora nos sintomas com aumentos adicionais da dose (ROCHA, et al., 2004).

Segundo Brasil (2000), o uso concomitante de vários psicotrópicos, seja para potencializar efeitos, pela presença de comorbidades ou de outras condições médicas associadas tem sido freqüente, salientando-se que é preciso conhecer os medicamentos de escolha, assim como os demais procedimentos terapêuticos que têm demonstrado ou vêm demonstrando sua eficácia relativa e seus riscos e efeitos secundários porque todos os têm.

## 1.2 Principais medicamentos de escolha para os transtornos psiquiátricos da infância e adolescência

Os estabilizadores do humor são medicamentos usados em psiquiatria da infância e da adolescência, habitualmente, da mesma forma que são usados em adultos, ou seja, a sua maior indicação é o tratamento do transtorno bipolar. Por outro lado, sintoma como descontrole de impulsos e agressividade, presente em uma variedade de outros quadros, podem também ser controlados com drogas como lítio, carbamazepina e ácido valpróico (GREEN, 2008).

Esses medicamentos podem ser usados para o tratamento dos transtornos psiquiátricos, não havendo diferenças estatisticamente significativas no efeito das drogas quando comparadas entre si. Há, no entanto, clara descrição na literatura da necessidade de, em muitos casos, associar-se mais do que um estabilizador para o controle da ciclagem e de episódios maníacos. Os cuidados com os estabilizadores do humor em crianças e adolescentes seguem os parâmetros de controle usados em adultos, devendo-se monitorizar os níveis séricos dos fármacos (ROCHA et al., 2004; MORENO et al., 2005).

O lítio é empregado especialmente no tratamento de crianças com agressividade grave dirigida a si mesma ou a outras pessoas, crianças com transtornos bipolares ou transtornos semelhantes, e crianças com transtornos de comportamento cujos pais responderam reconhecidamente ao lítio (GREEN, 2008).

O lítio também tem um papel no tratamento de surtos graves de agressão que são desencadeados por provocações mínimas e que foram resistentes ao tratamento psicológico adequado. Geralmente, as crianças toleram melhor o lítio que

os adultos, além de atingir nível terapêutico mais rápido do que os adultos (KOWACTCH et al., 2005)

A dosagem de lítio é ajustada para obter um nível plasmático de aproximadamente 0,6 a 1,2mEq/litro em amostras obtidas 12 horas após a dose mais recente. Os efeitos colaterais comuns são: sede, distúrbio gastrointestinal e tremor fino. Como há risco de hipotireoidismo, devem-se realizar exames de função tireoideana antes e durante o tratamento. Não há necessidade de monitoramento de rotina da função renal. A dosagem excessiva leva à toxicidade potencialmente fatal. Os sinais iniciais comuns de toxicidade são: tremor grosseiro, piora do distúrbio gastrointestinal e confusão leve. Em crianças com retardo mental, esses sinais de toxicidade podem ser menos proeminentes, portanto, o uso de lítio nesses casos deve ser feito com especial precaução (GOODMAN; SCOTT, 2004).

O ácido valpróico pode ser usado em doses que podem variar de 15 a 60 mg/kg/dia, a meia-vida é de 6 a 16 horas e os níveis séricos devem permanecer entre 50 a 100 mg/l. O medicamento pode causar sedação e efeitos gastrointestinais, que são menores na forma de divalproato de sódio. Há muitos trabalhos que mostram a eficácia do divalproato de sódio em crianças e adolescentes com transtorno de humor, atualmente para esses casos é a medicação de primeira escolha. Deve-se ter especial atenção no controle de níveis hormonais e de funções hepáticas em virtude de sua hepatotoxicidade, que pode ser fatal (McCLELLAN et al., 2007).

No momento, o divalproato de sódio ainda é o único estabilizador de humor que tem a apresentação de comprimido de dose única diária. Essa formulação possui liberação lenta com duração de 24 horas, o que é de especial auxílio para a população jovem, pois aumenta a adesão ao tratamento, reduzindo o medicamento a uma única tomada ao dia (KOWACTH et al., 2005).

A carbamazepina (CBZ), fármaco de escolha deste estudo, se deu devido a alguns “facilitadores” para a adesão ao tratamento com este fármaco, tais como: a distribuição gratuita, a forma de prescrição, apesar da forma farmacêutica disponível na rede pública, ser em comprimidos.

A CBZ está consagrada como estabilizador de humor, sendo de escolha para casos de intolerância ou ineficácia de tratamento com lítio. Ainda não há estudos controlados de monoterapia de CBZ com placebo e duplo-cego em crianças e adolescentes com transtornos de humor, mas em ensaios abertos tem mostrado ser eficiente para controle de episódio de mania e episódio misto em crianças e adolescentes (ROCHA, 1995; KOWACTCH et al., 2000). A CBZ é especialmente eficiente para tratamento de casos com sintomas de hiperatividade, distraibilidade, agressividade, humor disfórico e padrão de ciclagem rápido (KOWACTCH et al., 2000; 2005).

A carbamazepina (CBZ) embora seja freqüentemente utilizada em crianças, poucos são os estudos controlados com essa população (MERCADANTE; SCAHILL, 2005). A maior evidência sugere que é uma droga útil para o tratamento de crianças e adolescentes com quadros graves de agressividade (DAVANZO, 2004).

A CBZ é um medicamento com efeitos antimaníaco e anticonvulsivante. Este fármaco parece ter efeitos na atividade motora, diminuindo a agressividade e aumentando a capacidade de concentração (GREEN, 1997).

Após a administração oral de comprimidos de CBZ, os níveis séricos máximos ocorrem 4 a 5 horas. Os valores iniciais da meia-vida sérica variam de 25 a 65 horas; a CBZ é, porém, uma auto-indutora do seu próprio metabolismo. A auto-indução se estabiliza após 3 a 5 semanas a uma dose fixa, com a meia-vida diminuindo para 12 a 17 horas (GREEN, 2008).

A CBZ distribui-se rapidamente para os tecidos e apresenta de 75% a 78% de ligação a proteínas plasmáticas. É metabolizada no fígado pelo citocromo P450, em vários metabólitos, sendo a via mais importante a que envolve a conversão em 10,11-epóxido-carbamazepina, que é tão ativo quanto a CBZ. O 10,11-epóxido-carbamazepina é então metabolizado mais uma vez para 10,11-diidróxido e eliminado na urina sob esta forma e também sob a forma de conjugados de ácido glicurônico (TAMADA; LAFER, 1999).

A dose usual de CBZ em crianças até 12 anos pode ser em torno de 100mg, duas vezes ao dia (ou 50mg quatro vezes ao dia, caso se use a suspensão). A dose pode ser aumentada semanalmente a incrementos de 100mg, quando indicado

cl clinicamente, para se obter uma resposta ótima. Doses diárias de 300mg ou mais devem ser administradas em três ou quatro tomadas. A dose diária geralmente não deve ultrapassar 1.000mg. A dose diária de manutenção habitual é de 400 a 800mg. Crianças maiores de 12 anos, a dose pode ser iniciada em 200mg, duas vezes ao dia (ou 100mg quatro vezes ao dia, caso se use a suspensão). O aumento da dose pode ser de 200mg, semanalmente, quando houver indicação clínica. Doses diárias de 400mg ou mais devem ser administradas em três ou quatro tomadas. A dose diária geralmente não deve ultrapassar 1.200mg. A dose diária de manutenção habitual é de 800 a 1.200mg. Os níveis plasmáticos terapêuticos habituais de CBZ são de 4µg/mL a 12µg/mL (GREEN, 2008).

O controle de nível sérico de CBZ é recomendável e deve-se ter cuidado especial quando associado ao haloperidol, fenobarbital e teofilina, que podem diminuir o nível sérico de CBZ (FU-I, 2007).

A utilização deste medicamento, em crianças e adolescentes, segue os parâmetros de controle usados em adultos, devendo-se monitorizar os níveis séricos das drogas e realizar hemograma com contagem de plaquetas para o controle de eventuais leucopenias com carbamazepina. As complicações adversas graves pelo uso prolongado da CBZ são muito raras, mais especificamente, as discrasias sanguíneas graves, anemia aplásica e agranulocitose. O risco de apresentar essas complicações equivale a cinco a oito vezes aquele da população geral (GREEN, 2008; FU-I, 2007; ROCHA et al., 2004).

Por outro lado deve-se considerar o aparecimento de efeitos colaterais como a tontura, sonolência, instabilidade postural, náusea, vômito e visão turva (ROCHA et al., 2004).

### **1.3 Estudos de adesão terapêutica**

A adesão terapêutica expressa a medida com que o comportamento do paciente coincide com a prescrição médica, tanto no aspecto farmacológico quanto no comportamental. Ela constitui uma medida da adaptação do paciente ao

programa terapêutico. Dentre suas várias definições existentes, destaca-se a de Ramalinho (1994), por sua amplitude e objetividade em afirmar que “a adesão à terapêutica pode definir-se como o grau de concordância entre as recomendações do médico e o comportamento do paciente perante o regime terapêutico”.

Os estudos relacionados à adesão ao tratamento vêm aumentando desde o final da década de 1950 e informam que adesão ao tratamento constitui um processo dinâmico que pode afetar todas as fases do processo clínico (TEIXEIRA, 1998).

Um fator cuja importância na adesão vem sendo crescentemente reconhecida é a confiança que o paciente possui no medicamento prescrito, no tratamento como um todo, no médico responsável pela prescrição, assim como em toda a equipe de saúde (PEPE; CASTRO, 2000; MARINKER; SHAW, 2003; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

A adesão à terapêutica é um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente. Estes determinam o comportamento da pessoa, em relação às recomendações referentes ao tratamento de sua doença. Estes fatores estão relacionados às condições sociodemográficas, à doença, à terapêutica, à relação dos profissionais de saúde com o paciente, bem como ao próprio paciente (WHO, 2003; VERMEIRE et al., 2001).

Quanto à situação sociodemográfica do paciente, existem alguns fatores que podem influenciar negativamente o grau de adesão, como a idade, que pode comprometer a cognição do paciente e a eventual presença de alterações psiquiátricas (DURBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001; NIGRO et al., 2001). O sexo, apesar de ser freqüentemente avaliado, não parece ser fator de forte influência, uma vez que alguns estudos não conseguiram comprovar a relação entre esta variável e o grau de adesão (VERMEIRE et al., 2001; GARCIA, 2003).

Os estudos sobre a experiência familiar, com a doença mental, revelam o grande impacto que a doença representa para a família, com significativas desorganizações nas formas habituais de lidar com situações do cotidiano. Esta desorganização ocorre na medida em que a família enfrenta alterações de comportamento do familiar e passa a assumir a função do cuidado e a responder às

demandas desta função. A responsabilidade de cuidar é potencializada também pela falta de esclarecimentos e informações por parte do sistema de saúde, o qual não fornece respostas definitivas sobre a causa e o prognóstico da doença (MARSH, 1992; ROSE, 1996; OSTMAN et al., 2000; MELMAN, 2001).

Segundo o Relatório sobre a Saúde Mental publicado pela Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2002), os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e a comunidade, em conseqüência não só dos sintomas inquietantes, como também das resultantes incapacidades de participar em atividades de trabalho e de lazer, acentuadas pela discriminação.

Em relação ao ambiente em que se encontra o indivíduo, alguns fatores podem ter influência no seu comportamento de adesão ao tratamento medicamentoso. Dentre eles, destacam-se o fato de o paciente estar ou não incluído em um núcleo familiar estruturado, bem como de ter ou não apoio deste núcleo para que possa cumprir seu tratamento (HAYNES; McKIBBON; KANANI, 1996; GONÇALVES et al., 1999; LEVY; FELD, 1999)

A adesão também pode ser afetada pela existência de uma ou mais doenças concomitantes, podendo ocorrer impacto na cognição do indivíduo, necessidade de maior uso de medicações ou soma de sintomas (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001).

Outros fatores que podem afetar a adesão do paciente ao tratamento prescrito são os relacionados exclusivamente ao medicamento. Estes fatores incluem os efeitos colaterais, o tamanho do comprimido, seu cheiro e gosto, lembranças que o paciente pode ter de outras experiências prévias de utilização do mesmo medicamento ou mesmo as relacionadas ao tratamento atual (GONÇALVES et al., 1999; DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001; LEITE et al., 2002).

No que se refere aos fatores sociais e demográficos, a não adesão pode estar relacionada à aquisição do medicamento. Variáveis tais como a dificuldade que o paciente tem em conseguir este medicamento, quer seja pelo preço, no caso de necessidade de compra, quer seja por sua ausência na unidade de saúde ou na farmácia comercial, como ainda pela distância intransponível entre a unidade de

saúde ou a farmácia e a residência do paciente (BAKIRTZIEF, 1996; RAMALHINHO, 1994; LEVY; FELD, 1999; KURITA; PIMENTA, 2003).

Ainda em relação aos fatores sociodemográficos do paciente, o eventual baixo grau de instrução, a baixa renda familiar e per capita ou a ausência de trabalho estável podem constituir importantes fatores de não-adesão ao tratamento medicamentoso (BAKIRTZIEF, 1996; LEITE et al., 2002).

Várias respostas são ensaiadas em estudos de adesão, e a conclusão é que “a não-adesão, em algum grau, é universal” (JORDAN et al., 2000) e está relacionada a diversos fatores relativos ao profissional de saúde, ao tratamento, à patologia e ao paciente (VASCONCELOS, 1996; PAULO; ZANINI, 1997, NEMES, 2000).

Segundo Sacket e Snow (1979), a não-adesão ao tratamento é, no entanto, muito comum, em torno de 25 a 50%. Como exemplo de motivos de não adesão ao tratamento, ligados à própria terapêutica, é possível citar os casos de tratamentos longos e complexos, desconfortáveis ou com prescrição de doses elevadas de um ou mais agentes medicamentosos (HAYNES, 1981; GOLDBERG et al., 1998; GIL GUILLÉN et al., 1999).

No Brasil, alguns estudos relativos especialmente ao controle da hipertensão, revelam que este coeficiente se situa em torno de 50%. É sabido, no entanto, que a não-adesão à terapêutica medicamentosa nesse país constitui grave problema de saúde pública, influenciando negativamente no controle de doenças de larga abrangência populacional, como é o caso da tuberculose, da hanseníase e da hipertensão, e em grupos populacionais específicos, como o dos pacientes idosos (SPÍNOLA; TEIXEIRA, 1997; FIGUEIRÓ, 1997). Assim, a não-adesão terapêutica é mais freqüentemente encontrada em pacientes com doenças crônicas, de longa duração (PEREZ et al., 2000; WHO, 2003).

Outros fatores relacionados aos próprios pacientes representam os recursos emocionais, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as percepções e as expectativas que o paciente possui para lidar com a situação da doença (WHO, 2003). Alguns outros fatores que podem afetar negativamente a adesão ao tratamento medicamentoso incluem o esquecimento, a falta de motivação, a

ansiedade sobre possíveis efeitos adversos, a frustração com a equipe de saúde, a ansiedade com regimes complexos de medicamento e os fatores emocionais (WHO, 2003; OSTERBERG; BLASCHKE; 2005).

A não-adesão ao tratamento é responsável por grandes frustrações na psiquiatria e um conjunto de fatores tenta explicar este fenômeno: situações ligados aos pacientes, como suas atitudes e crenças em relação ao tratamento; falta de conhecimento sobre a doença; características demográficas; sexo; idade; personalidade; história familiar de transtornos psiquiátricos; estrutura familiar; gravidade da doença e polaridade; fatores ligados ao medicamento, como regimes posológicos complexos, efeitos adversos e interações medicamentosas, fatores ligados ao médico, como suas atitudes em relação à doença e interação com o paciente. Entende-se que a questão da adesão à terapêutica tem sido discutida e estudada por vários profissionais de saúde por se tratar de um ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento, mas ainda são poucos os estudos realizados no Brasil na área da saúde mental da infância e adolescência (SANTIN et al., 2005).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Investigar a adesão dos cuidadores ao tratamento com CBZ em crianças e adolescentes com Transtornos Psiquiátricos em acompanhamento ambulatorial nos dois Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência da Associação Pró-Reintegração Social da Criança de Sorocaba (CAPSi Associação Criança e CAPSi Zona Norte).

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar a proporção de crianças e adolescentes com Transtornos Psiquiátricos e suas comorbidades em uso de CBZ, por meio da análise dos prontuários e da CID-10.
- Verificar a proporção de crianças e adolescentes que utilizam um ou mais medicamentos, por meio da análise dos prontuários.
- Identificar a adesão ao tratamento, por meio de entrevista estruturada e dosagem sérica da CBZ.
- Identificar a ocorrência de não-adesão ao tratamento prescrito, relacionados às variáveis sociodemográficas e clínicas.
- Avaliar o modelo de intervenção para a adesão ao tratamento proposto pela pesquisadora.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Desenho do estudo**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP-Uniso) sob o protocolo 026/08.

Este foi um estudo descritivo e observacional, fundamentado na avaliação, por meio de métodos diretos e indiretos, da adesão dos cuidadores das crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos. Foi realizado por meio de coleta dos dados do prontuário, entrevistas dos cuidadores e dosagem sérica da CBZ das crianças e adolescentes em acompanhamento ambulatorial nos dois Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência da Associação Pró-Reintegração Social da Criança de Sorocaba (CAPSi Associação Criança e CAPSi Zona Norte).

#### **3.2 Caracterização do serviço**

A investigação foi realizada nos dois Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi Associação Criança e CAPSi Zona Norte) da Associação Pró-Reintegração Social da Criança, em Sorocaba no Estado de São Paulo. Este é um serviço de atenção diária, financiado pelo SUS/Prefeitura de Sorocaba. Os atendimentos são destinados às crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria crianças e adolescentes que apresentam autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Segundo experiências clínicas com este tipo de atendimento, há indicações de que se ampliam as possibilidades do sucesso do tratamento de crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo os CAPSi estabelecer parcerias necessárias com toda a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil.

Os atendimentos são ambulatoriais, e ultrapassam o que estabelece a Portaria nº336/GM de 155 atendimentos/mês, atingindo, em média, 210

atendimentos/mês. São atendidas crianças e adolescentes na faixa etária entre 4 a 14 anos, em três tipos de modalidades: intensiva, semi-intensiva e não intensiva, conforme a gravidade de cada caso. O tratamento é multiprofissional sendo a equipe dos CAPSi composta por: assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiras, fonoaudiólogas, médicos psiquiatras, psicólogas, terapeutas ocupacionais e monitores.

As atividades desenvolvidas nos CAPSi são: atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, atividades socioculturais e esportivas, atividades externas. Elas são dirigidas a faixa etária a quem se destina atender, como exemplo pode-se citar as atividades de inserção social que privilegiam aquelas relacionadas à escola. No tratamento dessas crianças e adolescentes, deve-se levar em consideração que mesmo não sendo possível a remissão total do problema, a obtenção de progressos no desenvolvimento, em qualquer aspecto de sua vida cotidiana, pode significar melhor qualidade de vida para eles e suas famílias. Os projetos terapêuticos são individualizados para cada criança/adolescente e abrangem atividades de inclusão social e escolar.

### **3.3 População**

Foram convidados a participar do estudo 34 cuidadores. Recusaram-se a participar quatro cuidadores, sendo então 30 incluídos na investigação. Dentre os entrevistados um não concluiu a entrevista porque a criança estava com o antebraço esquerdo fraturado, sendo dispensado e não houve retorno.

Portanto, o estudo foi desenvolvido com 29 cuidadores das crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos e suas comorbidades, conforme a classificação diagnóstica utilizada pelo serviço (CID-10), os quais compareceram as consultas médicas agendadas nos CAPSi no período de novembro de 2008 a março de 2009.

Crianças e adolescentes na faixa etária de 5 e 16 anos de idade, de ambos os sexos e faziam uso de psicofármacos, em especial, de carbamazepina. É

importante ressaltar que apesar da grande variação de idade, os adolescentes deste estudo não apresentam condição cognitiva para assumir o próprio tratamento.

Como critério básico de inclusão, foi considerado a prescrição de uso contínuo e regular de CBZ para o tratamento do correspondente transtorno. Como critérios acessórios consideraram-se a idade maior ou igual a 18 anos do cuidador e a regularidade da criança e do adolescente ao tratamento, caracterizada por comparecimento às consultas médicas periódicas (mensais) nos CAPSi. Foram excluídos do estudo a criança e o cuidador com deficiências que dificultassem a comunicação.

### **3.4 Avaliação da Adesão**

Este estudo foi avaliado por dois parâmetros distintos. Uma análise não paramétrica que envolveu a análise de prontuário e aplicação de entrevista estruturada e outra paramétrica envolvendo a dosagem sérica de carbamazepina.

#### **3.4.1 Análise dos Prontuários**

Para a realização da coleta de dados dos prontuários, foi utilizado um formulário para análise do prontuário (APÊNDICE A), onde foi registrada a caracterização clínica da criança ou do adolescente.

#### **3.4.2 Entrevista com o cuidador**

Todas as entrevistas foram realizadas por meio de questionário estruturado (APÊNDICE B), pelo mesmo entrevistador, em uma sala reservada para não haver interrupções. O cuidador era esclarecido sobre o estudo e convidado a participar, após a consulta médica realizada no mesmo dia.

Este instrumento é composto por questões abertas e estruturadas, dirigidas à obtenção de informações referentes aos seguintes tópicos:

- a) identificação do paciente e do cuidador, com dados demográficos e sociais;

- b) informações sobre o tratamento, como nome, dose e posologia do medicamento em uso;
- c) dados sobre a percepção do cuidador em relação ao tratamento medicamentoso da criança/adolescente sob sua responsabilidade;
- d) dados sobre o atendimento e a relação com o médico psiquiatra do serviço, responsável pela criança/adolescente.

Ao resultado das entrevistas foram atribuídos escores como aderentes e não aderentes.

### 3.4.3 Dosagem sérica de carbamazepina (CBZ)

Existem diversos métodos de medidas de adesão, entretanto, para alguns transtornos psiquiátricos, o método mais utilizado é o monitoramento do fármaco (SANTIN et al., 2005). Neste estudo, a dosagem sérica de carbamazepina foi realizada após o registro dos dados obtidos por meio das avaliações dos prontuários e o emprego das entrevistas estruturadas. Durante este período foi realizado o acompanhamento dessas crianças em atendimento ambulatorial nos CAPSi.

Foram realizadas duas dosagens séricas da CBZ, em março e agosto de 2009 respectivamente, no Laboratório da Unimed de Sorocaba, sob a responsabilidade da farmacêutica Dr<sup>a</sup>. Keila Furtado Vieira. A técnica utilizada foi a de Imunoensaio por Fluorescência Polarizada (FPIA).

## **3.5 Desenvolvimento de um modelo de intervenção para avaliar a adesão dos cuidadores ao tratamento com CBZ das crianças e adolescentes dos CAPSi**

Para o desenvolvimento de um modelo de intervenção para a adesão ao tratamento dos Transtornos Psiquiátricos da Infância e Adolescência dos CAPSi foram consideradas, entre outras, as seguintes estratégias:

- Análise do regime terapêutico que observe as formas de orientação oral e escrita, enfatizando possíveis efeitos colaterais.

- A certificação de que os objetivos, a necessidade de adesão ao tratamento e a forma de administrar a medicação sejam entendidos e aceitos pelo cuidador.
- Identificação da rotina de vida diária da criança/adolescente e do cuidador para a adequação do regime terapêutico ao estilo de vida de ambos.

Entretanto estas estratégias podem não ser efetivas em todos os pacientes, devido às diversidades culturais e sócio-econômicas existentes. Neste sentido, foi importante a percepção do profissional de saúde quanto às estratégias que pudessem ser mais apropriadas para algumas crianças ou adolescentes do que para outras. Sendo assim, independentemente das estratégias adotadas, foram muito importantes ações que motivassem e envolvessem o cuidador com o tratamento, utilizando-se de medidas práticas, de baixo custo e de fácil execução, ajustadas conforme as necessidades individuais.

### **3.6 Análise estatística**

Para avaliação dos resultados referentes à intervenção na adesão foi empregado o Teste de McNemar (BIOESTAT 2.0), um teste não-paramétrico entre as proporções com baixa dosagem sérica de CBZ nas diferentes medidas.

## **4 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL**

### **4.1 Experimento 01: Identificação dos pacientes por meio da análise dos prontuários e a classificação CID-10**

Os atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), da Associação Pró-Reintegração Social da Criança são ambulatoriais. Pela análise dos prontuários e da classificação CID-10, foram identificadas as crianças e adolescentes, de ambos os sexos, com idade entre 5 e 16 anos, que já se encontram em tratamento nestes Centros e que apresentam Transtornos Psiquiátricos com uma ou mais comorbidades, em uso de carbamazepina. Foi avaliada a porcentagem de prescrições em associação com a carbamazepina, bem como foram identificados outros medicamentos prescritos nos CAPSi e sua forma de aquisição.

### **4.2 Experimento 02: Identificação da adesão ao tratamento nos CAPSi – aplicação de entrevista estruturada**

Após a identificação dos pacientes que utilizam carbamazepina, conforme descrito no item 4.1 e a assinatura do termo de livre consentimento, pelo cuidador da criança, foi aplicada uma entrevista estruturada (APÊNDICE A). Esta entrevista foi realizada, pela pesquisadora deste estudo, imediatamente após a consulta médica da criança e as orientações fornecidas pelo prescritor ao cuidador.

### **4.3 Experimento 03: Identificação da adesão ao tratamento nos CAPSi – Dosagem sérica de Carbamazepina – Técnica de Imunoensaio por Fluorescência Polarizada**

A realização da dosagem sérica da CBZ foi efetuada em duas etapas, a primeira em março de 2009 e a segunda em agosto de 2009 no Laboratório da Unimed-Sorocaba. Todos os pedidos de dosagem sérica foram efetuados pelo prescritor e as orientações sobre a coleta pela pesquisadora, a fim de se garantir que a coleta fosse realizada de maneira homogênea.

As orientações para os cuidadores e as crianças incluídas no estudo foram as seguintes:

- a) Administrar a CBZ do horário da noite e não administrar do período da manhã;
- b) manter a criança em jejum após as 22h até o horário da coleta;
- c) trazer a CBZ no dia da coleta do sangue e administrar após a coleta e após a criança ter se alimentado.

### **4.4 Experimento 04: Desenho de um modelo de intervenção para a adesão ao tratamento nos CAPSi**

A partir da análise da entrevista estruturada e do resultado da primeira dosagem sérica da carbamazepina, foi elaborado um modelo de intervenção para a adesão ao tratamento medicamentoso.

Para definir como fazer a intervenção com o grupo dos cuidadores, foi realizada uma reunião com a Coordenadora do Curso de Psicopedagogia, Pós-Graduação *lato sensu* da Universidade de Sorocaba, Professora Mestre Claudete Bolino e discutido que tipo de abordagem poderia ser feito para que o grupo se sentisse acolhido e não simplesmente cobrado quanto à importância em medicar

corretamente as crianças pelas quais são responsáveis. A opção metodológica foi pela abordagem qualitativa, privilegiando a análise do relato dos cuidadores no grupo.

Decidiu-se que seriam escolhidas duas mães que não se conhecessem, para realizar um depoimento ao grupo em duas datas distintas. A abordagem foi direcionada na questão da adesão ao tratamento nos aspectos clínico e medicamentoso, focando os seguintes tópicos: o impacto do diagnóstico, a importância do apoio da família, como lidar com o tratamento, a inserção da criança na sociedade e o papel da família na adesão ao tratamento (frequência às consultas e outras terapias de apoio, administração do medicamento corretamente, esclarecimento para a criança, conforme o entendimento dela sobre a importância/necessidade do tratamento).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Experimento 01: Identificação dos pacientes por meio da análise dos prontuários e da classificação CID-10

A tabela 1 indica as características clínicas das crianças estudadas. A maioria 48,3% (14/29) fazia parte do grupo F90-F98 sendo que destes 44,9% (13/29) apresentavam uma ou mais comorbidades e 34,5% (10/29) já havia sido submetida a algum tratamento prévio. A maior parte 48,3% (14/29) recebeu o diagnóstico no primeiro ano de tratamento.

Tabela 1 - Caracterização Clínica das Crianças e Adolescentes conforme Classificação CID-10 (n=29). Sorocaba, 2009.

	G40	F30-F39	F40-F48	F60-F69	F70-F79	F80-F89	F90-F98
Diagnóstico principal	01	03	01	01	06	03	14
Comorbidades	-	-	-	01	02	06	13
Tratamentos prévios	01	02	-	-	03	-	10
Diagnóstico no 1º ano de tratamento	01	03	01	01	03	03	14

CID-10 (OMS).G40 = Epilepsia (diagnóstico neurológico); F30-F39 = Transtornos do humor (afetivos); F40-F48= Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes; F60-F69 = Transtorno de personalidade e de comportamentos em adultos; F70-F79 = Retardo mental; F80-F89 = Transtorno do desenvolvimento psicológico; F90-F98 = Transtornos emocionais e de comportamento com início habitualmente ocorrendo na infância ou adolescência. Nota-se que na contagem total do N referente ao diagnóstico, somamos o diagnóstico principal e comorbidades, mostrando que existem crianças com dois ou mais diagnósticos pela CID 10.

A tabela 2 descreve os medicamentos administrados às crianças e adolescentes incluídas no estudo e como foram adquiridos. Dos 15 medicamentos, 6 (40%) são fornecidos integralmente pelo SUS, 4 (26,6%) são parcialmente fornecidos e 4 (26,6%) não são fornecidos pelo SUS. De acordo com os dados do prontuário, 100% recebem CBZ e 41,37% recebem CBZ associada a um ou mais fármacos.

Tabela 2 - Medicamentos administrados para as crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos tratadas nos CAPSi-Sorocaba e sua forma de aquisição (n=29). Sorocaba, 2009.

AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS			
Medicamento/Forma farmacêutica	Fornecidos pelo SUS		Não fornecido pelo SUS
	Integralmente	Parcialmente	
Amitriptilina 25mg (cp)	X		
Carbamazepina 200mg (cp)	X		
Clomipramina 25mg (cp)	X		
Fenitoína 100mg (cap)	X		
Fluoxetina 20mg (gts,cp)	X		
Frisium 10mg (cp)			X
Haldol 1mg e 5mg (cp)	X		
Imipramina 25mg (cp)	X		
Neuleptil 1% (gts pediátricas)			X
Olanzapina 5mg (cp)		X	
Quetiapina 25mg,100mg, 200mg (cp)		X	
Risperidona 0,5mg, 1mg, 2mg (cp)		X	
Ritalina 10mg (cp)		X	
Tegretol 200mg (cp)			X
Tegretol 400mg (cp)			X

O Tegretol 200mg, 400mg e Frisium 10mg são comprados pela família. Os medicamentos como Risperidona, Olanzapina, Ritalina e Quetiapina são fornecidos pelo Estado – Farmácia de Alto Custo do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. Os demais medicamentos são fornecidos pelo Município por meio de dispensação pela Farmácia do Ambulatório de Saúde Mental de Sorocaba.

## 5.2 Experimento 02: Registro dos dados demográficos dos cuidadores para avaliação da adesão ao tratamento nos CAPSi.

A tabela 3 apresenta os dados referentes à idade e a escolaridade dos cuidadores das crianças e adolescentes incluídas neste estudo. A idade dos cuidadores apresentou grande variabilidade, entre 26 e 65 anos (M=40,17 anos; DP=10,3) e no que se refere à escolaridade, houve predomínio do ensino fundamental incompleto (40,0%).

Tabela 3 - Dados demográficos, idade e escolaridade dos cuidadores das crianças/adolescentes em tratamento de transtornos psiquiátricos nos CAPSi- Sorocaba (n=30). Sorocaba, 2009.

<b>VARIÁVEL</b>		
<b>Idade</b>	<b>Média e desvio padrão (anos)</b>	<b>Mínima - Máxima</b>
	40,17 ± 10,30	26 – 65
<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Analfabeto	2	6,6
Sabe ler e escrever	1	3,3
Fundamental incompleto	12	40,0
Fundamental completo	5	16,6
Ens. médio incompleto	2	6,6
Ens. médio completo	6	20,0
Superior incompleto	1	3,3
Superior completo	0	0,0
Não sabe	-	-

A tabela 4 mostra que quanto ao gênero 93,0% (27/29) dos cuidadores das crianças são mulheres e quanto ao estado marital 58,6% (17/29) são casados.

Tabela 4 - Descrição quanto ao gênero e estado marital dos cuidadores das crianças/adolescentes tratadas nos CAPSi -Sorocaba (n=29). Sorocaba, 2009.

<b>Gênero</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	2	6,6
Feminino	27	93,0
<b>Estado marital</b>		
<b>Com parceiro</b>		
Casado	17	58,6
Em união consensual	4	13,8
<b>Sem parceiro</b>		
Viúvo	0	0,0
Separado	3	10,3
Solteiro	5	17,2

### 5.2.1 Perfil de adesão definido pela análise dos medicamentos utilizados (AMU)

Os dados referentes à análise dos medicamentos utilizados encontram-se na tabela 5. Todas as crianças e adolescentes (100%) fazem uso de CBZ e (79,31%) de dois ou mais medicamentos. Observou-se que o percentual de cuidadores consideradas menos aderentes foi inferior ao percentual de mais aderentes. Em relação aos mais aderentes, o estudo demonstrou que 5 estavam em monoterapia e 20 em politerapia. Dentre os que estavam em monoterapia, 4 (80,0%) conheciam o nome, a dose e/ou posologia e os que estavam em politerapia, 18 (90,0%) conheciam o nome, a dose e/ou posologia.

Tabela 5 - Descrição da adesão ao tratamento medicamentoso dos cuidadores das crianças em tratamento nos CAPSi-Sorocaba (n=29). Sorocaba, 2009. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

<b>Cuidadores mais aderentes ao tratamento das crianças</b>		
<b>n= 25 (86,2)</b>		
<b>Regime terapêutico</b>	<b>Monoterapia</b>	<b>Politerapia</b>
	<b>n = 05 (20,0)</b>	<b>n = 20 (80,0)</b>
Conhece nome, dose e/ou posologia	04 (80,0)	18 (90,0)
Conhece nome, outros dados insuficientes e incorretos	-	-
Dados insuficientes	01 (20,0)	02 (10,0)
<b>Cuidadores menos aderentes ao tratamento das crianças n=4 (13,8)</b>		
<b>Regime Terapêutico</b>	<b>Monoterapia</b>	<b>Politerapia</b>
	<b>n = 01 (25,0)</b>	<b>n = 03 (75,0)</b>
Administra a mais	-	01 (33,3)
Administra a menos	01 (25,0)	02 (66,6)
Administra outro	-	-
Não administra	-	-

Monoterapia: pacientes que tomam apenas carbamazepina; Politerapia: pacientes que tomam carbamazepina associada a outros medicamentos

Quanto à compreensão dos cuidadores das crianças a maioria (68,9%) apresentou entendimento sobre os questionamentos durante a entrevista estruturada referentes ao tratamento medicamentoso proposto (Tabela 6).

Tabela 6 - Perfil dos cuidadores quanto a compreensão do tratamento medicamentoso prescrito às crianças e adolescentes em tratamento nos CAPSi-Sorocaba (n= 29). Sorocaba, 2009. (Os números entre parênteses correspondem às porcentagens).

	<b>Grau de compreensão do cuidador</b>			
	<b>Sim, totalmente</b>	<b>Sim, parcialmente</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei dizer</b>
<b>Informações sobre o(s) medicamento(s)</b>				
Finalidade	25 (86,2)	01 (3,4)	03 (10,3)	-
Efeitos colaterais	23 (79,3)	-	06 (20,7)	-
Administração	28 (96,5)	01 (3,4)	-	-
Quem informou?	Médico (28) (89,6)	Enfermeiro (-) -	Assistente Social (-) -	Outros: ( 01 ) Psicóloga (3,4)
Satisfação com a informação	26 (89,6)	01 (3,4)	01 (3,4)	01 (3,4)
Compreensão do tratamento	20 (68,9)	09 (31,0)	-	-
Observa evolução da criança	19 (65,5)	10 (34,5)	-	-

### 5.2.2 Dosagem sérica de carbamazepina (CBZ)

A tabela 7 e as figuras 1 e 2 mostram os resultados das duas dosagens séricas de CBZ.

A primeira dosagem mostrou que das 30 coletas realizadas com as crianças e adolescentes, nove (30,0%) apresentaram níveis séricos abaixo da faixa terapêutica e uma (3,33%) apresentou o nível sérico acima da faixa terapêutica estabelecida. Na segunda coleta das 29 crianças e adolescentes incluídas no estudo, compareceram apenas 23 (79,31%), sendo que foi confirmada a desistência ao tratamento de 03 crianças/adolescentes (10,34%). O resultado das dosagens séricas mostrou que treze (56,52%) mantiveram o nível sérico abaixo da faixa terapêutica

recomendada, uma (4,34%) aumentou do nível baixo para o normal e uma (4,34%) manteve o nível sérico acima da faixa terapêutica recomendada. Os resultados da segunda coleta, comparados aos resultados da primeira coleta, mostraram que houve um aumento do número de crianças/adolescentes com nível sérico de CBZ abaixo da faixa terapêutica recomendada.

Tabela 7 - Dosagem sérica de carbamazepina das crianças e adolescentes em tratamento nos CAPSi-Sorocaba. Sorocaba, 2009.

Dose diária prescrita	1ª dosagem sérica CBZ	2ª dosagem sérica de CBZ
100mg	3.63 µg/ml	3,69 µg/ml
100mg	3.29 µg/ml	1,43 µg/ml
100mg	0.06 µg/ml	5,41 µg/ml
100mg	4.61 µg/ml	2,95 µg/ml
100mg	3.59 µg/ml	0,04 µg/ml
150mg	0.02 µg/ml	Desistência**
200mg	6.13 µg/ml	3,63 µg/ml
200mg	4.98µg/ml	2,53 µg/ml
200mg	6.21 µg/ml	0,83µg/ml
200mg	1.89 µg/ml	0,05 µg/ml
200mg	6.30 µg/ml	5,42µh/ml
200mg	5.03 µg/ml	4,27 µg/ml
200mg	5.12 ug/ml	5,01 µg/ml
200mg	4.54 µg/ml	4,40 µg/ml
200mg	4.19 µg/ml	4,15 µg/ml
200mg	5.38 µg/ml	4,22 µg/ml
200mg	5.21 µg/ml	0,72 µg/ml
200mg	6.00 µg/ml	Não compareceu*
200mg	7.46 µg/ml	Desistência**
200mg	5.28 µg/ml	4,35µh/ml
200mg	5.76 µg/ml	Não compareceu*
200mg	0.07 µg/ml	0,02 µg/ml
400mg	0.02 µg/ml	Desistência**
400mg	6.48 µg/ml	2,25 µg/ml
400mg	9.36 µg/ml	Não compareceu*
600mg	4.94 µg/ml	0,67µg/ml
600mg	7.23 µg/ml	Não compareceu*
600mg	1.75 µg/ml	2.48µg/ml
1.000mg	13.23µg/ml	14,94 µg/ml
1.200mg	11.76 µg/ml	8,14 µg/ml

Faixa terapêutica: 4 a 12µg/ml

\*Não compareceu, entenda-se, faltou à coleta do sangue.

\*\* Desistência, entenda-se abandono do tratamento.

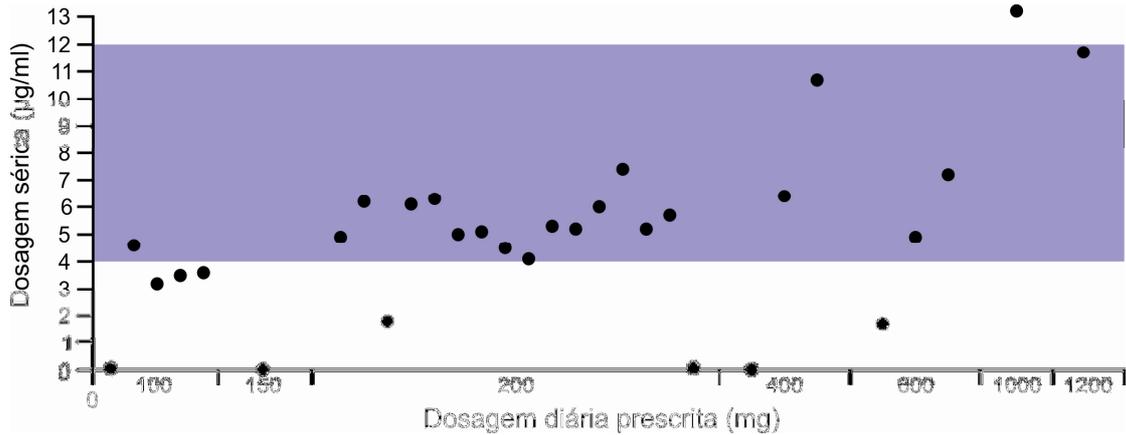


Figura 1 – Distribuição do nível sérico da primeira dosagem de carbamazepina das crianças e adolescentes em tratamento nos CAPSi-Sorocaba. Sorocaba, 2009. (n=30).

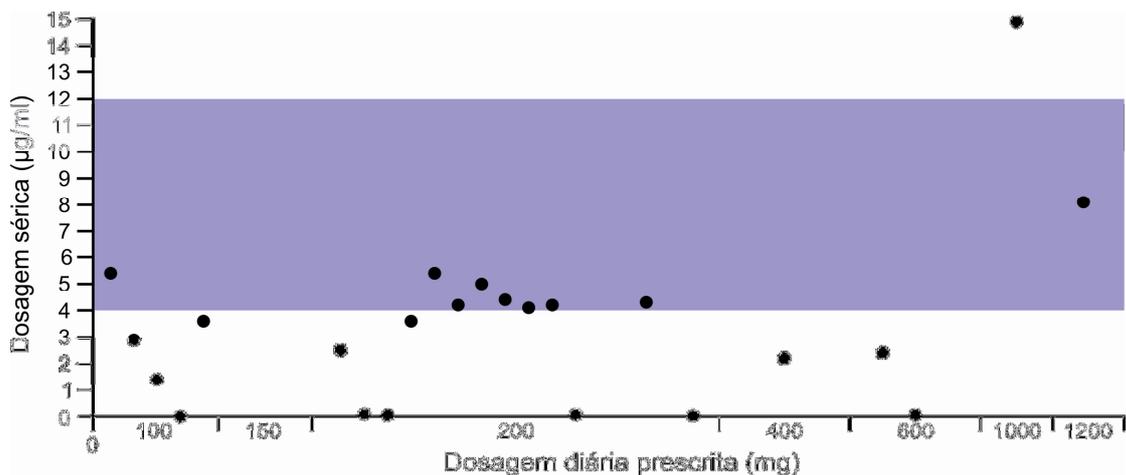


Figura 2 – Distribuição do nível sérico da segunda dosagem de carbamazepina das crianças em tratamento nos CAPSi-Sorocaba. Sorocaba, 2009. (n=23).

### 5.2.3 Análise estatística

Conforme os resultados obtidos segundo o Teste de McNemar, teste não-paramétrico para duas proporções, no qual se procurou avaliar o grau de discordância das duas intervenções a que foram submetidos os cuidadores das crianças e adolescentes em tratamento nos CAPSi-Sorocaba. O resultado da adesão, representado pelas duas dosagens séricas da CBZ, está demonstrado na tabela de convergência 2X2 (tabela 8), onde os dados foram mensurados “a nível nominal” da seguinte maneira:

H<sub>0</sub>: não houve diferenças na adesão entre os cuidadores aderentes após as intervenções realizadas.

H<sub>1</sub>: houve diferenças na adesão dos cuidadores após as intervenções realizadas.

Tabela 8 - Comparação das dosagens séricas de CBZ antes e após as duas intervenções realizadas com os cuidadores das crianças e adolescentes em tratamento nos CAPSi-Sorocaba. Sorocaba, 2009.

	<b>Normal (+)</b>	<b>Baixo (-)</b>
<b>Normal (+)</b>	7	7
<b>Baixo (-)</b>	1	6

Dos níveis séricos considerados “Normal” (+ +): sete mantiveram esse resultado; sete que estavam “Normal”, passaram para “Baixo” (+ -); um que estava “Baixo” passou para “Normal” (- +); e seis que estavam “Baixo” mantiveram “Baixo” (- -).

Os resultados mostram que não há diferenças significantes no número de aderentes entre os dois momentos da pesquisa (pvalor= 0,07), ou seja, antes e após as intervenções realizadas aos cuidadores.

### **5.3 Experimentos 03: Desenho de um modelo de intervenção para a adesão ao tratamento nos CAPSi**

Este é um relato descritivo da pesquisadora deste estudo, uma vez que os cuidadores não permitiram que os relatos fossem gravados, mas permitiram os encontros fossem divulgados por meio das fotos.

Em 28/05/2009 foi realizado o primeiro encontro com os cuidadores, mas devido à greve de ônibus municipal muitos tiveram dificuldades para comparecer ao encontro (10/29).

Antes de iniciarmos a abordagem proposta para o grupo, foi realizada a seguinte dinâmica: foi distribuído um chocolate para cada um dos cuidadores com a orientação de manterem os cotovelos estendidos, sem flexioná-los. A pergunta a seguir foi: Como eles conseguiriam comer o chocolate sem dobrar os cotovelos para

levá-lo à boca? O grupo ficou pensativo, alguns deram soluções como: colocar no chão para comer, em cima de algum móvel, etc. Apenas uma mãe fez a observação esperada: que cada um colocasse o seu chocolate na boca do outro e só assim todos conseguiriam comê-lo. Nesse momento a pesquisadora falou da importância do papel de cada cuidador em medicar corretamente a criança pela qual é responsável, mesmo que seja muito difícil em determinadas situações, mas que o sucesso do tratamento depende do esforço de cada um. O objetivo desta dinâmica foi conscientizá-los sobre a importância do papel do cuidador no ato de medicar a criança. Em seguida, a primeira mãe fez seu depoimento: tratava-se de uma criança que não fazia tratamento na Unidade (CAPSi) e que faz uso de medicamento anticonvulsivante desde os oito meses de vida. Atualmente está com quinze anos e passando por todos os seus questionamentos, inerentes a própria adolescência e a questão de precisar tomar medicamentos, o que o leva muitas vezes a não aceitar essa situação. Essa mãe bastante esclarecida sobre o diagnóstico e a importância do tratamento farmacológico, além das outras terapias de apoio, falou com linguagem clara para o grupo sobre toda a sua trajetória, o mesmo interagiu com ela relatando algumas experiências semelhantes e principalmente suas dificuldades em entender o diagnóstico e a maneira correta de medicar as crianças, sendo que, neste momento, muitos se emocionaram. O encontro teve duração de duas horas e, ao término, marcamos um novo encontro para o dia 18/06/2009.

Na segunda intervenção, realizada no dia acima citado, compareceram vinte cuidadores, destes, seis estavam na primeira intervenção, portanto, dos 29 cuidadores do estudo, apenas 20,7% participaram das duas intervenções propostas.

Para um acolhimento maior do grupo, realizamos a mesma dinâmica que na primeira intervenção, com o mesmo objetivo, devido ao grande número de faltosos ao primeiro encontro. Em seguida, a segunda mãe escolhida falou sobre o tratamento do seu filho na Unidade (CAPSi), desde os dez anos de idade, relatou suas dificuldades como cuidadora, desde o diagnóstico, a rejeição da criança com o medicamento, as oscilações do humor quando deixava de tomar o mesmo corretamente, as queixas da escola, dos vizinhos, da família. Atualmente seu filho está com dezessete anos, há um ano recebeu alta do tratamento medicamentoso e demais atendimentos (terapia cognitivo comportamental, fonoaudiologia). Segundo a mãe, leva uma vida normal como qualquer adolescente da sua idade, tem amigos,

faz curso de informática, apresenta bom rendimento escolar e melhorou a qualidade do relacionamento familiar.

Por essa mãe ser conhecida de alguns participantes do grupo, o seu esforço foi elogiado pelos demais que verbalizaram ter se identificado com várias situações relatadas por ela, ficaram muito emocionados e ao final do encontro que durou duas horas, a mesma reforçou a importância do envolvimento e apoio do cuidador no tratamento medicamentoso, independente da idade da criança e/ou adolescente.

As dificuldades que encontrei para a realização das intervenções foram relacionadas com a situação de vida dos cuidadores, como: impossibilidade de participarem do 1º encontro devido à greve de ônibus e não possuírem outro meio de transporte, embora um cuidador tenha ido de bicicleta. Outros não compreenderam num primeiro momento a finalidade dos encontros, confundiram as datas dos agendamentos e outros simplesmente não compareceram, apesar de toda orientação feita tanto pela pesquisadora, como pela coordenação dos CAPSi da ZN e SEDE, que colaboraram ativamente para a divulgação das intervenções e da importância dos cuidadores em participarem das mesmas.

Tivemos o cuidado de agendar as datas das intervenções com um mês de antecedência, para que ao longo deste, os cuidadores pudessem ser lembrados semanalmente, após os atendimentos das crianças/adolescentes no CAPSi, da data da intervenção. No dia anterior da intervenção agendada, foram realizados contatos por telefone com os cuidadores para confirmar a sua presença no dia seguinte. A maioria confirmou, porém, nem todos compareceram ou justificaram sua ausência.

Embora a maioria não tenha comparecido as duas intervenções realizadas, aqueles que compareceram, mostraram-se interessados, participativos e tenho certeza que para estes cuidadores, ficou clara a importância do seu papel na efetividade do tratamento medicamentoso proposto.

Outro dado importante é o processo de construção de ações intersetoriais, neste caso, as Ciências Farmacêuticas, a Enfermagem e a Saúde Mental. Estas ações implicam na troca e construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar as questões

relacionadas a adesão terapêutica, de modo que possa tornar possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade da adesão.

Este compromisso de orientação aos cuidadores é tornar cada vez mais visível, que o processo saúde-adoecimento-cuidar é efeito de múltiplos aspectos, e que a elaboração de estratégias para uma educação contínua se faz necessária para a garantia do tratamento das crianças/adolescentes como direito humano e de cidadania.



Figura 03 - Imagens da primeira intervenção com os cuidadores das crianças/adolescentes em tratamento no CASPSi - Sorocaba, maio de 2009.



Figura 04 - Imagens da segunda intervenção com os cuidadores das crianças/adolescentes em tratamento no CASPSi - Sorocaba, junho de 2009.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo sobre adesão ao tratamento medicamentoso com CBZ prescrito para os transtornos psiquiátricos das crianças/adolescentes tratadas nos CAPSi – Sorocaba há a necessidade de se compreender questões relacionadas ao paciente e ao meio em que a criança/adolescente está inserida.

Fatores socioculturais são importantes no processo de adesão à prescrição medicamentosa. Segundo Kidd e Altman (2000), ao considerarem que nenhum homem é uma ilha, é que essa concepção é verdadeira quando se estuda a questão da adesão. A adesão como um dos critérios do uso de medicamentos e do cuidado de saúde como um todo, é afetada ou direcionada pelo meio social e cultural em que acontece.

A manutenção da criança/adolescente em seu ambiente doméstico e familiar, bem como a família ser parte integrante do tratamento são algumas das condições que favorecem as possibilidades de melhora durante o tratamento. O tratamento deve ter sempre estratégias e objetivos múltiplos, com ações não somente no âmbito da clínica, mas ações intersetoriais, que incluem o envolvimento com as relações familiares, relações afetivas e comunitárias, com a justiça, com a educação, com a saúde, com a moradia. As equipes técnicas devem sempre atuar de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas. A experiência de trabalho com famílias também deve fazer parte da formação da equipe (SANTOS, 2005).

Embora o paciente seja freqüentemente o principal foco das intervenções de adesão ao tratamento, este processo deve ser visto como uma responsabilidade entre o paciente, o cuidador e o profissional de saúde que o assiste, bem como do próprio sistema de saúde.

Neste contexto, considerando-se que, nos últimos anos, a expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo dos CAPSi foram objetivos principais das ações e normatizações do Ministério da Saúde

e que estes Centros são estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental, a expansão destes serviços está sendo fundamental para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. Sendo assim podemos citar com um dos incentivos nacionais o Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT N<sup>o</sup> 033/2008, no qual um dos temas abordados no objeto de Saúde Mental foi “Crianças e Adolescentes” com foco nas “Intervenções no manejo de transtornos mentais de crianças e adolescentes nos diversos dispositivos de cuidado”. Este trabalho foi enviado para análise nesse Edital e, conforme parecer do Diretor de Programas Temáticos e Setoriais do CNPq: “a proposta, apesar de meritória, não alcançou prioridade para atendimento quando comparada à alta demanda qualificada do Comitê”.

A questão da adesão à terapêutica tem sido discutida e estudada por vários profissionais de saúde por se tratar de um ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento. Neste sentido, este estudo utilizou métodos indiretos e diretos de avaliação do grau de adesão dos cuidadores das crianças e adolescentes ao tratamento medicamentoso com CBZ.

A CBZ está consagrada como estabilizador do humor, podendo ser utilizada em casos de intolerância ao lítio e especialmente eficaz na hiperatividade, distraibilidade, agressividade, humor disfórico e padrão de ciclagem rápida. A CBZ possui efeitos antimaníaco e anticonvulsivante, além de ser um fármaco que pode ter seu nível sérico mensurado (método direto). Além disto, optou-se pela CBZ por este psicofármaco apresentar múltiplas facetas, ou seja, ser indicado para o tratamento de diversos transtornos psiquiátricos e ser distribuído gratuitamente pela rede pública.

Neste estudo, avaliou-se a reprodutibilidade dos dados colhidos do prontuário, sendo que dos itens avaliados relacionados ao diagnóstico, a maioria das crianças e adolescentes (48,27%) está no grupo F90-F98 (Transtornos emocionais e de comportamento com início habitualmente na infância ou adolescência), a presença de um ou mais diagnósticos (comorbidades) aparece em 75,86% dos casos, sendo que 34,48% foram submetidos a tratamentos anteriores e 89,65% receberam o diagnóstico no primeiro ano de tratamento.

A classificação clínica das crianças e adolescentes, pela CID-10, mostrou que 10,34% estavam no grupo dos transtornos de humor (afetivos) F30-F39 e 48,27% das crianças estavam no grupo dos transtornos emocionais e de comportamento com início habitualmente na infância ou adolescência (F90 - F98). Nestes pacientes o predomínio de irritabilidade e sintomas depressivos durante episódios de hiperatividade breves e heterogeneidade dos sintomas, é semelhante ao já descrito por Moreno et al. (2005).

Das crianças/adolescentes deste estudo, 20,68%, encontram-se no grupo F70 – F79 caracterizado como retardo mental. Ressaltamos que, embora este quadro não seja propriamente um transtorno psiquiátrico, é um importante fator de risco para os transtornos psiquiátricos. A combinação de retardo mental e transtorno psiquiátrico é especialmente estressante para as famílias, uma vez que, muitas destas consideram mais difícil conviver com os problemas psiquiátricos do que com os problemas intrínsecos do retardo mental.

Neste estudo 75,86% das crianças/adolescentes apresentaram comorbidades, sendo este resultado compatível com outros estudos na área da psiquiatria da infância e adolescência. Estes estudos anteriores indicam que crianças e adolescentes, com transtornos psiquiátricos, preenchem os critérios para mais de um diagnóstico psiquiátrico e muitos são submetidos ou não a tratamentos especializados de saúde mental (GOODMAN; SCOTT, 2004).

Nossos resultados mostram que a maioria das crianças e adolescentes recebeu o diagnóstico no primeiro ano de tratamento. Consideramos este dado como sendo de grande importância na escolha do psicofármaco adequado para a efetividade do tratamento.

Dentre a metodologia proposta neste trabalho, por meio da análise dos prontuários, foi possível identificar-se quais as crianças e adolescentes que utilizavam apenas CBZ e aquelas que utilizavam um ou mais medicamentos.

Os dados obtidos mostraram que 100% das crianças/adolescentes utilizavam CBZ e 79,31% utilizavam a CBZ associada a um ou mais medicamentos. Deste modo, foi realizada a análise da aquisição dos medicamentos, mostrando que a maioria destes (40%) era totalmente fornecida pelo SUS, 26,6% dos medicamentos eram parcialmente fornecidos pelo SUS e 26,6% não eram fornecidos. O não

fornecimento do medicamento pelo SUS é um dos fatores que podem inviabilizar sua aquisição pelo cuidador e, conseqüentemente, acarretar a possível não-adesão ao tratamento.

Neste estudo, utilizou-se a entrevista, que é um instrumento de fácil aplicação, tem boa aceitação pelos participantes, como também apresenta custo reduzido. Neste sentido, na população de cuidadores estudada, o fornecimento gratuito do medicamento, associado ao tipo de transtorno psiquiátrico apresentado pela criança/adolescente, parece ser um agente facilitador na questão da adesão. Pessoa et al (1996), encontraram o acesso econômico como causa de não-adesão à prescrição em 39,1% dos casos, e que o menor número de medicamentos e o menor custo, melhoram a adesão.

A queixa principal dos cuidadores sobre a aquisição do medicamento foi relacionada às dificuldades na busca do medicamento nos locais de dispensação. Esta queixa está associada à situação socioeconômica destes cuidadores: a falta de vale transporte urbano coletivo, o desemprego, a não colaboração de outros membros da família.

Referente aos fatores sociais e demográficos, os resultados das entrevistas quanto à idade dos cuidadores mostrou uma variação de 26-65 anos e a média da idade encontrada foi de 40,17 anos, este dado pareceu não ter influência na questão da adesão.

Os resultados encontrados mostram que 50% dos cuidadores possuem baixo grau de escolaridade e 58% relataram dificuldade em administrar o medicamento associada à falta de conhecimento sobre o mesmo. Comparando nossos resultados com estudos na área da adesão, estes dados foram compatíveis com fatores sociais e demográficos. Quanto à escolaridade, a falta de conhecimento sobre o medicamento associada ao baixo grau de escolaridade podem afetar a adesão, uma vez que, é sabido que um nível de escolaridade acima do ensino médio completo proporciona uma maior facilidade de compreensão de informações relacionadas ao tratamento (LEITE et al., 2002; BAKIRTZIEF, 1996).

Quanto ao gênero, houve predomínio do gênero feminino como cuidadores (93%), sendo que a maioria destes cuidadores são as mães. Estas são responsáveis pela assiduidade da criança/adolescente ao tratamento e pela administração dos

medicamentos. Este fator é considerado importante devido ao tempo prolongado do tratamento. Entretanto, conforme o nível de estresse apresentado por estas mães, devido as dificuldades sócio-demográficas e de compreensão, o grau de adesão ao tratamento pode ser afetado negativamente. Em estudos relacionados aos níveis de estresse dos genitores de crianças com deficiência mental (DM), as mães apresentam níveis superiores aos dos pais, por serem responsáveis pela maior parte dos cuidados adicionais dispensados à criança deficiente (NARA et al., 2001).

Outros estudos em Saúde Mental têm mostrado que o suporte social pode surgir como uma arma poderosa para atenuar o impacto dos eventos estressantes na vida familiar, principalmente, de maneira mais direta, sobre a mãe, cuidadora principal, e que este suporte é importante para que ela não se torne menos capaz de perceber as necessidades de sua criança doente. (CAMPOS; SOARES, 2005, PELLETIER et al., 1994). Mais especificamente, Suriam (2000) relatou que as mães de crianças doentes experimentavam sentimentos mais altos de solidão do que as mães de crianças saudáveis, mesmo que o tamanho de sua rede social e a quantidade de suporte social recebido fossem maiores.

Posteriormente às entrevistas, as informações prestadas pelo cuidador responsável pela criança/adolescente foram avaliadas e comparadas com àquelas registradas no prontuário (análise dos medicamentos utilizados - AMU). Entretanto, a análise por meio deste instrumento pode estar associada à superestimação da proporção de pacientes considerados como mais aderentes. Este fato é recorrente em estudos com a utilização de entrevistas realizadas diretamente com o paciente ou responsável (GORDIS, 1981; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; VERMEIRE et al., 2001).

A fim de evitar-se a superestimação quanto à adesão ao tratamento relacionada ao instrumento AMU (DEWULF, 2005), para a definição do cuidador como mais aderente ou menos aderente, os dados sobre o conhecimento do medicamento administrado às crianças ou adolescentes foram baseados em três informações relevantes: nome do medicamento, dose e posologia indicados pelo médico.

Porém, em nosso estudo como se observou que a baixa porcentagem de cuidadores cujas informações referentes à dose e à posologia não seriam

adequadas para a análise e, para se evitar uma classificação alta de cuidadores não aderentes, optou-se por classificar o grau de adesão associado ao relato da administração do medicamento pelo cuidador e ao conhecimento do nome do medicamento.

Foram considerados como não adesão, os casos em que o cuidador relatou dar mais medicamento que o prescrito, menos medicamento que o prescrito, dar outro medicamento além do prescrito ou não dar o medicamento.

Avaliando-se a administração do medicamento associada ao conhecimento de seu nome pelo cuidador responsável pela criança/adolescente em tratamento nos CAPSi, verificou-se que o comportamento de adesão no grupo em monoterapia (administração somente de CBZ) foi de 20,0% e no grupo em politerapia (administração de CBZ associada a um ou mais psicofármacos) foi de 80,0%.

Estudos de adesão indicam que o grau de adesão varia muito dependendo do método e do conceito de adesão utilizado, ficando em torno de 50% para a população infantil, o que leva a acreditar que os fatores relacionados ao paciente, mais dificilmente controlados, tenham sempre um peso grande na questão da adesão (JONES, 1983).

Em nosso estudo, os dados obtidos quanto ao número de medicamentos administrados às crianças/adolescentes e o tempo prolongado de tratamento podem influenciar negativamente a adesão dos cuidadores. Estudos sobre adesão mostram que “a não-adesão em algum grau é universal” e está relacionada a diversos fatores relativos ao profissional de saúde, ao tratamento, à patologia e ao paciente (JORDAN, 2000; NEMES, 2000).

Após a entrevista com os cuidadores, foi realizada uma análise, quanto ao entendimento destes em relação ao tratamento medicamentoso prescrito. Quanto ao grau de compreensão, observou-se que 89,6% compreendiam o tratamento medicamentoso proposto; 86,2% compreendiam a finalidade do medicamento; 79,3% compreendiam seus efeitos colaterais e, 96,5% compreendiam a forma de administrar o medicamento. Os valores encontrados demonstraram um alto grau de disposição do cuidador em administrar o medicamento, bem como um conhecimento adequado quanto ao nome do medicamento e a preocupação em administrá-lo corretamente.

Por outro lado, durante a entrevista com os cuidadores, muitos mencionaram a dificuldade em compreender o diagnóstico que não aparece em exames específicos como: exame de sangue, tomografia computadorizada do cérebro, raios-X, eletroencefalograma (EEG) e devido a este fato não podem “provar” o que a criança tem de fato tanto na esfera familiar como social.

Esta situação vem ao encontro do que já foi mencionado na literatura. Conforme a OMS (WHO, 2002) publicou no Segundo Relatório sobre a Saúde Mental, mostrando que os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e a comunidade, em consequência não só dos sintomas inquietantes, como também das resultantes incapacidades de participar em atividades de trabalho e de lazer, acentuadas pela discriminação. Além disso, alguns estudos de adesão em pediatria citam o fato de os pais não compreenderem a importância do tratamento ou a gravidade da enfermidade como um entrave para a adesão (PESSOA et al., 1996; JONES, 1983).

As dificuldades dos cuidadores em compreender o diagnóstico ou tratamento medicamentoso proposto estão diretamente relacionadas ao fato de que muitas vezes na área da psiquiatria da infância e adolescência, os diagnósticos são baseados na observação clínica (GOODMAN; SCOTT, 2004; WHO, 1993).

De acordo com estudos na área da psiquiatria da infância e adolescência, as principais fontes de informação são os pais/responsáveis, a própria criança ou o adolescente, a escola com seus relatórios escolares e as produções da criança (BRASIL; FU-I, 2007).

Embora estes resultados tenham mostrado um grau de adesão satisfatório dos cuidadores, optou-se em realizar duas coletas de sangue das crianças/adolescentes em tratamento nos CAPSi, a fim de monitorar-se a exposição à CBZ por meio da dosagem sérica.

Estas duas dosagens foram realizadas nos meses de março e agosto de 2009, ou seja, com intervalo de cinco meses entre elas.

O resultado da primeira dosagem sérica mostrou que das 30 crianças/adolescentes, 36,7% (n=9) apresentavam nível sérico abaixo da faixa terapêutica recomendada (4 a 12µg/ml). Enquanto 3,33 % (n=1) estava acima dos valores esperados. Estes números são indicativos de que o grau de adesão poderia

estar comprometido devido ao comportamento dos cuidadores em relação à administração correta do medicamento.

Ao avaliar este resultado optou-se por realizar duas intervenções aos cuidadores antes da segunda dosagem sérica. Estas intervenções tiveram como finalidade a orientação quanto à administração correta do medicamento, esclarecendo suas dúvidas sobre as formas de administração, à observação da criança/adolescente no momento da administração (engoliu, cuspiu, rejeitou) e que atitudes tomar diante das dificuldades encontradas.

Na primeira intervenção realizada, compareceram apenas 10 cuidadores (34,48%) e na segunda, 20 cuidadores (68,96%). Do total de comparecimento apenas 6 cuidadores (20,70%) compareceram nas duas intervenções realizadas. Estes dados mostraram um baixo grau de disponibilidade dos cuidadores em participar das intervenções propostas. Deve-se considerar que as duas intervenções foram agendadas com antecedência de trinta dias. Este agendamento foi realizado a cada retorno aos CAPSi para o atendimento das crianças/adolescentes, onde foram realizadas orientações para lembrá-los da data do agendamento. Além disto, foram realizados contatos por telefone próximos a data da intervenção, para a confirmação da presença dos cuidadores.

Este baixo grau de disponibilidade dos cuidadores em participar das intervenções pode estar associado às condições socioeconômicas, a presença de transtornos psiquiátricos e a dificuldade de compreensão dos mesmos.

Na segunda dosagem sérica de CBZ compareceram apenas 23 (79,31%) crianças/adolescentes, os resultados mostraram que destas, treze mantiveram o nível sérico abaixo da faixa terapêutica recomendada (56,52%) e uma manteve o nível sérico acima (4,34%).

Segundo a análise estatística realizada, comparando os resultados das duas dosagens séricas, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa no número de aderentes entre os dois momentos do estudo, ou seja, antes e após as intervenções realizadas para os cuidadores. Entretanto, as alterações nos resultados das dosagens séricas, tanto para mais quanto para menos, são extremamente significativas para elaboração de ações estratégicas na área da Saúde Mental da Infância e Adolescência.

Devemos ressaltar que uma criança que estava com o nível sérico abaixo da faixa terapêutica recomendada, alcançou o nível normal (4 a 12µg/ml) após a realização da segunda intervenção. Consideramos este resultado relevante, baseado nas dificuldades apresentadas pelos cuidadores, relacionadas à compreensão do tratamento medicamentoso prescrito.

Estes resultados nos permitem relacionar as dificuldades dos cuidadores em compreender o diagnóstico e também o tratamento medicamentoso proposto, embora a entrevista nos tenha indicado um bom grau de compreensão destes quanto ao tratamento. Comparando nossos resultados com os de outros estudos sobre adesão, nota-se a existência de outros fatores que podem afetar negativamente a adesão terapêutica medicamentosa. Estes fatores incluem o esquecimento, a falta de motivação, a ansiedade sobre possíveis efeitos adversos, a frustração com a equipe de saúde, ansiedade com regimes complexos de medicamento e os fatores emocionais (WHO, 2003; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005, BRAWLEY; CULOS-REED, 2000).

Durante a entrevista, vários cuidadores mencionaram transtornos psiquiátricos que os acometem, a dificuldade em conciliar o seu tratamento e o da criança/adolescente sob a sua responsabilidade, enfim, a sobrecarga emocional que toda a situação acarreta e que de certa maneira pode interferir na questão da adesão.

Os resultados do presente trabalho indicaram que os cuidadores das crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos atendidas ambulatorialmente nos CAPSi - Sorocaba apresenta grau satisfatório de adesão ao tratamento medicamentoso, quando esta adesão é avaliada pelo relato do cuidador de estar administrando o medicamento, conforme a prescrição médica registrada no prontuário, associado ao conhecimento do nome do medicamento.

De acordo com os resultados das duas dosagens séricas realizadas, observa-se que o número de cuidadores aderentes não se modificou, ou seja, não ocorreu o impacto esperado pelas intervenções de orientação realizadas. Estes resultados evidenciam a necessidade de intervenções frequentes e com uma proximidade menor entre elas.

Os achados do presente trabalho como: desestrutura familiar (falta de apoio ao tratamento), o baixo grau de escolaridade dos cuidadores e a presença de transtornos psiquiátricos de alguns cuidadores (por eles mencionado), podem influenciar na adesão ao tratamento medicamentoso prescrito.

Devido à complexidade do problema e considerando que os fatores socioculturais são importantes no processo de adesão à prescrição medicamentosa, percebe-se que existe a necessidade premente de uma maior atenção dos profissionais de saúde em relação à adesão ao tratamento medicamentoso e que as intervenções junto aos cuidadores devem visar não apenas instrumentalizá-los como cuidadores, mas como pessoas que também precisam ser cuidadas.

Há necessidade do planejamento de ações visando à universalidade e integralidade da atenção à saúde, bem como uma implementação dos serviços de atendimento a esta demanda infanto-juvenil, visto que, os transtornos psiquiátricos na infância e adolescência configuram-se em problema de relevância para a saúde pública e merecem reflexão de todos que estão envolvidos com a atenção integral à saúde das crianças e adolescentes.

Assim, conclui-se que existe certo grau de adesão dos cuidadores ao tratamento medicamentoso, mas este depende da natureza do transtorno psiquiátrico da criança ou adolescente e do grau de compreensão deste cuidador. Constituindo-se estes fatores, possivelmente, em uma característica dos usuários dos CAPSi – Sorocaba da Associação Pró-Reintegração Social da Criança, local onde este estudo foi realizado.

Os resultados do presente estudo poderão contribuir na área da Saúde Mental da Infância e Adolescência a fim de melhorar as ações educativas para esta população e de seus cuidadores, voltadas para a administração adequada dos psicofármacos e conseqüentemente a melhora da adesão terapêutica.

## REFERÊNCIAS

- ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2003. 795 p.
- AYRES, M.; AYRES JUNIOR, M. **BIOESTAT 2.0** – Aplicações estatísticas na área das ciências biológicas e médicas. Brasília: CNPq, 2000. p. 110-111.
- BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 497-505, 1996.
- BELFER, M.L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. **J. Child. Psychol. Psychiatry.**, Boston, v. 49, n. 3, p. 226-236, 2008.
- BELSKY, J. The determinants of parenting: a process model. **Child Dev.**, Chicago, v. 17, p. 3-23. 1984.
- BRASIL, H.H. Princípios gerais do emprego de psicofármacos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. II, p. 1-40, 2000.
- BRASIL, H.H.; FU-I, L. Processo diagnóstico do transtorno bipolar de início precoce: clínico e instrumental. In: FU-I, L. **Transtorno bipolar na infância e na adolescência**. São Paulo: Segmento Farma, 2007. p. 79-93.
- BRAWLEY, L.R.; CULOS-REED, N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Control. Clin. Trials**, New York, v. 21, n. 5 suppl., p. 156-163, Oct. 2000.
- BRONFENBRENER, U. Ecology of the family as a context for human development. **Dev. Psychol.**, Washington, v. 22, n. 6, p. 723-742, 1986.
- CAETANO, D. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993. 351 p.
- CAMPOS, P.H.F.; SOARES, C.B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicol. Rev.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005.
- CASTILLO, A.R.G.L.; CASTILLO, J.C.R.; ASBAHR, F.R. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F.B.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo: Ateneu, 2003. p. 349-360.
- CLEIN, P.D.; RIDDLE, M.A. Pharmacokinetic in children and adolescents. **Child Adolesc. Psychiatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 4, n. 1, p. 59-76, 1995.
- DAVANZO, P. et al. Oxcarbamazepine treatment of juvenile-onset bipolar disorder. **J. Child Adolesc. Psychopharmacol.**, New York, v. 14, n. 3, p. 344-5, 2004.

DEWULF, N.L.S. **Investigação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças inflamatórias intestinais**. 2005. 99f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DUARTE, C. et al. Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. **Int. J. Psychiatry. Med.**, v. 33, n. 3, p. 203-222, 2003.

DUNBAR- JACOB, J.; MORTIMER- STEPHENS, M.K. Treatment adherence in chronic disease. **J. Clin. Epidemiol.**, Oxford, v. 54, suppl. 1, p. 557-560, 2001.

EMMEL, M.L.G.; MATSUKURA, T.S. Grupo suporte para mães de crianças em atendimento em terapia ocupacional. **Psicol. Teor. Pesq.**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 315-323, set-dez. 1989.

FIGUEIRÓ, F.E.A. et al. Aderência terapêutica dos pacientes hipertensos no CEM-Campo Grande, MS. In: CONGRESSO DE SAÚDE PÚBLICA, 5. ago. 1997, Águas de Lindóia. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 279.

FLEITLICH, B.W.; GOODMAN, R. Epidemiologia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 2-6, 2000.

FLEITLICH, B.W.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.**, New York, v. 43, n. 6, p. 727-734, 2004.

FU-I, L. **Transtorno bipolar na infância e na adolescência**. São Paulo: Segmento Farma, 2007. 312 p.

GARCIA, R.A.C. **Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico de hiperlipidemias em pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. 2003. 104f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

GIL GUILÉN, V.F. et al. Incumplimiento del tratamiento com antibióticos en infecciones agudas no graves. **Med. Clin.**, Barcelona, v. 112, n. 19, p. 731-733, 1999.

GOLDBERG, A. I.; COHEN, G.; RUBIN, A.H.E. Physician assessments of patient compliance with medical treatment. **Soc. Sci. Med.**, New York, v. 47, n. 11, p. 1873-1876, 1998.

GOLFETO, J.H.; VEIGA, M.H. Epidemiologia em Psiquiatria da Infância e Adolescência. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F.B.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo: Ateneu, 2003. p. 29-54.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999.

GOODMAN, R.; SCOTT, S. **Psiquiatria Infantil**. São Paulo: Roca, 2004. 397 p.

GORDIS, L. Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance. In: HAYNES, R.B.; TAYLOR, D.W.; SACKETT, D.L. **Compliance in health care**. 2. ed. Baltimore: The Johns Hopkins University, 1981. Cap. 1, p.1-7.

GREEN, W.H. **Psicofarmacologia clínica da infância e da adolescência**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 369 p.

\_\_\_\_\_. Drogas antidepressivas. In: \_\_\_\_\_. **Psicofarmacologia clínica da infância e da adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 37-196.

GUS, G.; ROHDE, L.A.P. Psicofármacos na infância: seu uso nos principais distúrbios psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 44-51, 1991.

HAYNES, R.B. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: HAYNES, R.B.; TAYLOR, D.W.; SACKETT, D.L. **Compliance in health care**. 2. ed. Baltimore: The Johns Hopkins University, 1981. Cap. 4, p. 49-61.

HAYNES, R.B.; McKIBBON, K.A.; KANANI, R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. **Lancet**, London, v. 348, n. 9024, p. 383-386, 1996.

JONES, J.G. Compliance with pediatric therapy. **Clin. Pediatr.**, Philadelphia, v. 22, n. 4, p. 262-265, Apr. 1983.

JORDAN, M.S. et al. Aderência ao tratamento anti-retroviral em Aids: revisão da literatura médica. In: TEIXEIRA, P.R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. (Org.). **Tá difícil de engolir?** São Paulo: Nepaids, 2000. p. 5-25.

KIDD K.E.; ALTMAN D.G. Adherence in social context. **Control. Clin. Trials**, New York, v. 21, p. 184S-187S.

KOWATCH, R. et al. Effect size of lithium, divalproex sodium and cabamazepine in children and adolescents with bipolar disorder. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, New York, v. 39, p. 713-720, 2000.

KOWATCH, R. et al. Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, New York, v. 44, n. 11, p. 213-235, 2005.

KURITA, G.P.; PIMENTA, C.A.M. Adesão ao tratamento da dor crônica, estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arq. Neuropsiquiatr**, Ribeirão Preto, v. 61, n. 2-B, p. 416-425, 2003.

LEITE, J.C.C. et al. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.15, n.1, p.121-133, 2002.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEVY, R.L.; FELD, A.D. Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens. **Am. J. Gastroenterol.**, New York, v. 94, n. 7, p. 1733-1742, 1999.

MARINKER, M.; SHAW, J. Not to be as directed: putting concordance for taking medicines into practice. **BMJ**, London, v. 326, p. 348-349, 2003.

MARSH, D.T. **Families and mental illness**: new directions in professional practice. New York: Praeger, 1992.

McCLELLAN, J. et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, New York, v. 46, n. 1, p. 107-125, 2007.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde mental e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001. 159 p.

MERCADANTE, M.T.; SCAHILLI, L. **Psicofarmacologia da criança, um guia para crianças, pais e profissionais**. São Paulo: Memnon, 2005. 136p.

MORENO, R.A.; MORENO, D.H.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 39-48, 2005.

NARA, L.P.S.; DESSEN, M.A. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v.17, n.2, p. 1-11, 2001.

NEMES, M.I.B. et al. **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

NIGRO, G. et al. Psychiatric predictors of non compliance in inflammatory bowel disease. **J. Clin. Gastroenterol.**, New York, v. 32, p. 61-68, 2001.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N. Engl. J. Med.**, Massachusetts, v. 353, p. 487-497, Aug. 2005.

OSTMAN, M.; HANSSON, L.; ANDERSON, C. Family burden, participation in care and mental health: an 11-year comparison of the situation of relatives to compulsory and voluntary admitted patients. **Int. J. Soc. Psychiatr.**, London, v. 46, n. 3, p. 191-201, 2000.

PATEL, V. et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Lancet.**, London, v. 369, n. 9569, p. 1302-1013, 2007.

PAULA, C.S.; DUARTE, C.S.; BORDIN, I.A. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 7-11, 2007.

PAULO, L.G.; ZANINI, A.C. **Compliance**: sobre o encontro paciente/médico. São Roque: IPEX, 1997. 195 p.

PELLETIER, L. et al. Social support received by mothers of chronically ill children. **Child Care Health Dev.**, Oxford, v. 20, p. 31-115, 1994.

PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.

PEREZ, A.M.G. et al. Como diagnosticar el cumplimiento terapêutico in atención primaria. *Medicina da família*, v. 1, p. 13-19, 2000.

PESSOA, J.H.L. et al. Não adesão à prescrição após atendimento em pronto-socorro pediátrico. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 73-77, 1996.

RAMALHINHO, I.M.P.S. **Adesão a terapêutica anti-hipertensiva; contributo para o seu estudo**. 1994. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. 1994.

RIBEIRO, P.R.M. História da saúde mental Infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicol. Estud.**, Maringá, v.11, n.1, jan./abr. 2006.

RIDDLE, M.A.; LEBELLARTE, M.J.; WALKUP, J.T. Pediatric psychopharmacology: problems and prospects. **J. Child Adolesc. Psychopharmacol.**, New York, v. 8, n. 2, p. 87-97, 1998.

ROCHA, G.M.P. Psicofarmacologia na infância e adolescência. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 38-45, jan./abr. 1995.

ROCHA, G.P.; BATISTA, B.H.; NUNES, M.L. Orientações ao pediatra sobre o manejo das drogas psicoativas e antiepilépticas. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 2, p. 45-55, 2004.

ROSE, E. Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, Orlando, v. 10, n. 2, p. 67-76, 1996.

ROSENBERG, R. Psicofarmacoterapia. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F.B.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 675-691.

SACKET, D.L.; SNOW, J.C. The magnitude of adherence and nonadherence. In: HAYNES, R.B.; TAYLOR, D.W.; SACKETT, D.L. **Compliance in health care. Second printing**. Baltimore: The Johns Hopkins University, 1979.

SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Rev. Psiquiatr. Clin**, São Paulo, v. 32, supl.1, p.105-109, 2005.

SANTOS, M.C. Adesão em pediatria – do modelo biomédico ao modelo transaccional: contribuições para a intervenção dos profissionais de saúde. **Psicol. Saúde Doenças**, Lisboa, v. 6, n. 2, p. 145-156, 2005.

SPÍNOLA, A.W.P.; TEIXEIRA, J.J. Medicamentos na terceira idade: uma questão de Saúde Pública. In: CONGRESSO DE SAÚDE PÚBLICA, 5., ago. 1997, Águas de Lindóia. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 25-29.

SURIAM, C.E. A importância da provisão de suporte aos cuidadores de crianças portadoras de transtornos do desenvolvimento. **Temas Desenvolv.**, São Paulo, v. 8, n. 48, p. 5-10, 2000.

TAMADA, R.S.; LAFER, B. O anticonvulsivante no transtorno afetivo bipolar. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 276-283, 1999.

TEIXEIRA, A.C.A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. 1998. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 1998.

VASCONCELOS, E.M. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. **Saúde Debate**, Londrina, v. 49, n. 50, p. 100-106, 1996.

VERMEIRE, P.A. et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **J. Clin. Pharm. Ther**, Oxford, v. 26, n. 5, p. 331-342, Oct. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 2001. Lisboa: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArg/smental.pdf>>. Acesso em: 22. set. 2008.

\_\_\_\_\_. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneve: WHO, 2003. Disponível em: <[http://www.who.int/chronic\\_conditions/en/adherence\\_report.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2008.

\_\_\_\_\_. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research**. Geneva: WHO, 1993.

ZITO, J.M. et al. Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. **JAMA**, New York, v. 283, n.8, p. 1025-1030, 2000.

## APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA DADOS OBTIDOS DO PRONTUÁRIO

Registro Associação Criança: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

### Caracterização do transtorno mental

1)	Diagnóstico principal: CID-10:
2)	Comorbidades: CID-10:
3)	Tratamento prévios relacionados ao diagnóstico principal: (1) Sim                      (2) Não                      (3) Sem Relato
4)	Quais:
5)	Ano do início do acompanhamento
6)	Ano do diagnóstico:

### Caracterização do tratamento

7)	Relato de adesão: (1) Sim              (2) Não																		
8)	Qual?																		
9)	Relação de todos os medicamento(s) prescrito(s) no último retorno (descritos no prontuário na data que precedeu a entrevista):																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento</th> <th>Dose</th> <th>Posologia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2-</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3-</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4-</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5-</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Medicamento	Dose	Posologia	1-			2-			3-			4-			5-		
Medicamento	Dose	Posologia																	
1-																			
2-																			
3-																			
4-																			
5-																			

**APÊNDICE B – Entrevista Estruturada****IDENTIFICAÇÃO**

- 1) Nome:
- 2) Registro Aça:
- 3) Data da entrevista:
- 4) Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
- 5) Data de nascimento: / / Idade:
- 6) Procedência:
- 7) Endereço:
- 8) Telefone: ( )
- 9) Nome do (a) responsável:
- 10) Idade do (a) responsável:
- 11) Estado civil:  
(1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) separado/divorciado (5) amasiado
- 12) Escolaridade:  
(1) analfabeto (2) sabe ler e escrever (3) fundamental incompleto  
(4) fundamental completo (5) ensino médio incompleto (6) ensino médio completo  
(7) superior incompleto (8) superior completo (9) não sabe
- 13) Ocupação:
- 14) Nº de pessoas da família que moram na mesma casa:
- 15) Renda mensal da família: R\$
- 16) Renda per capita: R\$

**INFORMAÇÕES OBTIDAS DO RESPONSÁVEL SOBRE OS MEDICAMENTOS**

- 17) Quantos medicamentos a criança fez uso durante o último mês? Quais são eles? Quantos comprimidos/gotas a criança deve tomar por dia de cada um dos medicamentos?

Medicamento	Dose	Posologia
-------------	------	-----------

1-

2-

3-

4-

5-

6-

- 18) O(a) Sr(a) administra outro medicamento por conta própria para a criança? (1) Sim (2) Não (3) Não sei dizer

**Quais?**

- 19) Como o Sr(a) adquire o(s) medicamento(s) para a criança?

- 20) Em caso de haver necessidade de compra, é possível realizá-la?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sei dizer

- 21) Administrar diariamente o medicamento para a criança afeta a sua rotina de vida?

(1) muito

(2) pouco

(3) não afeta

(4) não sei dizer

**Por que?**

- 22) O Sr(a) possui alguma dificuldade em ir buscar o medicamento?

(1) muito

(2) pouco

(3) não afeta

(4) não sei dizer

**Por que?**

- 23) Quem é, habitualmente, a pessoa responsável pela administração do medicamento?

(1) mãe

(2) pai

(3) avó

(4) irmão(ã)

(5) não sei dizer

(6) Outros,

**Quem?**

- 24) A criança possui apoio da família para fazer o tratamento?

(1) sim, totalmente

(2) sim, parcialmente

(3) não

(4) não sei dizer

**25)** O Sr(a) está satisfeito com o tratamento? Acha que está funcionando?

(1) sim, totalmente      (2) sim, parcialmente      (3) não      (4) não sei dizer

**Por que?**

**26)** O(a) Sr(a) tem confiança no(a) psiquiatra que atende a criança pela qual é responsável?

(1) sim, totalmente      (2) sim, parcialmente      (3) não      (4) não sei dizer

**Por que?**

**27)** O(a) Sr(a) foram informados sobre como administrar o medicamento para a criança?

(1) sim      (2) não      (3) não sei dizer

**28)** E o Sr (a) entendeu?

(1) sim, totalmente      (2) sim, parcialmente      (3) não      (4) não sei dizer

**29)** O(a) Sr(a) foi informado sobre a finalidade do(s) medicamento(s)?

(1) sim      (2) não      (3) não sei dizer

(caso a resposta 29 seja afirmativa) Quem informou?

(1) médico      (2) enfermeiro      (3) serviço social      (4) outros

**Quem?**

**30)** E o(a) Sr(a) ficou satisfeito?

(1) sim, totalmente      (2) sim, parcialmente      (3) não      (4) não sei dizer

**31)** O(a) Sr(a) foi informado sobre efeitos colaterais (indesejáveis) do medicamento que a criança poderia apresentar?

(1) sim      (2) não      (3) não sei dizer

(caso a resposta 32 seja afirmativa) Quem informou?

(1) médico      (2) enfermeiro      (3) serviço social      (4) outros

**Quem?**

**32)** E o(a) Sr(a) ficou satisfeito?

(1) sim, totalmente      (2) sim, parcialmente      (3) não      (4) não sei dizer

**33)** O(a) Sr(a) foi informado sobre possíveis problemas em administrar

este(s) medicamento(s) para a criança junto com outros medicamentos?

(1) sim (2) não (3) não sei dizer

(caso a resposta **34** seja afirmativa) Quem informou?

(1) médico (2) enfermeiro (3) serviço social (4) outros:

**Quem?**

**34)** E o(a) Sr(a) ficou satisfeito?

(1) sim, totalmente (2) sim, parcialmente (3) não (4) não sei dizer

**35)** A criança apresentou alguma reação que o(a) Sr(a) não estava esperando?

(1) sim (2) não (3) não sei dizer

**Qual(ais)?**

**36)** O(a) Sr(a) poderia me dizer como deve dar o(s) medicamento(s) para a criança?

(1) sim (2) não (3) não sei dizer

**Como?**

**37)** O(a) Sr(a) poderia me dizer como de fato administra o(s) medicamento(s) para a criança?

(1) sim (2) não (3) não sei dizer

**Como?**

**38)** O(a) Sr(a) poderia me dizer qual a finalidade do(s) medicamento(s) que administra para a criança?

(1) sim (2) não (3) não sei dizer

**Qual?**

**39)** O(a) Sr(a) poderia me dizer quais os efeitos desagradáveis ou indesejáveis que o(s) medicamento(s) pode(m) causar?

(1) sim (2) não (3) não sei dizer

**Quais?**

**40)** Para o responsável pela criança (portadora de Transtorno Psiquiátrico) O(a) Sr(a) assinou o termo de consentimento informado sobre os medicamentos em uso?

(1) sim

(2) não

(3) não sei dizer

**Como?**

- 41)** Para terminarmos, o(a) Sr(a) gostaria de fazer alguma outra observação sobre tudo que nós conversamos:
- 42)** Tempo de entrevista:
- 43)** Impressão do entrevistador após a entrevista:

## ANEXO A - Termo de Anuência da Associação Pró-Reintegração Social da Criança



### Termo de Anuência

Eu, Suse Helena Pedroso Dias, Presidente da Associação Pró-Reintegração Social da Criança e Diretora do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) da Associação Pró-Reintegração Social da Criança, Sorocaba, SP, declaro estar ciente e autorizo a realização da pesquisa intitulada *“Investigação sobre a adesão ao tratamento de Transtorno de Humor no Centro de Atenção Psicossocial da infância e Adolescência (CAPSi) da Associação Pró-Reintegração Social da Criança em Sorocaba”*, coordenada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marli Gerenutti, Vice-Reitora e Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade de Sorocaba, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas – Nível Mestrado, tendo como pesquisadora Hebe Karina de Oliveira Stucchi, de acordo com todos os compromissos assumidos por sua pesquisadora

Sorocaba, 24 de setembro de 2008.

  
Suse Helena Pedroso Dias  
Presidente da Associação Pró-Reintegração Social da Criança  
Diretora Clínica do CAPSi  
CRM 20.445

## ANEXO B – Artigo publicado no jornal Cruzeiro do Sul em 28 de abril de 2009.

### Artigo

#### Como tratar crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos e o papel da família no tratamento

Hebe Karina de Oliveira Stucchi

O estudo dos transtornos psiquiátricos na infância e adolescência é um campo relativamente novo e vem crescendo nas últimas três décadas. Para a realização do diagnóstico desses transtornos, existem critérios claros que devem ser observados. Três grandes grupos diagnósticos são relevantes: transtornos emocionais (transtorno de ansiedade, fobias, depressão), transtorno de comportamento disruptivo (transtorno de conduta, hiperatividade, transtorno desafiador de oposição), transtorno global do desenvolvimento (atraso na fala, atraso na leitura, retardo mental, transtornos autísticos). É importante salientar que os problemas de saúde mental em crianças não se limitam a esses três grupos. Os tratamentos se dividem em psicoterapias e medicação, por isso, é necessário definir claramente qual o papel do medicamento no transtorno diagnosticado. Em certas situações, o objetivo da medicação será diminuir a intensidade ou a frequência de determinados sintomas; em outras será a melhora do autocontrole; e em outros casos, melhorar o comportamento funcional (por exemplo: indivíduos com hiperatividade associada ao déficit de atenção, como crianças ou adolescentes que não conseguem permanecer quietas na sala de aula, comprometendo seu aprendizado).

Previamente ao tratamento com psicofármacos é necessária a avaliação do clínico (preferencialmente psiquiatra da área da infância e da adolescência). Essa avaliação visa obter a história da criança/adolescente e compreender sua relação com a família. Além disso, a realização de exames complementares é muito importante antes da introdução do medicamento (por exemplo: hemograma, eletroencefalograma, atividade tireoide, enzimas hepáticas). Os medicamentos conhecidos como estabilizadores do humor são usados habitualmente em psiquiatria da infância e adolescência, da mesma forma que são usados em adultos, sendo sua maior indicação para o transtorno bipolar. Por outro lado, sintomas como des-

controle de impulsos e agressividade,

#### Os tratamentos se dividem em psicoterapias e medicação, por isso, é necessário definir claramente qual o papel do medicamento no transtorno diagnosticado

sangue), uma vez que, o uso contínuo destes medicamentos pode induzir alterações sanguíneas.

A carbamazepina é frequentemente utilizada em crianças, e muitos estudos sugerem sua indicação para o tratamento do transtorno agressivo grave. Esse medicamento possui comprovadamente efeitos antimaniaco, anticonvulsivante e antidepressivo, além disso, parece ter efeitos na atividade motora, diminuindo a agressividade e aumentando a capacidade de concentração. Entretanto, seus efeitos colaterais mais comuns podem ser: tontura, sonolência, náusea, vômito e visão turva. Outros efeitos mais graves, porém raros, podem ocorrer, tais como supressão da medula óssea, toxicidade hepática e distúrbios cutâneos.

Contudo, a compreensão, a participação e o apoio da família são fundamentais para o tratamento, favorecendo a adesão ao mesmo, ou seja, o comprometimento do responsável pela criança/adolescente em acompanhá-lo às consultas, atendimentos e mesmo na administração dos medicamentos, conforme orientação terapêutica, são responsáveis pelo sucesso do tratamento.

controle de impulsos

os e agressividade, presentes em uma variedade de outros quadros, podem também ser controlados com medicamentos como lítio, carbamazepina e ácido valproico. Os cuidados com estabilizadores do humor em crianças e adolescentes seguem os parâmetros de controle usados em adultos, devendo-se monitorar (controlar) os níveis sanguíneos desses medicamentos e realizar hemograma de controle para verificar o número de plaquetas e eventuais leucopenias (diminuição dos glóbulos brancos do

Outros fatores que podem afetar a adesão da família e/ou paciente ao tratamento prescrito pelo médico, podem estar relacionados exclusivamente ao medicamento, como os efeitos colaterais, o tamanho do comprimido, seu cheiro e sabor, lembranças que o paciente possa ter de outras experiências anteriores da utilização do mesmo medicamento, ou mesmo as relacionadas ao tratamento atual. Todavia, a não adesão pode também estar relacionada à aquisição do medicamento na unidade de saúde, quer pela ausência na farmácia comercial. A não-adesão ao tratamento é responsável por grandes frustrações na psiquiatria. A questão da adesão terapêutica tem sido discutida e estudada por vários profissionais de saúde por se tratar de um ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento, mas ainda são poucos os estudos na área da saúde mental na infância e adolescência realizados no Brasil.

Hebe Karina de Oliveira Stucchi é aluna do mestrado em Ciências Farmacéuticas da Universidade de Sorocaba (Uniso), orientada da prof. dra. Maril Gerenuiti. Projeto de pesquisa com apoio da Associação Pró-Reintegração Social da Criança - Capsi-Sorocaba e da Unim.

**ANEXO C – Abstract publicado nos Anais do 7º Congresso Internacional de Ciências Farmacêuticas 06 a 09 de setembro de 2009**

**AS013 \_ INVESTIGATION ABOUT COMPLIANCE TO CARBAMAZEPINE TREATMENT IN CHILDREN SUFFERING FROM MOOD DISORDER**

HEBE KARINA DE OLIVEIRA STUCCHI<sup>1\*</sup>; MARLI GERENUTTI<sup>1</sup>

**Área:** PHARMACEUTICAL ASSISTANCE (AS)

**Key words:** COMPLIANCE CARBAMAZEPINE TREATMENT CHILDREN MOOD DISORDER

**INVESTIGATION ABOUT COMPLIANCE TO CARBAMAZEPINE TREATMENT IN CHILDREN SUFFERING FROM MOOD DISORDER**

HEBE KARINA DE OLIVEIRA STUCCHI<sup>1\*</sup>; MARLI GERENUTTI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Masterdegree in Pharmaceutical Science at Universidade de Sorocaba – UNISO, Sorocaba, SP, Brasil, [hebek6@hotmail.com](mailto:hebek6@hotmail.com)

**Introduction:** Psychiatric epidemiology in childhood is a fairly new field and research in this area has been growing in the last three decades. Ranking psychopathology in children has been increasingly concentrated more in each disorder characteristics than in the etiology and pathogenesis. After the diagnosis, it is necessary to clearly define the medication role in the treatment, according to the target symptom. Carbamazepine (CBZ) is a well considered drug as mood stabilizer, having antipsychotics and antiepileptic effects. It has been mainly used in treating hyperactivity, aggression, dysphoric mood and pattern of rapid cycling. **Objective:** The purpose of this study is to evaluate compliance to the carbamazepine treatment in children suffering from mood disorders and the role of caregivers in the treatment solvability. **Methodology:** This study has been approved by the Ethical Committee in Research with Human Beings (CEP – UNISO, Protocol 026/08). Thirty (30) children, outpatients, from CAPSI – Sorocaba/SP and their caregivers were invited to take part in this study. Data collection was carried out in three phases: identifying patients through the analysis of medical records and the usage of WHO CID-10; applying a structured interview mentioning the patients' socio demographic conditions; blood collection for carbamazepine serum measurement using Fluorescence Polarization Immunoassay (FPIA) technique. **Results:** 93.3% of the children in the study present emotional and behavioral disorders, usually starting in the childhood or adolescence (CID: F90-F98); it was observed, by the data collected in the interviews, that most caregivers understands the treatment, knows the drug by its name, dose and use directions compatible with the medical record data; results of the serum measurement however, showed that 46.6% of the children presented serum measurement outside the therapeutic range. **Conclusion:** The results show that there are difficulties relating to the caregivers regarding compliance to the <sup>1</sup>treatment with carbamazepine in children suffering from mood disorder, requiring the need of an intervention process in order to guarantee treatment.

Key words: children, mood disorders, carbamazepine, compliance

---

<sup>1</sup> Financial support: Unimed – Sorocaba/SP- Brazil

**ANEXO D – Certificado de apresentação de trabalho no 7º Congresso Internacional de Ciências Farmacêuticas 06 a 09 de setembro de 2009**



*Certificate*

This is to certify that

**HEBE KARINA DE OLIVEIRA STUCCHI**

presented the POSTER entitled: "INVESTIGATION ABOUT COMPLIANCE TO CARBAMAZEPINE TREATMENT IN CHILDREN SUFFERING FROM MOOD DISORDER"

STUCCHI,HKO; GERENUTTI,M

during a Poster Session in the 7th International Congress of Pharmaceutical Sciences (CIFARP 2009), held on September 6 - 9, 2009, in the Convention Center of Ribeirão Preto, Brazil.

Ribeirão Preto, September 9, 2009.

*A. Cesar Spadaro*  
Augusto César C. Spadaro  
DEAN - FCFRP - USP

*Maria Vitória Lopes Badra Bentley*  
Maria Vitória Lopes Badra Bentley  
Organizing Committee

## ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa –Investigação sobre a adesão ao tratamento com carbamazepina em crianças portadoras de Transtornos do Humor, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

**NOME DA PESQUISA:** Investigação sobre a adesão ao tratamento com carbamazepina em crianças portadoras de Transtornos do Humor.

**PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marli Gerenutti.

**ENDEREÇO:** R. Doutor Luiz Carlos Pinotti, n.55 – Jardim Pagliato – Sorocaba – SP.

**TELEFONE:** (15) 32022051

**PESQUISADORES PARTICIPANTES:** Hebe Karina de Oliveira Stucchi.

**PATROCINADOR:** Universidade de Sorocaba.

**OBJETIVOS:** Esse estudo visa compreender se a criança pela qual o (a) Sr (a) é responsável está tomando regularmente o(s) medicamento (s) prescrito (s) pelo (a) médico (a) psiquiatra que o (a) atende no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência, da Associação Criança de Sorocaba.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Se o Sr (a) concordar em participar da pesquisa, terá que responder a uma entrevista que compreende alguns dados pessoais (nome, moradia, sexo, idade, escolaridade, entendimento sobre o tratamento da criança (diagnóstico), incluindo o (s) medicamento (s) que ela precisa tomar diariamente e se tem alguma dificuldade em medicar a criança conforme o (a) Sr (a) foi orientado). Os dados obtidos a partir da entrevista serão avaliados pela pesquisadora

para esclarecer as suas dificuldades quanto ao tratamento medicamentoso. Serão efetuadas duas coletas de sangue, com intervalo de quatro meses entre elas. Estas coletas para examinar o sangue irão avaliar a quantidade do medicamento no sangue da criança para que se possa saber se esta quantidade é adequada ou não para o tratamento da criança.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Esta pesquisa não acarretará danos morais, lesões, prejuízos no tratamento da criança. O maior desconforto será referente à coleta das amostras de sangue para a dosagem sérica do medicamento, por se tratar de um procedimento invasivo (coleta por punção venosa), é preciso utilizar seringa e agulha descartáveis para fazer a coleta do sangue (igual quando vocês vão ao Posto de Saúde para colher um exame de sangue), porém, não há risco no procedimento em si.

**BENEFÍCIOS:** O benefício direto dessa pesquisa visa através dos dados coletados, verificar se o tratamento proposto com o uso de medicamento psicotrópico pelo (a) psiquiatra está sendo entendido pelo (a) Sr (a) e por meio disso verificar se a criança está apresentando melhora dos sintomas que apresentava antes de ser tratada. Os benefícios indiretos estão relacionados aos demais pacientes tratados com medicamento (s) psicotrópico (s) nos CAPSi e que estes possam ser conduzidos por protocolos que venham a melhorar a adesão ao tratamen

**CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE:** É importante deixar claro que durante a pesquisa, o (a) Sr (a) não arcarão com nenhum gasto decorrente da sua participação, não haverá nenhum custo para sua participação na entrevista, exames laboratoriais, consulta médica e o tratamento. Também não haverá qualquer tipo de pagamento/gratificação devido à sua participação na pesquisa.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Todos os dados obtidos nesta pesquisa serão mantidos em sigilo, a privacidade do (a) cuidador (a) e da criança serão mantidos, os dados que serão divulgados estão relacionados à avaliação da entrevista, coleta de dados do prontuário (não divulgando o nome da criança) e os resultados das duas dosagens séricas da Carbamazepina.

---

**Assinatura do Pesquisador Responsável**



**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO**  
**SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a) – Hebe Karina de Oliveira Stucchi - dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

**Sorocaba, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

**NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL (menor de 21 anos):**

\_\_\_\_\_  
(Nome por extenso)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)