



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS INSTITUTO
TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA COORDENAÇÃO
DO CURSO DE MEDICINA**

**ANNE KARULLINE RAMOS DOS SANTOS
CAMYLA COSTA BRINGEL**

**MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS COMO
PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA**

**PORTO NACIONAL-TO
2020**

**ANNE KARULLINE RAMOS DOS SANTOS
CAMYLA COSTA BRINGEL**

**MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS COMO
PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA**

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de Medicina da FAPAC- Faculdade Presidente Antônio Carlos ITPAC Porto Nacional, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.
Orientadora Ms. Denise Ramos Costa

PORTO NACIONAL – TO

2020



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64
www.itpacporto.edu.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS COMO PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de Medicina da FAPAC- Faculdade Presidente Antônio Carlos- ITPAC Porto Nacional, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Aprovado em: ___/___/___

Devido ao afastamento social, proveniente da Pandemia com a Covid-19, as bancas de TCC foram suspensas no semestre 2020/1, sendo assim, assina pela aprovação a professora titular da disciplina, no Curso de Medicina.

Msc. Nelzir Martins Costa
Professora Titular da Disciplina TCC

RESUMO

Introdução: A adesão ao tratamento é anterior a todo investimento, seja ele humano, financeiro ou científico, nas doenças crônicas. Entretanto, os estereótipos sobre o esquizofrênico tornam a não adesão à terapêutica um processo banal, contrariando a severidade desse ato no cursar da patologia. Uma prática preocupante já que apenas um terço dos esquizofrênicos são completamente aderentes. Desse modo, o trabalho tem a intenção de destacar como a adesão ao tratamento é inerente ao prognóstico da esquizofrenia, considerando os múltiplos fatores ligados à adesão ou não do paciente esquizofrênico. **Objetivos:** Avaliar o impacto da não adesão ao tratamento e o prognóstico no curso da doença - esquizofrenia. **Métodos:** O estudo tem caráter transversal quali-quantitativo. Ocorrerá no primeiro semestre de 2021 no CAPS II em Porto Nacional. Onde serão analisados os prontuários de usuários esquizofrênicos e aplicados os questionários aos profissionais e usuários, em acompanhamento psicossocial. **Resultados esperados:** Presume-se que o estudo possa identificar os usuários que aderem ou não ao tratamento proposto e quais condições encorajam o abandono do mesmo. Por conseguinte, constatar a repercussão negativa da má adesão a terapêutica no prognóstico e na qualidade de vida do esquizofrênico. E, principalmente, desmistificar que o esquizofrênico é o único responsável pelo seu tratamento e sua adesão efetiva ao mesmo.

Palavras-chave: Adesão. CAPS. Esquizofrenia. Psicossocial. Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Adherence to treatment is prior to any investment, be it human, financial or scientific, in chronic diseases. However, stereotypes about schizophrenics make non-adherence to therapy a banal process, contradicting the severity of this act in the course of pathology. A worrying practice since only a third of schizophrenics are completely adherent. Thus, the work intends to highlight how adherence to treatment is inherent to the prognosis of schizophrenia, considering the multiple factors linked to adherence or not, of the schizophrenic patient. **Objectives:** To assess the impact of non-adherence to treatment and prognosis in the course of the disease - schizophrenia. **Methods:** The study is cross-sectional quali-quantitative. It will take place in the first half of 2021 at CAPS II in Porto Nacional. Where the medical records of schizophrenic users will be analyzed and questionnaires applied to professionals and users, in psychosocial monitoring. **Expected results:** It is assumed that the study can identify the users who adhere or not to the proposed treatment and which conditions encourage its abandonment. Therefore, to verify the negative repercussion of poor adherence to therapy on the prognosis and quality of life of the schizophrenic. And, mainly, demystify that the schizophrenic is solely responsible for its treatment and its effective adherence to it.

Keywords: Accession. CAPS. Schizophrenia. Psychosocial. Treatment.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CEP Comitê de Ética e Pesquisa

CID Classificação internacional de doenças e problemas relacionados a saúde

CONEP Comissão Nacional Ética em Pesquisa

DSM Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais

FAPAC Faculdade Presidente Antônio Carlos

ITPAC Instituição Tocantinense Presidente Antônio Carlos

OMS Organização Mundial de Saúde

PSE Presente State Examination

PTS Plano terapêutico singular

SEPS Sintomas Extrapiramidais

SPO Sintomas de Primeira Ordem

TCDU Termo de Compromisso de Utilização de Dados

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIFESP Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 PROBLEMA DA PESQUISA	9
1.2 HIPÓTESE	10
1.3 JUSTIFICATIVA	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 HISTÓRICO DO CONCEITO DE ESQUIZOFRENIA	13
3.2 DIAGNÓSTICO	14
3.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	14
3.3.1 Tratamento Agudo	15
3.3.2 Terapia de Manutenção	15
3.4 ANTIPSICÓTICOS	16
3.4.1 Antipsicóticos Típicos	16
3.4.2 Antipsicóticos Atípicos	17
3.5 TRATAMENTO PSICOSSOCIAL	18
3.6 OFICINAS TERAPÊUTICAS	19
3.7 ADESÃO	19
3.8. ADESÃO DOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	20
3.9 AVALIAÇÃO DA ADESÃO	23
3.10 CAPS	24
4 METODOLOGIA	26
4.1. DESENHO DO ESTUDO	26
4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	26
4.3 POPULAÇÃO	26
4.4 AMOSTRA	26
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	26
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	27
4.7 VARIÁVEIS	27

4.8 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	28
4.8.1 Instrumentos de Pesquisa	28
4.8.2 Procedimentos	28
5 DELINEAMENTO DA PESQUISA	30
6 ASPECTOS ÉTICOS	31
6.1 RISCOS	31
6.2 BENEFÍCIOS	31
6.3 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA.....	32
7 DESFECHOS	33
7.1 DESFECHO PRIMÁRIO	33
7.2 DESFECHO SECUNDÁRIO	33
8 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	34
9 ORÇAMENTO	35
APÊNDICES	41
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)	42
APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO SOBRE O INÍCIO DA PESQUISA – DECLARAÇÃO ORIENTADOR.....	46
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE	48
APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO	49
APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (T.C.D.U.)	53
APÊNDICE F – TERMO DE ANUÊNCIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	54
APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO USUÁRIOS	55
APÊNDICE H – AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO – TESTE DE MORISKY E GREEN	58
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS DO CAPS.....	59

1 INTRODUÇÃO

Segundo Nunes, Bueno e Nardi (2004) a definição de esquizofrenia é dada como um transtorno psicótico grave e de caráter crônico no qual o indivíduo experimenta períodos de crises e remissões. Não existe um sintoma patognomônico que defina a doença, o que torna o diagnóstico complexo, além disso, diversos fatores etiológicos, bioquímicos e psicossociais foram ligados à manifestação desse transtorno.

Desse modo, Valença e Nardi (2015) afirmam que a esquizofrenia tem como característica do quadro clínico, sintomas positivos e negativos, sendo os positivos: alucinações, comportamentos bizarros, alteração formal do pensamento, delírios, entre outros; e os negativos, alogia, abulia-apatia, diminuição de concentração, anedonia, embotamento afetivo etc. O diagnóstico da patologia, se dá de maneira desafiante, pois, alguns pacientes não apresentam o quadro clínico completo da doença, e a maioria das vezes há outras causas de base associadas à mesma, primeiro, deve-se colher a história clínica do paciente, posteriormente, deve-se fazer análises laboratoriais e de imagem para descartar quaisquer outras patologias.

Para tanto, Shirakawa (2007), afirma que o tratamento da esquizofrenia não é curativo, e tem como objetivo o controle das crises e a reintegração social, de maneira codependente e fundamental. Desse modo, os mecanismos de tratamento necessitam de ações multiprofissionais, divididas então em dois grupos: medicamentoso e psicossocial. As classes usadas para diminuição dos sintomas orgânicos e posterior prevenção das crises são: os antipsicóticos e neurolépticos. Já na abordagem psicossocial é possível direcionar o manejo clínico de acordo com as necessidades individuais de cada paciente, incluindo: psicoterapia, terapia ocupacional, acompanhante terapêutico e grupos de autoajuda. Sendo realizado em um dos equipamentos de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.

Visto que há relevância do tratamento medicamentoso e psicológico na melhora dos sinais e sintomas da doença, é importante ressaltar que a adesão aos segmentos terapêuticos ainda são um desafio para a prática médica. Esse fenômeno acontece porque a complacência do paciente é um processo individual e determinante para os objetivos terapêuticos. Ou seja, existem fatores coadjuvantes que influenciam na eventual aderência. Esses fatores podem ser ligados ao perfil do paciente, à própria

patologia, à relação médico-paciente, à medicação e as condições sociodemográficas.

Quando o transtorno psicótico passa pela cronificação, como na esquizofrenia, a não adesão ao método de terapia (substancial ou cognitiva) gera um impacto significativo no prognóstico do paciente e leva ao agravamento da doença. Essa realidade é observada em cerca de 50% das pessoas (CARDOSO; GALERA, 2009) e é responsável pelas crises e reinternações, além do comprometimento severo da qualidade de vida dos portadores de transtorno mental.

Pesquisas recentes sugerem que o risco de recaída gira em torno de 3.5 a 10% ao mês (aproximadamente) e que 85% dos casos existe uma perda gradual da fidelidade participativa e ativa do paciente à prescrição médica, uma vez que a piora dos sintomas não ocorre de forma aguda ao abandono das medidas preventivas. Esse impedimento de efetividade do controle das perturbações psíquicas dificulta outras abordagens, o que demandam um tempo maior para a estabilização do quadro e uma possível resposta clínica inferior a dinâmica de tratamento segundo Cardoso e Galera (2009).

Por volta de 1830/1831, não havia tratamentos específicos para transtornos psicóticos, e os pacientes eram chamados de loucos, na maioria das vezes os ricos eram isolados em suas casas para não haver olhares de julgamento e preconceito com a família, e os pobres viviam nas ruas ou trancados nos porões como na Santa Casa da Misericórdia. Mas, mesmo após anos de sofrimento e reclusa, tendo a reforma psiquiátrica e vários tratamentos específicos para esses transtornos, ainda temos pacientes sem adesão ao tratamento ou até mesmo sem assistência.

Dessa forma, o presente estudo pretende analisar os motivos da não adesão ao tratamento influenciando no prognóstico do paciente esquizofrênico, mostrar as características da doença, o tratamento, o desenvolvimento do paciente enquanto está se tratando e as consequências de não tratar a patologia.

1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

Quais são os recursos terapêuticos, no contexto psicossocial, que influenciam a adesão do paciente esquizofrênico ao seu tratamento?

1.2 HIPÓTESE

H1: Os pacientes esquizofrênicos participam ativamente das atividades terapêuticas propostas pela atenção psicossocial?

H2: Familiares, profissionais, estrutura organizacional contribuem para a adesão e motivam o usuário a seguir seu tratamento em saúde mental?

1.3 JUSTIFICATIVA

A esquizofrenia afeta cerca de 24 milhões de pessoas em todo o mundo e é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das dez doenças mais incapacitantes (SOUSA; PINHO; PEREIRA, 2017). A doença psiquiátrica é de caráter grave, torna a permanência em tratamento especializado quase sempre uma necessidade constante, que quando feito corretamente, diminui a incidência das crises.

O interesse sobre esse desafio da prática clínica cresceu quando estudos de Shirakawa et al. (2007) comprovaram que apenas um terço dos pacientes são completamente aderentes. E a falta de adesão ao tratamento da esquizofrenia ocorre em 50% dos casos e está intimamente ligado a desfechos negativos como o aumento do risco de suicídio, do uso de drogas ilícitas, internações, recaídas etc.

A reflexão sobre as agruras do tratamento para pacientes com esquizofrenia, trouxe uma incógnita sobre o motivo do tratamento não ser tão efetivo na maioria dos casos, a partir disso, pode-se observar que a não adesão ao tratamento se dá por inúmeras causas, como, não comparecimento às consultas (questão geográfica e locomoção), questões financeiras, abandono familiar, não aceitação do diagnóstico, abandono do tratamento e entre outros.

O projeto surgiu do interesse, enquanto acadêmicas do curso de Medicina, em chamar a atenção dos profissionais de saúde como um todo, para os reais motivos da não adesão ao tratamento em pacientes com esquizofrenia, sendo assim, mostrar os resultados da pesquisa para deixar uma possibilidade de mudança para uma melhor

adesão ao tratamento em cada realidade diferente dos pacientes. No quesito de literatura sobre esquizofrenia, tratamento e principalmente adesão ao mesmo, não são encontradas referências mais atualizadas sobre o assunto, com isso, no projeto, usam-se literaturas não tanto quanto contemporâneas, porém, validadas e seguras sobre os respectivos assuntos.

Nesse intuito, é esperado que o projeto possa contribuir para com os profissionais de saúde com o desejo de acrescentar o motivo da não adesão e quais são as consequências disso para o paciente esquizofrênico, apontará assim, as características da doença, quais os tipos de tratamento, as falhas no decorrer do mesmo, o desenvolvimento do paciente enquanto o realiza e por fim, as consequências da não adesão.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar se há adesão ou não de pacientes esquizofrênicos em tratamento psicossocial e o impacto prognóstico da doença.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o número de pacientes esquizofrênicos cadastrados no CAPS;
- Identificar o número de pacientes esquizofrênicos que abandonam o tratamento psicossocial;
- Identificar fatores que corroboram para o abandono ao tratamento;
- Verificar se há recursos na atenção psicossocial para motivação e permanência dos pacientes psiquiátricos no serviço psicossocial;
- Conhecer a realidade do Centro de Atenção Psicossocial e as modalidades de atendimento ao paciente esquizofrênico;
- Identificar se a família ou cuidador participam das atividades propostas pelo Centro de Atenção Psicossocial;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HISTÓRICO DO CONCEITO DE ESQUIZOFRENIA

Segundo Silva (2006), o conceito de esquizofrenia teve origem com Kraepelin, Bleuler e Schneider. Kraepelin define esquizofrenia como demência precoce, já Bleuler aperfeiçoou o conceito, ele valorizava alguns sintomas que seriam fundamentais para o diagnóstico como: delírios e alucinações. Já em 1948, Schneider trouxe os “sintomas de primeira ordem” (SPO) sendo eles: escutar vozes, escutar comentários, ter vivências de influência corporal, pulsões e vontade, sentir tudo como sendo feito ou influenciado pelos outros campos dos sentimentos e entre outros. Esses sintomas tiveram uma enorme influência para psiquiatria, principalmente na elaboração do diagnóstico de esquizofrenia pelo Present State Examination (PSE) que foi uma base para o exame de esquizofrênicos em vários países, dando origem ao estudo piloto internacional da esquizofrenia.

Ainda nessa referencia é dito que, em 1972, que foram dados os critérios diagnósticos em Washington, já em 1974 surgiram os conceitos dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia. Foi em 1975 que houve a publicação da nona edição do CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), e assim até hoje estudiosos vêm elaborando ainda mais o conceito de esquizofrenia.

A partir da citação de Nunes, Bueno e Nardi (2004), tem-se a esquizofrenia definida como um transtorno psicótico grave. E, perante a história da patologia, infelizmente, ainda há uma dificuldade em traçar o diagnóstico, mesmo com alguns sinais e sintomas comuns à mesma, ainda não existe um sintoma patognomônico para todos os pacientes, e a adesão e resposta ao tratamento é individual.

Loch e Wang (2015) trazem que os fatores de risco para patologia podem ser divididos em dois: os fatores de risco ambientais e os natos, por questões genéticas. Definem ainda que os sinais e sintomas da esquizofrenia são divididos em dois, sendo, positivos e negativos; os positivos incluem sintomas “psicóticos”, sendo esses: alucinações, alterações da consciência dos limites do eu, da atividade e da identidade do eu, delírios e incluem os sintomas de “desorganização” que são: bloqueio do pensamento, desagregação do pensamento, alterações da consciência da unidade do eu e sinais catatônicos como, estupor, agitação e etc. E os sintomas negativos são os que

revelam perda e empobrecimento das funções mentais e de afeto. De acordo com Lima e Espindola (2015), a patologia atinge de 0,2 a 2% da população, torna-se uma etiologia heterogênea.

3.2 DIAGNÓSTICO

Segundo o CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997) há vários tipos de esquizofrenia, tem-se então: a esquizofrenia tipo paranoide, hebefrênica, simples, residual, catatônica, indiferenciada e entre outras. A autora Cheniaux (2015), utiliza como diagnóstico de esquizofrenia os critérios do CID-10 e do DSM-5, nos mesmos, são utilizados ao menos dois ou mais dos itens:

A) Alucinações, delírios, comportamento desorganizado de forma grosseira, sintomas negativos e discurso de forma desorganizada;

B) Em um período de tempo desde o aparecimento da agrura, o nível de funcionamento como relações interpessoais, trabalho, escolaridade, devem estar diminuídos ou prejudicados;

C) Em um período de, pelo menos, seis meses devem haver sinais de perturbação, que podem ser manifestados por no mínimo dois dos sintomas do item A, ou por qualquer sintoma negativo;

D) As características psicóticas dentro dos transtornos esquizo-afetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar são excluídos;

E) Não deve ser conjugada a perturbação dos efeitos de substâncias como medicamentos ou qualquer outra condição de doença;

F) Se houver algum tipo de histórico de transtorno de comunicação ou transtorno autista, a esquizofrenia só é adicionada ao diagnóstico se estiverem presentes os sintomas exigidos para diagnóstico individual de esquizofrenia e se houver delírios e alucinações por, pelo menos, um mês.

3.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A esquizofrenia é uma doença crônica que necessita de acompanhamento e tratamento contínuo, devido ao impacto causado na vida social do portador. Para Shirakawa (2000), o tratamento farmacológico e psicológico a longo prazo tem por objetivo diminuir a sintomatologia, o risco de suicídio, as recaídas e visa à reintegração social. A relação médica com paciente faz, nesse contexto, um fator primordial nos resultados que estão diretamente ligados à adesão e um plano contínuo criado para cada paciente.

Desse modo, o tratamento é direcionado para cada fase da psicopatologia. Carpenter e Thaker (2008) dividem as fases da terapia em: abordagem terapêutica dos sintomas agudos e terapia de manutenção. Sendo descritos dessa maneira:

3.3.1 Tratamento Agudo

É o período em que o paciente se encontra em crise e necessita de uma abordagem terapêutica de primeira linha (antipsicótico). É o momento em que os familiares irão contribuir na consulta com informações complementares e na decisão de internação. Essa decisão inclui o autocuidado do paciente, os riscos para a família ou o suporte da mesma; além da cooperação do portador de esquizofrenia.

Para tanto, Shirakawa (2000) acrescenta que a internação não deve exceder 30 dias e tem por objetivo o reajuste da medicação até uma dose ideal para a continuidade ambulatorial. Além disso, a alta do paciente deve ocorrer após a diminuição da agitação psicomotora, mesmo que os sintomas positivos perdurem, para que se possa incluir outras abordagens terapêuticas. Caso o doente mental tenha agravos como sintomas negativos, outras medicações podem ser associadas; por exemplo antipsicóticos atípicos: risperidona e clozapina.

3.3.2 Terapia de Manutenção

Segundo Carpenter e Thaker (2008), esse ciclo de terapia tem como objetivo retardar a psicose e promover saúde, controlando a doença quando o paciente tem

predomínio de sintomas positivos e negativos, além de auxílio psicológico para lidar com a cronicidade da doença incapacitante. Os tratamentos psicossociais e tratamentos farmacológicos são, quando aderidos, comprovadamente efetivos para o sucesso terapêutico a longo prazo. A participação familiar é fundamental nesse momento para que ocorra a reabilitação social e profissional desse paciente, e, por conseguinte se tornar ativo no processo de terapia, o que a literatura comprova ter relação de melhora com o prognóstico.

Carpenter e Thaker (2008), referem, também, que é nessa fase em que o paciente apresenta maior número de recaídas e abandono da medicação. Portanto, é quando incorporamos a abordagem psicossocial e o médico psiquiatra faz orientações referentes à adesão da terapia. Por isso é importante uma atenta observação clínica integrada para novos sinais de exacerbações da doença mental, entretanto, as ações antecipadas promoverão a preservação do portador de esquizofrenia que dificilmente manifestará somente uma crise.

3.4 ANTIPSICÓTICOS

A classe de medicamentos dos antipsicóticos atuam, bloqueando os receptores D2 da dopamina no cérebro e na periferia tendo ação psicotrópica, com efeitos sedativos e psicomotores. Esses fármacos são separados em duas grandes classes: antipsicóticos típicos ou de primeira geração e antipsicóticos atípicos ou de segunda geração (REY, 2016).

3.4.1 Antipsicóticos Típicos

Rey (2016) diz, que seus efeitos antipsicóticos refletem o bloqueio competitivo dos receptores D2 da dopamina e várias áreas do cérebro. São esses medicamentos que mais causam transtornos de movimento conhecido como sintomas extrapiramidais (SEPs). Os antipsicóticos típicos não atuam significativamente sobre os sintomas negativos da esquizofrenia. São eles: Clorpromazina, Flufenazina, Haloperidol.

3.4.2 Antipsicóticos Atípicos

São os fármacos de primeira escolha para o tratamento de esquizofrenia, segundo Rey (2016). Esses medicamentos também atuam inibindo os receptores de serotonina e têm menor incidência de SEP do que os de primeira geração, porém apresentam maior risco de efeitos adversos metabólicos, como diabetes, hipercolesterolemia e aumento de massa corporal. São eles: a clozapina, risperidona, olanzapina, aripiprazol e quetiapina.

Ainda para (Rey, 2016) também aborda sobre os efeitos adversos de antipsicóticos, que estão presentes em quase todos os usuários e são significativos em cerca 80% deles. Eles são classificados em:

Efeitos extrapiramidais: os antipsicóticos atuando como antidopaminérgico causam um desequilíbrio, que é compensado pelo excesso de atividade colinérgica o que posteriormente resulta em sintomas motores extrapiramidais. Que são eles: bradicinesia, rigidez e tremores que rotineiramente começam semanas após o início do tratamento. A discinesia tardia é uma consequência do uso de antipsicóticos por longo tempo. Devido a hipersensibilização à dopamina causada pelo bloqueio constante, os movimentos anormais e involuntários podem levar a um quadro irreversível.

Outros efeitos: esses medicamentos também afetam o sistema neuroendócrino, causando uma depressão hipotalâmica e alterações na produção de alguns hormônios produzidos pela hipófise, o que leva a sintomas como amenorreia, galactorreia, ginecomastia, infertilidade e disfunção erétil. O aumento de peso e alterações metabólicas como hiperglicemia e dislipidemia estão presentes na maioria dos antipsicóticos, principalmente os de segunda geração. O que torna fundamental a adoção de medidas para o controle da alimentação e atividade física (REY, 2016).

Esses fármacos atuam da mesma forma sobre os receptores muscarínicos. E essa ação antagonista aos receptores muscarínicos promovem sintomas como hipertermia, taquicardia, midríase, membranas mucosas secas e retenção urinária e efeitos sedativos. Além disso, essa droga reduz significativamente o limiar convulsivo,

sendo assim contraindicado em pacientes com esse risco aumentado e deve ser usado com cautela em idosos (REY, 2016).

3.5 TRATAMENTO PSICOSSOCIAL

Para Mueser e McGurk (2004), como maneira de melhorar os manejos dos sintomas e as prevenções das recaídas, para juntamente melhorar a funcionalidade em algumas áreas como as relações com outras pessoas, trabalho, vida escolar e a vida independente, é possível incrementar intervenções psicossociais.

No trabalho de Bachrach (2000), são definidos conceitos essenciais da reabilitação psicossocial, alguns conceitos são: o processo de reabilitação psicossocial é definido como um processo em constante progresso, há de considerar alguns fatores ambientais, deve haver uma relação bem forte entre pacientes, familiares e equipe multidisciplinar, sempre lembrar que os pacientes terão que estar envolvidos em todo o processo de decisão de tratamento, o mesmo terá que ter espaço para mostrar suas expectativas e frustrações e entre outros.

Há um progresso em relação à adesão como um todo quando há estratégias afetivas, comportamentais e educativas associadas (DOLDER et al., 2003). Com isso, podemos ver como a psicoterapia em associação com essas medidas citadas acima dá ao paciente um melhor prognóstico em relação a sua incapacidade funcional em relação a patologia. Zanini (2000), define objetivos para psicoterapia, sendo esses, sempre oferecer ao paciente informações sobre sua patologia, dar ao paciente o contato com a realidade, estabelecer os fatores desencadeantes que desestabilizam os mesmos em momento de crise, dar a ele uma possível melhoria de autonomia e independência frente as metas traçadas no dia a dia, melhoria na qualidade de vida e adaptação social, etc.

Há ainda dentro dos tratamentos além do farmacológico, a psicoterapia – citada acima, a terapia cognitivo-comportamental, a terapia ocupacional, treinamento de habilidades sociais e a psicoeducação, que vem ganhando bastante forma mesmo com poucos estudos dos temas referidos, os pacientes apresentam melhora no prognóstico associando essas terapias com o medicamento, segundo Shirakawa (2007).

3.6 OFICINAS TERAPÊUTICAS

Segundo Azevedo e Miranda (2011), no trabalho Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares, as oficinas, são importantes no processo de reinserção social e inserção individual em grupos, pois propõe nos trabalhos, como pensar em grupo, como trabalhar no meio de outras pessoas, como agir e se comportar frente a exercícios impostos por profissionais do CAPS II, que respeitam o tempo do usuário, a diversidade de cada um, e como é a adaptação dos mesmos em cada grupo, pois alguns pacientes podem se sentir bem em grupo de oficinas específicos e o outro não, é individualizado para cada paciente.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), as oficinas terapêuticas podem ser divididas em:

- Oficinas de alfabetização: que contribuem para os usuários que não tiveram acesso a escola ou que a abandonaram, com o intuito de praticar leitura e escrita, a partir disso, ter uma construção e/ou reconstrução da cidadania;
- Oficinas expressivas: nessa oficina há pinturas, desenhos, modelagens com argila, expressão corporal com a dança, peças teatrais, expressões musicais, fotografias, expressão por meio de poesia e entre outros;
- Oficinas geradoras de renda: que tem o intuito de gerar renda através da costura, culinária, fabricação de artesanatos em geral, marcenaria e etc.

Segundo Oliveira (2005), a oficina tem como prioridade atuar no âmbito social e contribuem na realidade do usuário, no que se trata de saúde/doença. Que tem como principal proposta em um espaço de convivência e criação, a expressão da singularidade e subjetividade de cada ocupante.

3.7 ADESÃO

Na medicina a Reforma Psiquiátrica e os avanços na saúde possibilitam um amplo esquema terapêutico e um tratamento mais humanizado as condições psiquiátricas. Jordão e Pergentino (2018), entretanto, afirmam que existem impasses na

prática clínica, que interferem no sucesso desses métodos, um deles é a adesão. Nesse contexto, a não adesão de doentes crônicos é um problema atual e que pode gerar mais despesas ao sistema de saúde (DIAS et al., 2011). Uma vez que, cotidianamente o usuário portador de doença crônica busca a unidade básica de saúde para queixas referentes à agudização da sua doença. Porém, essas visitas podem estar ligadas a falta de adesão às recomendações médicas e os fatores que a causam (BRASIL, 2016).

Em seu estudo, Gusmão e Júnior (2016) descrevem 5 coeficientes principais ligados ao processo de fidelidade terapêutica que são:

- Perfil do paciente – sexo, idade, escolaridade, crenças, cultura, meio em que está inserido, limitações físicas e cognitivas, expectativas;
- Características da doença – cronicidade, sintomas, impacto sociais e nos hábitos de vida, experiência com a doença no contexto familiar;
- Processo terapêutico- efeitos colaterais, esquemas complexos, dosagem, qualidade de vida, ausência de efeitos benéficos imediatos;
- Socioeconômico – custo, dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde, Equipe de saúde/instituição – relação médico/paciente falha, demora no atendimento alta rotatividade, postura do profissional, falta de clareza nas orientações.

Ao discorrer sobre o assunto, Gusmão e Júnior (2016), caracterizam os termos complacência e adesão do paciente frente as recomendações médicas. A complacência é “a obediência participativa, ativa, do paciente à prescrição médica” (Gusmão; Junior, 2016, p. 24). Ressaltando que o termo adesão deve compreender à vontade do indivíduo em envolver-se ativamente e contribuir com o seu tratamento. Entretanto alguns autores, Blaschke e Osterberg (2005), acreditam que o termo complacência insinua que o atendido segue as “regras” do profissional e a escolha terapêutica não é resultado de uma conciliação entre ambos.

3.8. ADESÃO DOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

A falta de adesão ao tratamento na esquizofrenia além de ser de alta

frequência, está fortemente ligada ao agravamento da doença e aos riscos de recaídas e internações. A não aderência está presente em 50% dos pacientes com a doença (SHIRAKAWA, 2007). E estudos mostram que os portadores sem adesão têm novas crises entre 38% a 68%, um fator preocupante já que quanto maior a frequência das crises, maior a perda cognitiva. Nessas condições percebe-se que a cronicidade da psicopatologia associada a um tratamento não curativo e sem sintomatologia imediata ao abandono da medicação; correspondem a um ciclo de instabilidade do processo terapêutico (ROSA; ELKIS, 2007).

Outros autores como Cardoso e Galera (2009) acrescentam ainda, ser a principal causa de morbidade psiquiátrica. Preponderantemente por se tratar de um comportamento multifatorial, o que dificulta a utilização de medidas preventivas; já que no cursar da doença a família e o paciente passam por diversas situações que influenciam nos momentos de controle e de novas crises psicóticas. Por esse motivo, a adesão não é considerada um aspecto permanente, sendo fundamental a constante avaliação até dos indivíduos considerados aderentes, ressaltado que a duração de eventos esquizofrênicos impossibilita ações integrais em saúde como os programas de reabilitação, o que prejudica a resposta clínica do doente mental (BORBA et al., 2018).

Devido à dinamicidade do assunto, alguns fatores mais comuns são citados como precursores da não complacência do paciente esquizofrênico perante o tratamento como a não aceitação da doença, uma visão negativa sobre os benefícios do tratamento, a ocorrência de efeitos colaterais pelo uso da medicação, a falta de *insight*, a severidade da doença, o alcoolismo e uso de drogas, o medo de reinternações (recaídas), a complexidade do esquema terapêutico, a aliança terapêutica entre o profissional de saúde e paciente (CARDOSO; GALERA, 2009).

Já Rosa e Elkis (2007), em uma revisão sistemática classificam os erros na fidelidade da terapia em 4 classes fundamentais. Em primeiro, o erro de recusa que seria não tomar a medicação sugerida. Segundo o erro de intenção, que é o ato de tomar a medicação por razões equivocadas. Em terceiro, os erros de dosagem, que na maioria das vezes é quando o paciente usa uma dosagem inferior ao prescrito. Por último, os erros de frequência que são quando o usuário não segue a sequência das ingestões.

Souza e Kopittke (2016), acrescentam que a vontade de não depender do

medicamento é um fator que predispõe a não aderência, além do abalo emocional sofrido pelo paciente frente ao diagnóstico, ao estigma, preconceito envolvido e as mudanças no estilo de vida devido a instalação da patologia. Essa situação pode alterar a visão do indivíduo sobre o autocuidado e o zelo consigo mesmo; o que causa, por conseguinte, uma adesão deficiente ao controle de outras comorbidades.

Um fator externo citado por Souza e Kopittke (2016), é o papel de influência da família durante o processo de saúde-doença. Acontece que a família tem o poder de motivar o indivíduo, devido as modificações nas relações entre os membros, na qual ocorre o aumento do afeto, da proteção e dos laços de cooperação. Em seu texto, Casaburi (2016), a caracterização do bom engajamento familiar inclui além da troca de sentimentos e do apoio, a observação do uso correto dos remédios e dos comportamentos do portador de doença psíquica. Nesse contexto, diz Casaburi (2016), que aqueles pacientes após o primeiro episódio psicótico que são bem assistidos em casa pelo grupo familiar, podem ter melhor prognóstico.

Para, Cardoso, Byrne e Xavier (2016), por outro lado, o problema pode ser cada vez mais inerente a atitudes e crenças dos doentes e dos profissionais de saúde. Os autores argumentam que a equipe multiprofissional é prepotente na promoção de adesão, devido à proximidade estabelecida na relação médico-paciente. Entretanto, esses profissionais que trabalham na unidade de saúde não se encontram aptos ou potencialmente sensibilizados para exercer essa função. Nesse contexto estudos evidenciam que as crenças dos médicos psiquiatras acerca dos medicamentos psicotrópicos e o tipo de estratégias utilizadas para promover o cumprimento da prescrição associadas à relação terapêutica são os fatores de otimização ou não do tratamento.

O relatório da OMS identifica claramente obstáculos ligados aos profissionais de saúde mental, tais como lacunas na comunicação e relação terapêutica, crenças negativas em relação ao tratamento, falta de ferramentas clínicas e comportamentais e, ainda, falta de conhecimento sobre estratégias de adesão (CARDOSO; BYRNE; XAVIER, 2016, p. 212).

As lacunas na atuação dos profissionais são destacadas como um problema a ser enfrentado. Com a criação de programas integrados que busquem a implementação de estratégias de adesão mais eficazes, se fazendo necessária a conscientização dos

profissionais de saúde sobre a influência e o impacto potencial das suas próprias crenças neste cenário.

3.9 AVALIAÇÃO DA ADESÃO

A partir dos estudos de Correr e Otuki (2011), há um modelo de avaliação ampla da farmacoterapia no geral, onde se avalia o paciente, raça, idade, peso, altura, patologias associadas, comportamento, família e entre outros. É avaliado também, a seleção, nas quais são vistas as indicações clínicas, drogas de uso, se há alguma condição não tratada, e a administração também é avaliada, se há rotina, se o paciente faz uso correto e após isso é visto a adesão ao tratamento.

Com isso, há tabelas que contém a avaliação de adesão por métodos diretos e indiretos, os diretos encaixam-se em observar diretamente o paciente no tratamento, medir os níveis séricos das drogas e dos seus metabólitos no sangue do paciente e outros fluídos. Os métodos indiretos incluem contagem dos comprimidos, relatos dos pacientes, diários dos pacientes, relato do cuidador em caso de pacientes incapacitados de realizar o tratamento sozinhos, medida de marcadores fisiológicos e dentre outros. Há também, testes para avaliação do tratamento, como, teste de Haynes-Sackett que consiste em perguntar se o paciente tem dificuldade para tomar os medicamentos e quantas vezes nos últimos trinta dias ele esqueceu de tomar o medicamento, e o teste Morisky-Green-Levine, que traz perguntas sobre o esquecimento de tomar o medicamento, o horário do mesmo, se o paciente faz a retirada do medicamento quando se sente melhor ou pior, se ele faz a dosagem recomendada pelo médico ou excede, se há interrupção do tratamento por falta das drogas e se o paciente para de tomar a droga por algum outro motivo que não esteja dentro das recomendações médicas (CORRER; OTUKI, 2011).

A caracterização por “aderente” através da Escala de Adesão de Morisky-Green (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012) se dá por uma escala psicométrica com 6 itens, em que os entrevistados respondem de forma dicotômica (sim/não). Cada resposta SIM é equivalente a 0 (zero) ponto, enquanto um NÃO equivale a 1 (um) ponto. Entretanto, para a questão 5, a pontuação é inversa, ou seja, a resposta SIM vale 1 (um) e a Não vale 0 (zero). Dessa maneira, o teste classifica em alto grau de adesão aqueles

entrevistados que totalizam seis pontos. Para moderado grau de adesão, quando o total de respostas totalizar 5 e 3 pontos e baixo grau de adesão quando forem totalizados abaixo de 3 pontos.

3.10 CAPS

Diante dos expostos, logo após o diagnóstico fica-se a incógnita sobre onde esse tratamento é realizado, e na maioria das cidades que comportam o CAPS (Centro de atenção Psicossocial), os tratamentos de várias doenças são realizados nesse centro, inclusive, esquizofrenia. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), o CAPS apresenta diversas modalidades de atendimento, atua interdisciplinarmente e apresenta um atendimento prioritário aos usuários com transtorno mentais e abusos de substâncias como álcool e drogas.

Ainda pela definição do Ministério da Saúde, as modalidades do CAPS são divididas em I, II, III, ad álcool e drogas, III, e por fim, CAPS ad III álcool e droga. Sendo assim, o CAPS I atende a todas as idades, pacientes com transtornos mentais graves e abrange cidade e ou regiões com ao menos 15 mil moradores; o CAPS II, atende também a todas as idades, e abrange cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil moradores; o CAPS i restringe seu atendimento à crianças e adolescentes e abrange cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil moradores; o CAPS ad álcool e drogas atende a todas as idades, e também se encaixa no padrão de atender cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil moradores; o CAPS III tem como diferença das outras modalidades, atender no período noturno com até 5 vagas de acolhimento e observação, atende a todas as idades e abrange cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil moradores; já o CAPS ad III álcool e drogas, também tem a vantagem de atendimento noturno com 8 a 12 vagas de acolhimento e observação, tem um funcionamento de 24 horas, abrange todas as faixas etárias e atende a uma cidade e ou região com ao menos 150 mil moradores. Com isso, tem-se a cada cidade ou região comporta uma modalidade diferente de CAPS, seja pelo seu número de habitantes ou pela sua demanda.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a equipe cada modalidade do CAPS, deverá ser padronizada com os seguintes profissionais, CAPS I, deverá ter um

médico formado em saúde mental ou um médico psiquiatra, três profissionais com nível superior como, assistente social, terapeuta ou psicólogo, um enfermeiro e quatro profissionais de nível médio, como artesão ou auxiliar de enfermagem, já na modalidade do CAPS II, deverá ter um médico psiquiatra, um enfermeiro especializado em saúde mental, seis profissionais de nível médio e quatro de nível superior nas categorias citadas acima, no CAPS III, são necessários, dois médios psiquiatras, um enfermeiro com especialização em saúde mental, cinco profissionais com nível superior nas categorias acima citadas, e oito profissionais de nível médio, no CAPS I deve conter, um médico psiquiatra ou pediatra ou neurologista com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior, e cinco profissionais de nível médio, e por fim no CAPS ad (álcool e drogas) deve conter um médico psiquiatra, um médico clínico, quatro profissionais de nível superior, seis profissionais de nível médio e um enfermeiro com atuação na saúde mental.

4 METODOLOGIA

4.1. DESENHO DO ESTUDO

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo-exploratório, no qual será realizada uma análise dos prontuários de pacientes esquizofrênicos e com a aplicação de questionário, com o objetivo de traçar os impactos da não adesão ao tratamento dos pacientes esquizofrênicos, quais os motivos dessa não adesão e se há influência nos prognósticos dos mesmos.

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo será realizado em Porto Nacional – TO, no CAPS II por meio de acesso aos prontuários dos usuários com esquizofrenia no período de janeiro de 2018 a fevereiro de 2020, com aplicação dos questionários será realizada no primeiro semestre de 2021.

4.3 POPULAÇÃO

Usuários do CAPS II de Porto Nacional com adesão ou não ao tratamento.

4.4 AMOSTRA

A amostra será constituída pelos pacientes esquizofrênicos do CAPS, e que tiverem admissão no mesmo período respectivo ao estudo. Assim sendo, serão analisados os prontuários e aplicado os questionários aos profissionais e usuários;

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes esquizofrênicos com admissão no CAPS II no período de janeiro de 2018 a fevereiro de 2020;
- Usuários esquizofrênicos com comorbidades psíquicas e orgânicas;
- Usuários esquizofrênicos readmitidos para segmento de nova crise psicótica;
- Pacientes adolescentes, adultos, jovens e idosos que aceitem contribuir com a pesquisa em questão.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes com diagnóstico em aberto para esquizofrenia;
- Pacientes esquizofrênicos com sintomas residuais limitados para estabelecimento de uma comunicação clara e objetiva;
- Usuários que fazem segmento paralelo com o ambulatório de saúde mental do município e da faculdade.

4.7 VARIÁVEIS

- Gênero;
- Idade;
- Escolaridade;
- Comorbidades;
- Aspectos socioeconômicos;
- Paciente esquizofrênico com adesão ou não;
- Medicação em uso;
- Relato de algum efeito colateral ou reação a terapêutica;
- Tempo de tratamento;
- História pregressa do abandono ao tratamento;
- Relação com a família e profissionais do CAPS;
- Recursos na atenção psicossocial para influenciar os pacientes a dar

continuidade no tratamento;

- Dificuldades para efetivação por completo do tratamento.

4.8 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

4.8.1 Instrumentos de Pesquisa

Analisarão os prontuários dos usuários do período de janeiro de 2018 a fevereiro de 2020, para registro dos dados epidemiológicos e inquérito dos motivos da adesão e não adesão;

Serão utilizados dois questionários que irão conter perguntas discursivas e objetivas, sendo:

- Um para os pacientes esquizofrênicos;
- E outro para os profissionais do CAPS que lidam com os pacientes com tal patologia;

A análise dos dados será realizada mediante o uso do Excel. A coleta desses dados, tanto nos questionários quanto a análise dos prontuários, possibilitará, a tabulação dos dados objetivos por meio de gráficos e tabelas.

4.8.2 Procedimentos

Etapa 1: Obter o número de pacientes esquizofrênicos e o número de profissionais da saúde envolvidos em atividades terapêuticas voltadas para os pacientes com esse tipo de doença mental no Centro de Atenção Psicossocial de Porto Nacional.

Etapa 2: Verificar quais são as abordagens terapêuticas e com que frequência são disponibilizadas pelo Centro de Atenção Psicossocial de Porto Nacional.

Etapa 3: Elaborar dois questionários, para registro de informações, com itens que classifiquem o grau de adesão e os motivos da não adesão. Os questionários serão adaptados com perguntas discursivas e de múltipla escolha, e contarão com o teste de

adesão de Morisky-Green. As questões deverão abranger a realidade de cada envolvido no tratamento; sendo eles o paciente e o profissional de saúde.

Etapa 4: O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética da FAPAC/ITPAC Porto e somente após a sua aprovação será iniciada a sua execução.

Etapa 5: O projeto de pesquisa será protocolado na Plataforma Brasil, e após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, será iniciada a aplicação dos questionários para coleta de informações.

Etapa 6: Aplicar os questionários e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em folha impressa) no Centro de Atenção Psicossocial de Porto Nacional em períodos que contemplem atividades para pacientes com esquizofrenia; sendo consultas, oficinas ou qualquer tipo de abordagem psicossocial. Com os pesquisadores presentes para esclarecer as dúvidas e os dados obtidos são sigilosos.

Etapa 7: Ao observar os questionários com as respostas dos dois grupos, os pesquisadores deverão fazer a análise dos dados obtidos por estatísticas através de gráficos e tabelas do Excel e apresentação dos resultados finais para a banca avaliadora.

5 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal descritivo exploratório. É caracterizado pela identificação direta da adesão ou não ao tratamento dos usuários esquizofrênicos no Centro de Atenção Psicossocial e se influenciam no prognóstico dos estudados. A análise investigará quais são os possíveis problemas frente a adesão ou não ao tratamento. Os instrumentos serão obtidos por meio de entrevista com os usuários e profissionais de saúde e prontuários do serviço. A coleta dos dados será realizada por meio do *Software MS Excel*[®] e análise posterior de dados para conclusão final.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo visa a análise dos questionários aplicados aos esquizofrênicos e profissionais do CAPS II. Os entrevistados terão total liberdade para responder ou não a pesquisa, haverá o cuidado de manter o sigilo dos mesmos quanto à identidade, locais onde trabalham e moram.

O objeto dessa pesquisa envolve pessoas, portanto respeitará as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando os princípios que norteiam este tipo de trabalho, devendo ser livre e esclarecido para todo indivíduo, além de ser submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa.

6.1 RISCOS

A pesquisa poderá oferecer riscos psicológicos mínimos. Os participantes podem se sentir estressados ao responderem sobre o seu trabalho ou ao serviço prestado ao usuário. Para que todos esses problemas sejam amenizados, os questionários serão aplicados de forma individualizada, não ocorrendo a identificação do participante.

Outro possível risco é o de vazamento inapropriado das informações e dados coletados dos prontuários de pacientes esquizofrênicos. Dessa forma através da assinatura do Termo de Confidencialidade e Sigilo, as pesquisadoras assumem a responsabilidade de assegurar a confidencialidade e privacidade do material obtido, usando o mesmo apenas para fins científicos.

6.2 BENEFÍCIOS

Contribuir com a literatura científica e com o conhecimento acerca do assunto abordado, tanto para profissionais, quanto para cuidadores/familiares, usuários, através dos dados obtidos pela pesquisa. Será realizada uma análise sobre os problemas em

estudo, e apresentados a equipe do CAPS, familiares, gestão com o objetivo de melhorar a adesão dos usuários esquizofrênicos ao tratamento.

O estudo possibilitará melhor compreensão da doença, da necessidade de aderir ao tratamento, assim como, de participar de todas as atividades propostas pelo plano terapêutico, definido pela equipe de profissionais do serviço.

6.3 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

Para ocorrer o cancelamento ou suspensão total ou parcialmente da pesquisa, será necessário que ocorra acontecimentos externos que impossibilitaram a conclusão do trabalho, com isso, cita-se no contexto atual, a pandemia do novo Coronavírus ou a não colaboração de algum dos envolvidos na pesquisa no dia da entrevista.

7 DESFECHOS

7.1 DESFECHO PRIMÁRIO

Os dados obtidos através da pesquisa permitirão quantificar quantos usuários esquizofrênicos participam ativamente ou não ao tratamento oferecido pelo CAPS. Essa análise permitirá avaliar os fatores da não adesão e o quanto isso pode impactar na resposta clínica e na qualidade de vida do paciente com doença mental.

7.2 DESFECHO SECUNDÁRIO

Após a conclusão do trabalho espera-se que acadêmicos, serviço de saúde, profissionais, e familiares/cuidadores reconheçam a problemática da adesão ou não á terapêutica estabelecida a sua patologia. Assim como, a compreensão dos fatores que permeiam a dificuldade de adesão e com isso a piora da doença ao longo da vida. O estudo aqui proposto almeja demonstrar a necessidade da adesão ao tratamento como uma forma de melhor qualidade de vida e redução dos danos na vida futura de cada paciente. Por fim, publicar e divulgar junto a sociedade acadêmica os resultados aqui obtidos para que outros serviços não recorram nos mesmos problemas que impeçam a adesão de esquizofrênicos ao seu tratamento. Os pesquisadores afirmam o compromisso de apresentar os dados aqui obtidos para gestores, instituição e profissionais de saúde do CAPS.

8 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Quadro 1 – Cronograma de execução da pesquisa

Ano	2020						2021				
	Fev.	Mar	Abr.	Maió	Jun.	Jul.	M1	M2	M3	M4	M5
ETAPAS											
Escolha do tema	XXX X X										
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X							
Elaboração do Projeto	X	X	X	X							
Apresentação do Projeto					X						
Submissão ao CEP					X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados							X	X	X	X	X
Tabulação de dados									X	X	
Análise dos Resultados									X	X	X
Redação do artigo									X	X	X
Revisão final										X	X
Defesa/Bancada											X
Submissão do Artigo											X

Fonte: elaborado pelas autoras

9 ORÇAMENTO

Quadro 2 – Orçamento da pesquisa

CATEGORIA: Gasto com Recursos Materiais			
Itens	Quantidade und	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Caneta	6	3,00	18,00
Impressão	500	0,25	125,00
Encadernação	3	2,50	7,50
Pasta portfolio	1	14,00	14,00
Valor Total			164,50
CATEGORIA: Gasto com Recursos Humanos			
Itens	Quantidade und	Valor unitário	Valor total
Combustível	50 Litros	4,79	239,50
Valor Total			239,50
Financiamento Total da Pesquisa			
Itens		Valor total diário (R\$)	
Gasto com Recursos Materiais		164,50	
Gasto com Recursos Humanos		239,50	
Valor Total		404,00	

Fonte: elaborado pelas autoras

As despesas para realização do projeto de pesquisa serão custeadas pelas acadêmicas pesquisadoras da graduação do curso de Medicina, Anne Karulline Ramos e Camyla Costa Bringel do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos do município de Porto Nacional – TO.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares.

Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 339-345, jun 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200017>.

BACHRACH, Leona L.; Psychosocial rehabilitation in the treatment of schizophrenia — what are the boundaries?. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 102, n. 407, p. 6-10, 2000. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/12070491_Psychosocial_rehabilitation_in_the_treatment_of_schizophrenia_-_what_are_the_boundaries>. Acesso em 25 mai. 2020

BEN, Angela Jordana; NEUMANN, Cristina Rolim; MENGUE, Sotero Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos.

Rev. Saúde Pública, v. 46, n. 2, p. 279-289, 2012. Disponível em:

<<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2012.v46n2/279-289/pt>>. Acesso em 22 mai. 2020.

BLASCHKE, Terrence; OSTERBERG, Lars. Adherence to Medication. **The New England Journal of Medicine**. Boston, v. 353, n. 5, p. 487-497, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ2/docs/osterberg.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2020. DOI: 10.1056/NEJMra050100

BORBA, Letícia de Oliveira; MAFTUM, Mariluci Alves; VAYEGO, Stela Adami; MANTOVANI, Maria de Fátima; FELIX, Jorge Vinícius Cestari; KALINKE, Luciana Puchalski. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52 e03341, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100425&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 mai. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017006603341>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/693-aco-es-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em 25 mai. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, v. 2, 64 p., 2004. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0204.pdf> >. Acesso em 20 mai. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Centro de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**. 1. ed. Brasília, 2015. Disponível em: <

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_a

colhimento.pdf>. Acesso em 30 de mai. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. 1. ed, 1. reimp. Brasília, 2016. Disponível em: < http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/09/SinteseMedicamentos_set >. Acesso em 24 mai. de 2020.

CARDOSO, Ana; BYRNE, Mitchell; XAVIER, Miguel. Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal: Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. **Rev. Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 34, n. 3, p. 209-219, out. 2016. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.004>>. Acesso em 21 mai. 2020.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 161-167, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100021>.

CARPENTER, William T.; THAKER, Gunvant K. Schizophrenia. **American College of Physicians**. Ontario, Canada, 2008, 1-12. Tradução de Soraya Imon de Oliveira. Esquizofrenia. **MedicinaNET**, 2016. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/5766/esquizofrenia.htm>>. Acesso em 24 mai. 2020.

CASABURI, Luiza Elena. Engajamento familiar na manutenção do tratamento em saúde mental após o primeiro episódio psicótico. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-25012017-163350/en.php>>. Acesso em 03 jun. 2020. DOI:10.11606/D.22.2017.tde-25012017-163350. Acesso em: 2020-06-06.

CHENIAUX, Elie. Psicopatologia e diagnóstico da esquizofrenia. *In*: SILVA, Antônio Geraldo da; QUEVEDO, João; NARDI, Antonio Egidio (org.). **Esquizofrenia: Teoria e Clínica**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 37-44. Disponível em: <https://books.google.com.br/books/about/Esquizofrenia.html?id=R-TYBAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 25 mai. 2020.

CORRER, Cassyano J; OTUKI, Michel F. **Método Clínico de Atenção Farmacêutica**. Mar 2011. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmacaceutica/otuki-metodoclinicoparaatencaofarmacaceutica.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2020.

DIAS, AM; CUNHA, M; SANTOS, A; NEVES, A; PINTO, A; SILVA, A; CASTRO, S. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão de Literatura. **Millenium**, vol. 40, n. 16, p. 201-219, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>>. Acesso em 23 mai. 2020.

DOLDER, CR; LACRO, JP; LECKBAND, S; JESTE, DV. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. **Journal of Clinical Psychopharmacol.** v. 23, n. 4, p. 389-399, 2003. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12920416/>>. Acesso em 20 mai. 2020. doi:10.1097/01.jcp.0000085413.08426.41

GUSMÃO, Josiane Lima de; JÚNIOR, Décio Mion. Adesão ao tratamento: conceitos. **Rev. Brasileira de Hipertensão.** São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-25, jan. 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2020.

JORDÃO, Tiago; PERGENTINO, Eva França. Mudanças na cultura do cuidado em saúde mental e as repercussões para adesão ao tratamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 10, n. 17, p. 71-101, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68831/0>>. Acesso em 25 mai. 2020.

LIMA, Amanda Barroso de; ESPINDOLA, Cybele Ribeiro. Esquizofrenia: funções cognitivas, análise do comportamento e propostas de reabilitação. **Rev. Subj., Fortaleza**, v. 15, n. 1, p. 105-112, abr. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692015000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 mai. 2020.

LOCH, Alexandre Andrade; WANG, Yuan-Pang. Epidemiologia e custos da esquizofrenia. *In*: SILVA, Antônio Geraldo da; QUEVEDO, João; NARDI, Antonio Egidio (org.). **Esquizofrenia: Teoria e Clínica**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 25-36. Disponível em: <https://books.google.com.br/books/about/Esquizofrenia.html?id=R-TYBAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 25 mai. 2020.

Mueser, Kim T; MCGURK, Susan R. Schizophrenia. **Lancet**, London, v. 363, n. 9426, p. 2063-2072, 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15207959/>>. Acesso em 20 mai. 2020. doi:10.1016/S0140-6736(04)16458-1

NUNES, E.P.; BUENO, R.; NARDI, A.E. **Psiquiatria e saúde mental: fundamentos de psiquiatria clínica**. Rio de Janeiro: Atheneu; 2004.

OLIVEIRA, Ana Luiza de Mendonça. **Oficinas terapêuticas em saúde mental: um estudo sobre as concepções de coordenadores**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018. Disponível em: <<http://clyde.dr.ufu.br/handle/123456789/21676>>. Acesso em 21 mai. 2020.

<http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.715>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. vol. 2. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

REY, Jose A. Antipsicóticos. *In*: WHALEN, Karen; FINKEL, Richard; PANAVELIL, Thomas A. **Farmacologia ilustrada**, 6. ed, Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 148-153. Disponível em: < <https://institutopauloguimaraes.com.br/wp-content/uploads/2019/02/livro-farmacologia.pdf> >. Acesso em 21 mai. 2020.

ROSA, Moacyr Alexandre; ELKIS, Hélio. Adesão em esquizofrenia. **Rev. De Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 2, p. 189-192, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000800008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 mai 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000800008>.

SHIRAKAWA, Itiro. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 56-58, Mai 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 mai. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500019>.

SHIRAKAWA, Itiro; ATTUX, Ceclília; LACAZ, Fernando Sargo; MALTA, Stella Maria TC. 1. ed. **Esquizofrenia: Adesão ao Tratamento**. São Paulo: Lemos Casa Editorial, 2007. p. 154.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>.

SOUSA, Daniela; PINHO, Lara Guedes de; PEREIRA, Anabela. Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 91-101, abr. 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 mai. 2020. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180108>.

SOUZA, Mauro Sérgio Furtado; KOPITKE, Luciane. Adesão ao Tratamento com Psicofármacos: fatores de proteção e motivos de não adesão ao tratamento farmacológico. **Rev. de Atenção Primária à Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 361-369, 2016. Disponível em: < <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15497> >. Acesso em 22 mai. 2020.

VALENÇA, Alexandre Martins; NARDI, Antonio Egidio. Histórico do conceito de esquizofrenia. *In*: SILVA, Antônio Geraldo da; QUEVEDO, João; NARDI, Antonio Egidio

(org.). **Esquizofrenia: Teoria e Clínica**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 17-24. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/Esquizofrenia.html?id=R-TYBAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em 25 mai. 2020.

ZANINI, Márcia H. Psicoterapia na esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 47-49, Mai 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500016>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A



Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64



www.itpacporto.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)

O (A) Senhor (a) _____, está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa “MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS COMO PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA”. Para isso receberá das acadêmicas Anne Karulline Ramos dos Santos, Camyla Costa Bringel e da orientadora Profa. Denise Ramos Costa, responsáveis por sua execução, as seguintes informações, a fim de entender, sem dificuldade e sem dúvidas, os seguintes aspectos:

Este projeto de pesquisa tem como objetivo: caracterizar se há adesão ou não de pacientes esquizofrênicos em tratamento psicossocial e o impacto no prognóstico da doença, além de também conhecer o número de pacientes esquizofrênicos cadastrados no CAPS no período de 2018 a 2020; identificar o número de pacientes esquizofrênicos que abandonam o tratamento psicossocial; identificar fatores que corroboram para o abandono ao tratamento; verificar se há recursos na atenção psicossocial para motivação e permanência dos pacientes psiquiátricos no serviço psicossocial; conhecer a realidade do Centro de Atenção Psicossocial e as modalidades de atendimento ao paciente esquizofrênico e identificar se a família ou cuidador participam das atividades propostas pelo Centro de Atenção Psicossocial.

Esse estudo se baseia na importância da reflexão sobre as agruras do tratamento para pacientes com esquizofrenia, que trouxe uma incógnita sobre o motivo do tratamento não ser tão efetivo na maioria dos casos, a partir disso, pode-se observar que a não adesão ao tratamento se dá por inúmeras causas, como, não comparecimento às consultas (questão geográfica e locomoção), questões financeiras, abandono familiar, não aceitação do diagnóstico, abandono do tratamento e entre outros. O projeto surgiu do interesse, enquanto acadêmicas do curso de Medicina, em chamar a atenção dos

profissionais de saúde como um todo, para os reais motivos da não adesão do tratamento em pacientes com esquizofrenia, sendo assim, mostrar os resultados da pesquisa para deixar uma possibilidade de mudança para uma melhor adesão.

Ao final deste estudo espera-se que os dados obtidos através da pesquisa permitirão quantificar quantos usuários esquizofrênicos participam ativamente ou não ao tratamento oferecido pelo CAPS. Essa análise permitirá avaliar os fatores da não adesão e o quanto isso pode impactar na resposta clínica e na qualidade de vida do paciente com doença mental.

Esse estudo começará com o acesso aos prontuários dos usuários com esquizofrenia em janeiro de 2018 até fevereiro de 2020, a aplicação dos questionários será realizada no primeiro semestre de 2021.

Esclarecemos que essa pesquisa oferecerá riscos psicológicos mínimos. Os participantes podem se sentir estressados ao responderem sobre o seu trabalho ou ao serviço prestado ao usuário. Para que todos esses problemas sejam amenizados, os questionários serão aplicados de forma individualizada, não ocorrendo a identificação do participante. Outro possível risco é o de vazamento inapropriado das informações e dados coletados dos prontuários de pacientes esquizofrênicos. Dessa forma através da assinatura do Termo de Confidencialidade e Sigilo, as pesquisadoras assumem a responsabilidade de assegurar a confidencialidade e privacidade do material obtido, usando o mesmo apenas para fins científicos. Todavia, se o (a) senhor (a) se sentir constrangido (a) não será obrigado (a) a continuar na pesquisa. Objetivando minimizar e reduzir esses impactos, o questionário será realizado de forma individual em um espaço reservado e lhe será assegurado o sigilo das informações, utilizando-as apenas para fins acadêmicos científicos.

Por outro lado, a pesquisa trará benefícios, tais como: contribuir com a literatura científica e com o conhecimento acerca do assunto abordado, tanto para profissionais, quanto para cuidadores/familiares, usuários, através dos dados obtidos pela pesquisa. Será realizada uma análise sobre os problemas em estudo, e apresentados à equipe do CAPS, familiares, gestão, com o objetivo de melhorar a adesão dos usuários esquizofrênicos ao tratamento. O estudo possibilitará também melhor compreensão da doença, da necessidade de aderir ao tratamento, assim como, de

participar de todas as atividades propostas pelo plano terapêutico, definido pela equipe de profissionais do serviço.

Para participar desse estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr. (a) tem assegurado o direito à indenização, pleiteada via judicial.

O (A) Sr. (a) terá esclarecimentos sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a).

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se impresso em duas vias originais rubricadas em todas as páginas, sendo que uma será arquivada pelas pesquisadoras responsáveis, na Faculdade FAPAC/ITPAC Porto e a outra será fornecida ao (à) Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com as pesquisadoras responsáveis por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão a sua disposição quando finalizada a pesquisa. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão, atendendo à legislação brasileira (Resolução CNS N. 466/2012), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em casos de dúvidas ou reclamações a respeito da pesquisa, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato a qualquer momento com os pesquisadores através dos contatos (63) 99978-9041 (Professora Orientadora – Denise Ramos Costa) ou (63) 98455-9421, annekarullinramos@hotmail.com (Acadêmica Pesquisadora – Anne Karulline Ramos dos Santos) e do (63) 984464843 camylabringel@hotmail.com (Acadêmica Pesquisadora – Camyla Costa Bringel). Também poderá entrar em contato com o CEP – Comitê de Ética e Pesquisa localizado no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Ltda – ITPAC PORTO, na Rua 02, Quadra 07, s/n., Bairro Jardim

dos Ipês, Porto Nacional – TO, CEP: 77500-00 pelo telefone: (63) 3363 – 9674, ou ainda pessoalmente de segunda a sexta-feira no período das 12 às 18 horas, e-mail: cep@itpacporto.com.br.

Eu, _____, portador do RG N. _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS COMO PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro também que autorizo a cessão da minha imagem para fins de pesquisa e sua divulgação.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste Termo de consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Porto Nacional, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura da Acadêmica

Assinatura da Acadêmica

Orientadora

APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO SOBRE O INÍCIO DA PESQUISA – DECLARAÇÃO ORIENTADOR



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A



Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64



www.itpacporto.edu.br

TERMO DE COMPROMISSO SOBRE O INÍCIO DA PESQUISA – DECLARAÇÃO ORIENTADOR

PROJETO: MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS
COMO PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Denise Ramos Costa

PESQUISADORA PARTICIPANTE: Anne Karulline Ramos dos Santos, Camyla Costa
Bringel

Eu, Professora Denise Ramos Costa, pesquisadora responsável pela pesquisa acima identificada, com a anuência da IES FAPAC/ITPAC Porto declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções CNS/MS 240/97, 251/97, 292/99, 340/2004 e 510/2016 e assumo, neste termo o compromisso de:

1) Somente iniciar a pesquisa após sua aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAPAC/ITPAC Porto e, nos casos assim previstos em lei (Resolução CNS/MS 196/96, VIII, 4 e CNS/MS 340/04, item VI), na Comissão Nacional Ética em Pesquisa – CONEP;

2) Caso a pesquisa seja interrompida, informar tal fato ao Comitê de Ética e Pesquisa, de forma justificada;

3) Na ocorrência de evento adverso grave, comunicar imediatamente ao CEP, bem como prestar todas as informações que me foram solicitadas;

4) Utilizar os dados e/ou informações coletadas assegurando a confidencialidade e a privacidade dos mesmos;

5) Destinar os dados e/ou informações coletadas somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa;

6) Apresentar relatório final, sobre o desenvolvimento da pesquisa ao CEP;

_____, _____ de _____ de _____.

Profa. Denise Ramos Costa
Pesquisador Responsável

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
 INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
 Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
 CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64
 Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
 CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64
 www.itpacporto.edu.br

TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

PROJETO: MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS
 COMO PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Denise Ramos Costa

A FAPAC/ITPAC PORTO declara que está de acordo com a execução do projeto MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS COMO PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA, coordenado pela pesquisadora Denise Ramos Costa, desenvolvido em conjunto com as acadêmicas ANNE KARULLINE RAMOS DOS SANTOS e CAMYLA COSTA BRINGEL e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta instituição durante a realização da mesma.

Declaramos conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução 466/20102 do Conselho Nacional de Saúde. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Porto Nacional, _____ de _____ de _____.

 Assinatura do Responsável pela IES

Carimbo

APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A



Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64



www.itpacporto.edu.br

PROJETO: MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS
COMO PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Denise Ramos Costa

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS COMO PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA** que tem como objetivos: caracterizar se há adesão ou não de pacientes esquizofrênicos em tratamento psicossocial e o impacto prognóstico da doença, além de também conhecer o número de pacientes esquizofrênicos cadastrados no CAPS; identificar o número de pacientes esquizofrênicos que abandonam o tratamento psicossocial; identificar fatores que corroboram para o abandono ao tratamento; verificar se há recursos na atenção psicossocial para motivação e permanência pacientes psiquiátricos no serviço psicossocial; conhecer a realidade do Centro de Atenção Psicossocial e as modalidades de atendimento ao paciente esquizofrênico e identificar se a família ou cuidador participam das atividades propostas pelo Centro de Atenção Psicossocial.

O motivo que nos leva a estudar a má adesão ao tratamento de pacientes esquizofrênicos como preditor de mal prognóstico para o curso da doença, é acerca da reflexão sobre as agruras do tratamento para pacientes com esquizofrenia, que trouxe uma incógnita sobre o motivo do tratamento não ser tão efetivo na maioria dos casos, a partir disso, pode-se observar que a não adesão ao tratamento se dá por inúmeras causas, como, não comparecimento às consultas (questão geográfica e locomoção), questões financeiras, abandono familiar, não aceitação do diagnóstico, abandono do tratamento e entre outros. O projeto surgiu do interesse, enquanto acadêmicas do curso de Medicina, em chamar a atenção dos profissionais de saúde como um todo, para os reais motivos da não adesão do tratamento em pacientes com esquizofrenia, sendo

assim, mostrar os resultados da pesquisa para deixar uma possibilidade de mudança para uma melhor.

Para este estudo será realizada uma análise dos prontuários de pacientes esquizofrênicos e com a aplicação de questionário, com o objetivo de traçar os impactos da não adesão ao tratamento dos pacientes esquizofrênicos, quais os motivos dessa não adesão e se há influência nos prognósticos dos mesmos.

O estudo será realizado em Porto Nacional – TO, no CAPS II por meio de acesso aos prontuários dos usuários com esquizofrenia no período de janeiro de 2018 a fevereiro de 2020, com aplicação dos questionários será realizada no primeiro semestre de 2021.

O objeto dessa pesquisa envolve pessoas, portanto respeitará as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando os princípios que norteiam este tipo de trabalho, devendo ser livre e esclarecido para todo indivíduo, além de ser submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa.

A pesquisa poderá oferecer riscos psicológicos mínimos. Os participantes podem se sentir estressados ao responderem sobre o seu trabalho ou ao serviço prestado ao usuário. Para que todos esses problemas sejam amenizados, os questionários serão aplicados de forma individualizada, não ocorrendo a identificação do participante. Outro possível risco é o de vazamento inapropriado das informações e dados coletados dos prontuários de pacientes esquizofrênicos. Dessa forma através da assinatura do Termo de Confidencialidade e Sigilo, as pesquisadoras assumem a responsabilidade de assegurar a confidencialidade e privacidade do material obtido, usando o mesmo apenas para fins científicos.

Como benefícios, poderá contribuir com a literatura científica e com o conhecimento acerca do assunto abordado, tanto para profissionais, quanto para cuidadores/familiares, usuários, através dos dados obtidos pela pesquisa. Será realizada uma análise sobre os problemas em estudo, e apresentados à equipe do CAPS, familiares, gestão, com o objetivo de melhorar a adesão dos usuários esquizofrênicos ao tratamento. O estudo possibilitará também melhor compreensão da doença, da

necessidade de aderir ao tratamento, assim como, de participar de todas as atividades propostas pelo plano terapêutico, definido pela equipe de profissionais do serviço.

O motivo deste convite é que você se enquadra nos seguintes critérios de inclusão: pacientes esquizofrênicos com admissão no CAPS II no período de janeiro de 2018 a fevereiro de 2020; usuários esquizofrênicos com comorbidades psíquicas e orgânicas; usuários esquizofrênicos readmitidos para segmento de nova crise psicótica; pacientes adolescentes, adultos, jovens e idosos que aceitem contribuir com a pesquisa em questão.

Você poderá deixar de participar da pesquisa nos casos em que forem observados os seguintes critérios de exclusão: pacientes com diagnóstico em aberto para esquizofrenia; pacientes esquizofrênicos com sintomas residuais limitados para estabelecimento de uma comunicação clara e objetiva; usuários que fazem segmento paralelo com o ambulatório de saúde mental do município e da faculdade.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo para participar deste estudo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar.

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador responsável.

O pesquisador responsável irá tratar a sua identidade com sigilo e privacidade. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Instituição Tocantinense Presidente Antônio Carlos – FAPAC/ITPAC Porto e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Em caso de dúvidas, poderá entrar em contato com o CEP – Comitê de Ética e Pesquisa localizado no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Ltda – ITPAC PORTO, na Rua 02, Quadra 07, s/n., Bairro Jardim dos Ipês, Porto Nacional – TO, CEP: 77500-00 pelo telefone: (63) 3363 – 9674, ou ainda pessoalmente de segunda a sexta-feira no período das 12 às 18 horas, e-mail: cep@itpacporto.com.br.

Eu, _____, portador do CPF _____, nascido (a) em ____/____/_____, residente no endereço _____, na cidade de Porto Nacional, Estado do Tocantins, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico () _____, fui informado (a) dos objetivos do estudo MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS COMO PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Tendo o termo de consentimento do meu responsável já sido assinado, declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma via deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

Porto Nacional/Tocantins, _____ de _____ de _____.

Nome do responsável pelo menor

Nome do menor

Assinatura das pesquisadoras

APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (T.C.D.U.)



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A



Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64



www.itpacporto.edu.br

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCDU)

Eu, Denise Ramos Costa, docente do Curso de Medicina, pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada “MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS COMO PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA”, sob a responsabilidade das acadêmicas pesquisadoras: Anne Karulline Ramos dos Santos e Camyla Costa Bringel, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no CAPS – Porto Nacional, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados fornecidos, bem como a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados coletados se referem ao projeto “MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS COMO PREDITOR DE MAL PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA”, no período de janeiro de 2018 a fevereiro de 2020.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa. Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas à apreciação do CEP da FAPAC/ ITPAC Porto.

Porto Nacional, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE F – TERMO DE ANUÊNCIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

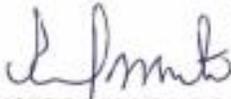


Porto Nacional - TO, 25 de Maio 2020.

CARTA ACEITE

Declaramos para os devidos fins, que aceitamos que as acadêmicas, Camyla Costa Bringel, CPF 035.473.741-46, e Anne Karulline Ramos dos Santos, CPF 706.045.301-61, envolvidas no Projeto de Pesquisa: **MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS COMO PREDITOR DE MAU PROGNÓSTICO PARA O CURSO DA DOENÇA**, sob a responsabilidade da professora orientadora **Ms. DENISE RAMOS COSTA**, realizem a pesquisa no **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)**, por meio de acesso aos prontuários dos usuários com Esquizofrenia no período de janeiro de 2018 a fevereiro de 2020. Vale ressaltar que a referida pesquisa se dá também através de questionários aos profissionais, familiares e usuários. Declaramos que as mesmas deverão manter a confidencialidade dos dados como preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e suas complementares.

Atenciosamente,


 Anna Crystina Mota Brito Bezerra
 Secretária Municipal de Saúde
 Decreto. 06/2017
ANNA CRYSTINA MOTA BRITO BEZERRA
 Secretária Municipal de Saúde

Av. Presidente Kennedy, nº 1055, Centro, CEP: 77.500-000 Porto Nacional Tocantins.

Fone (63) 3363-7888



Scanned with
Mobile Scanner

APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO USUÁRIOS

QUESTIONÁRIO USUÁRIOS

1) Gênero:

() Feminino () Masculino

2) Qual é sua idade?

a) () até 19 anos

b) () 20 a 29 anos

c) () 30 a 39 anos

d) () 40 a 49 anos

e) () 50 a 59 anos

f) () Maior que 60 anos

3) Você estudou até que série?

a) Analfabeto

b) Primeiro grau () completo () incompleto

c) Segundo grau completo () completo () incompleto

d) Superior () completo () incompleto; Qual? _____

e) Pós-graduação () completo () incompleto; Qual? _____

4) Como você avalia o seu próprio tratamento?

a) () Muito ruim ou péssimo

b) () Ruim

c) () Bom

d) () Muito bom

e) () Excelente

5) Você conhece seu diagnóstico (doença)?

Sim (), qual? _____

Não ()

6) Quais são as atividades que você participa no CAPS?

7) Sobre a medicação, qual a sua principal dificuldade?

- () Efeitos colaterais
- () Horários de tomada do medicamento
- () Não entendo o esquema de medicações
- () Não acredito na eficácia
- () Tenho dificuldade no acesso a medicação
- () Tempo de tratamento prolongado
- () Benefício diário não percebido

8) Sobre o Centro de Atenção Psicossocial, qual a sua principal dificuldade?

- () Tenho dificuldade na locomoção até o CAPS
- () As atividades não contribuem para a melhora da doença
- () Relação negativa com algum profissional do CAPS
- () Tempo de espera para ser atendido
- () Profissionais contrários ao tratamento
- () Falta de clareza nas orientações

9) Sobre a doença, qual a sua principal dificuldade?

- () Medo de re-hospitalização
- () Estigma ou dúvidas com relação a doença
- () Obstáculos financeiros
- () Abuso de substâncias
- () Isolamento social
- () Medo de perder os direitos (emprego, vida social, preconceito social)
- () Outros problemas psicológicos
- () Outras doenças associadas

10) Em relação a minha família/amigos, minha maior dificuldade é?

- () O abandono da minha família
- () Minha família é contrária ao tratamento
- () Minha família não participa das atividades propostas pelo CAPS
- () Preconceito dos familiares e amigos

- () Minha relação familiar mudou após o diagnóstico
- () Minha família não contribui no meu tratamento diário
- () Minha família não compreende a minha doença

APÊNDICE H – AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO – TESTE DE MORISKY E GREEN

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO – TESTE DE MORISKY E GREEN

1) Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio?

() Sim () Não

2) Você às vezes é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?

() Sim () Não

3) Quando você se sente bem, algumas vezes, você deixa de tomar seu remédio?

() Sim () Não

4) Quando você sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?

() Sim () Não

5) Você sabe os benefícios a longo prazo de tomar seus remédios conforme dito pelo seu médico?

() Sim () Não

6) Às vezes você esquece de repor seus remédios prescrito sem tempo?

() Sim () Não

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS DO CAPS

QUESTIONÁRIO PROFISISONAIS DO CAPS

Ocupação/cargo: _____

1) Você acredita que os pacientes com esquizofrenia aderem corretamente ao tratamento?

() Sim () Não, por quê?

2) Você acredita que os profissionais do CAPS promovem meios e orientações voltadas para a adesão ao tratamento?

() Sim () Não, por quê?

3) Você acredita que o tratamento psicossocial é o adequado para esse grupo?

() Sim () Não, por quê?

4) Os pacientes com esquizofrenia faltam muito ao tratamento?

() Sim () Não

5) Os familiares são participativos nas atividades propostas pelos profissionais do CAPS?

() Sim () Não, por quê?

6) Como você avalia a assistência ao paciente com esquizofrenia?

() Boa () Regular () Ruim

7) Você acha que o paciente esquizofrênico do CAPS de Porto Nacional tem alta taxa de reincidiva ou piora do quadro?

() Sim. Se sim, por qual motivo? _____

() Não

8) Você acha que existe alguma dificuldade no atendimento voltada para a relação profissional-paciente?

() Sim, qual? _____

() Não