UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**CONHECIMENTO DO FAMILIAR DA PESSOA EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO SOBRE A TERAPÊUTICA
MEDICAMENTOSA**

ANA FLORA FOGAÇA GOBBO

RIBEIRÃO PRETO

2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**CONHECIMENTO DO FAMILIAR DA PESSOA EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO SOBRE A TERAPÊUTICA
MEDICAMENTOSA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação, Nível
Mestrado, Área de Enfermagem Psiquiátrica
e Ciências Humanas da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto –
Universidade de São Paulo para a obtenção
do Título de Mestre.

Ana Flora Fogaça Gobbo

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

RIBEIRÃO PRETO

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Gobbo, Ana Flora Fogaça

Conhecimento do familiar da pessoa em sofrimento psíquico sobre a terapêutica medicamentosa.

Ribeirão Preto, 2004.

72 p.; 30 cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza.

1. medicamentos 2. sofrimento psíquico 3. família

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Flora Fogaça Gobbo

Conhecimento do familiar da pessoa em sofrimento psíquico sobre a terapêutica medicamentosa

A dissertação ora apresentada pertence à linha de pesquisa “Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas” do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr.^a Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assinatura_____

Prof^a. Dr.^a Sueli A. F. Galera

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assinatura_____

Prof. Dr. José Onildo Betioli Contel

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assinatura_____

DEDICATÓRIA

Dedico

A meus pais, Moacyr e Gertrudes (*in memoriam*), pelo exemplo de vida que alicerçaram meus valores e me ensinaram a persistir e vencer os obstáculos.

A meus irmãos, que distantes ou próximos me ajudaram a trilhar o caminho, comprometida com os valores de nossos pais.

Ao meu esposo João, que contribuiu para a realização desta obra, muitas vezes renunciando à companhia e ao convívio, incentivando, compreendendo e sendo paciente durante esse período de trabalho.

E, de modo especial, a nossa filha Ana Paula, que todos os dias ilumina o meu caminho com seu entusiasmo pela vida.

AGRADECIMENTOS

Nas diferentes etapas da realização deste trabalho determinadas pessoas e instituições se tornaram valiosas para mim, mesmo correndo o risco de esquecer algumas, quero agradecer especialmente:

A Prof^ª. Dr.^a Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza, a responsável pelo meu despertar para a enfermagem psiquiátrica. Obrigada por me conduzir neste trabalho com dedicação, carinho e respeito.

A Prof^ª Dr^a Sueli A. F. Galera e a Prof^ª Dr^a Márcia M. F. Zago, pelas valiosas contribuições na ocasião do Exame de Qualificação

Ao Prof. Dr. Moacyr Lobo da Costa Junior, pela colaboração durante a realização dessa pesquisa.

Ao dedicado amigo Paulo Celso Prado Telles Filho, pela contribuição com sua experiência em pesquisa.

A Adriana Inocente Miasso, amiga de horas difíceis, sempre disponível para auxiliar-me nesta jornada.

A Ana Maria S. Durão, pelo incentivo e pelo exemplo de respeito à pessoa em sofrimento psíquico.

A Prof^ª Cybele Maria Martins, pela sua contribuição na correção gramatical desta pesquisa.

A Prefeitura do Município de Descalvado, que contribuiu sobremaneira para a realização deste trabalho.

A equipe do Programa de Saúde da Família - Jardim Albertina, pela contribuição durante a coleta de dados.

A Universidade Camilo Castelo Branco, por possibilitar meu crescimento profissional e pessoal.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Aos familiares participantes desse estudo, sem os quais o mesmo não seria possível.

A dedicada Marielza Gobbo Ruy, pelo carinho e atenção dispensados a minha filha, durante a execução desta pesquisa.

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho, e que não tiveram seus nomes citados, meu muito obrigada!

RESUMO

GOBBO, A. F. F. **Conhecimento do familiar da pessoa em sofrimento psíquico sobre a terapêutica medicamentosa.** Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Com a Reforma Psiquiátrica, que propõe a redução da hospitalização e aumento dos serviços na comunidade, a família tornou-se elemento importante na assistência do paciente, passando a assumir inúmeras responsabilidades entre as quais a administração e controle dos medicamentos do doente mental. É de grande importância que o familiar da pessoa em sofrimento psíquico possua informações básicas para a correta administração dos medicamentos. A proposta deste estudo foi verificar o conhecimento do familiar da pessoa em sofrimento psíquico sobre a terapêutica medicamentosa. Tratou-se de estudo quantitativo descritivo exploratório, realizado no Programa de Saúde da Família - Jardim Albertina de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Os sujeitos do estudo foram os familiares dos usuários que pertencem ao referido programa, contando, portanto, com um quantitativo de 61 entrevistas, as quais foram realizadas a partir de um instrumento de coleta de dados previamente elaborado. Ressaltou-se que as mesmas foram obtidas após aprovação do Comitê de Ética e da autorização, por escrito, dos participantes do estudo. Dentre os resultados destacou-se, no que concerne à indicação do medicamento, que somente 36,1% da amostra apresentou conhecimento correto. Quanto à dosagem, teve-se 72,1% apresentando respostas incorretas. Teve-se ainda 26,2% de respostas inadequadas acerca do horário da medicação. Quanto aos efeitos colaterais, 75,4% apresentaram respostas incorretas. Notou-se, assim, um diminuto conhecimento por parte do familiar da pessoa em sofrimento psíquico acerca da terapêutica. É necessária a elaboração de novos estudos com o objetivo de proporcionar a tais familiares um nível de conhecimento que proporcione uma administração de medicamentos e um acompanhamento desse indivíduo com maior responsabilidade e segurança.

Palavras-chave: 1. medicamentos 2. sofrimento psíquico 3. família

ABSTRACT

GOBBO, A. F. F. **Knowledge of family members of persons enduring psychic suffering in relation to the medication therapy.** Master's Dissertation, Ribeirão Preto College of nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

With Psychiatric Improvement, which proposes a reduction in hospital confinement and an increase in services towards community, the family became a major element to the patient's follow-up, having to undertake several responsibilities among which, the administration and control of the patient's medication. It's of major importance that the family members of persons, who endure psychic suffering, need basic information for the correct administration of their medication. In this case, the family often undertakes the responsibility and needs some knowledge in order to follow the medication treatment. This study aims to verify the knowledge of family members of persons experiencing psychic suffering, concerning the medication therapy that these persons are subject to. A descriptive and exploratory quantitative study was carried out at the Family Health Program - Jardim Albertina, in a city in the country of São Paulo State, Brasil. Study subjects were family members of users who take part in this program. Thus, our quantitative base consisted of 61 interviews, which were carried out on the basis of a previously elaborated data collection instrument. It is highlighted that these interviews were obtained after the approval by the Ethics Committee and the written authorization from the study participants. Results disclosed that only 36.1% of the sample demonstrated correct knowledge in relation to the indications of the medication. 72.1% of incorrect answers were obtained about dosage, while 26.2% of inadequate answers were obtained about the time of medication intake. As to side effects, 75.4% gave incorrect answers. Therefore, we observed little knowledge among the family members of persons enduring psychic suffering, concerning medication treatment that these persons are subject to. Further research is required to provide these family members with a level of knowledge, which results in safer and more responsible medication administration and follow-up.

Keywords: 1. medication 2. psychic suffering 3. family

RESUMEN

GOBBO, A. F. F. Conocimiento del familiar de la persona con sufrimiento psíquico sobre la terapéutica medicamentosa. Disertación (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Univerdidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Con la reforma psiquiátrica que propone la reducción de la hospitalización y el aumento de los servicios de la comunidad, la familia tornose um elemento importante em la asistencia del enfermo, pasando a atribuir excesivas responsabilidades entre las cuales la administración y el controle de los medicamentos del enfermo mental. Es de grande importancia que el familiar de la persona con sufrimiento psíquico posea informaciones básicas con vistas a la administración correcta de los medicamentos. En este caso, la familia muchas veces asume esta responsabilidad, necesitando de conocimiento para proseguir el tratamiento medicamentoso. La finalidad de este estudio fue verificar el conocimiento del familiar de la persona con sufrimiento psíquico sobre la terapéutica medicamentosa a la cual la misma está sometida. Este es un estudio cuantitativo descriptivo y exploratorio, realizado en el Programa de Salud de la Familia - Jardim Albertina de una ciudad en el interior del Estado de São Paulo, Brasil. Los sujetos del estudio fueron los familiares de los usuarios que hacen parte del referido programa. Por lo tanto, consideramos un cuantitativo de 61 entrevistas, que fueron realizados a partir de un instrumento de recolección de datos previamente elaborado. Señalamos que las mismas fueron obtenidas tras la aprobación del Comité de Ética y tras la autorización, por escrito, de los participantes del estudio. Los resultados demostraron que, con respecto a la indicación del medicamento, solamente 36,1% de la muestra presentó conocimiento correcto. 72,1% mostraron respuestas incorrectas a cerca la dosificación. 26,2% respondieron de manera inadecuada sobre el horario de medicación. Con respecto a los efectos colaterales, 75,4% presentaron respuestas incorrectas. Por consiguiente, observamos poco conocimiento entre los familiares de la persona con sufrimiento psíquico a cerca de la terapéutica medicamentosa a la cual la misma está sometida. Es necesario elaborar nuevos estudios con objeto de ofrecer a estos familiares un nivel de conocimiento que resulte en una administración de medicamentos y un acompañamiento de ese individuo con mayor responsabilidad y seguridad.

Términos-clave: 1. medicamentos 2. sufrimiento psíquico 3. familia

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição dos familiares de acordo com o conhecimento da dosagem dos medicamentos e tempo de cuidado prestado. Descalvado, 2004.	35
Tabela 2	Distribuição dos familiares de acordo com o conhecimento dos efeitos colaterais dos medicamentos e tempo de cuidado prestado. Descalvado, 2004.	36
Tabela 3	Distribuição dos familiares de acordo com o conhecimento da existência de medicamento genérico correspondente àqueles em uso e grau de instrução. Descalvado, 2004.	39
Tabela 4	Distribuição dos familiares de acordo com adequação das respostas sobre local de armazenamento dos medicamentos e tempo de cuidado. Descalvado, 2004.	41
Tabela 5	Distribuição dos familiares de acordo com o conhecimento do horário dos medicamentos e tempo de cuidado prestado. Descalvado, 2004.	42
Tabela 6	Distribuição dos familiares de acordo com o conhecimento da indicação dos medicamentos e tempo de cuidado prestado. Descalvado, 2004.	43
Tabela 7	Distribuição dos familiares de acordo com a adequação das respostas sobre o comportamento do usuário frente a não utilização dos medicamentos e tempo de cuidado prestado. Descalvado, 2004.	44
Tabela 8	Distribuição dos familiares de acordo com o recebimento de orientação e erro do medicamento administrado. Descalvado, 2004.	46
Tabela 9	Distribuição dos familiares de acordo com erro do medicamento administrado e identificação através da cor. Descalvado, 2004.	47
Tabela 10	Distribuição dos familiares de acordo com o grau de instrução e formas utilizadas para identificação do medicamento. Descalvado, 2004.	49

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1- INTRODUÇÃO.....	02
2- REVISÃO DA LITERATURA.....	08
3- OBJETIVOS.....	22
4- METODOLOGIA.....	24
5- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
6- CONCLUSÕES.....	51
7- SUGESTÕES.....	55
8- ANEXOS.....	58
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

1. INTRODUÇÃO

Durante o Curso de Graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de estagiar na enfermagem de psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Neste período, conheci o trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar que atuava naquele local. A partir de então, passei a olhar para a Área de Psiquiatria com mais interesse. Isto ficou gravado em minha memória.

Após minha formatura, fui convidada para trabalhar como bolsista do Programa de Aperfeiçoamento em Enfermagem Pediátrica, bolsa esta subsidiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq). Em 1998, prestei concurso no HCFMRP-USP, sendo contratada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal, desta instituição. Durante dois anos e seis meses prestando assistência na UTI Neonatal, comecei a trabalhar com as famílias dos neonatos. Participava dos grupos de apoio à família e incentivava a visita de avós e irmãos como parte do Programa de Humanização da UTI. Essa atividade me satisfazia, mas ainda pensava em trabalhar com pacientes psiquiátricos e seus familiares.

Em dezembro de 2000, solicitei transferência para Unidade de Psiquiatria do Hospital, o que não foi possível de imediato. Em fevereiro de 2001, surgiu uma vaga e, então, iniciei o trabalho naquele setor.

No desenvolver das atividades cotidianas preocupava-me com o papel do enfermeiro na assistência à família e observei que uma das ações do enfermeiro em seu trabalho era a orientação relativa ao uso das medicações e aos retornos por ocasião da alta hospitalar.

Além das orientações aos pacientes e família era realizada, semanalmente, reunião multidisciplinar com os familiares. Essas reuniões ocorriam às quartas-feiras das 14h às 15:30h e eram coordenadas pela Assistente Social da equipe. Participavam ainda profissionais da enfermagem, médicos contratados, médicos residentes em Psiquiatria, psicólogos, aprimorandos em Psicologia, terapeutas ocupacionais e aprimorandos em Terapia Ocupacional. O objetivo era discutir as questões que surgissem no grupo, as quais estavam angustiado os familiares em relação ao paciente e ao seu tratamento. As preocupações eram comuns em quase todas as reuniões das quais participei e referiam-se às medicações que os pacientes usavam.

Assim, enquanto profissional integrante da equipe acima citada, deparava-me constantemente com algumas inquietações sobre as orientações realizadas aos familiares dos indivíduos em sofrimento psíquico relativas às medicações prescritas.

Também algumas indagações, estavam presentes em minha mente:

Como esses familiares percebiam a doença mental? O que sabiam sobre as medicações que o paciente fazia uso e o que fariam no caso de surgirem sintomas após a alta hospitalar? Elas continuariam a ser administrada após a alta?

Essas inquietações sobre os indivíduos em sofrimento mental e seus familiares, impulsionaram-me a apresentar ao Programa de Pós-Graduação - Nível Mestrado, Área Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP-USP), um projeto envolvendo pacientes psiquiátricos, familiares e assistência de enfermagem.

No ano de 2002 iniciei o Curso de Pós-Graduação - Nível Mestrado e, logo a seguir, recebi uma proposta para ser Coordenadora Pedagógica do Curso de Enfermagem da Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO), localizada na cidade de Descalvado-SP.

Assumindo a Coordenação Pedagógica desse Curso, foi necessário entrar em contato com a Secretaria Municipal de Saúde e propor algumas parcerias para prestação de serviços à comunidade com a inserção dos alunos nos programas já existentes e outros que estão sendo elaborados em conjunto como parte do ensino clínico. Isso ocorreu nos bairros Morada do Sol e Jardim Albertina, onde se desenvolvem os Programas de Saúde da Família (PSFs) do Município, proporcionando-me a oportunidade de conhecer o Ambulatório de Saúde Mental que funciona no Centro de Saúde e assim participar das reuniões da equipe e do grupo de triagem, que aconteciam semanalmente.

Diante da relação com a equipe e posteriormente com os usuários e os seus familiares, surgiram outras inquietações. Será que os familiares desses usuários encontram dificuldades em relação à terapêutica medicamentosa? Quais as dificuldades encontradas por eles? Procuram ajuda quando essas surgem? Quem procuram para esclarecer suas dúvidas?

Segundo Colvero (2002), os familiares que possuem entre seus membros uma pessoa em sofrimento psíquico revelam, no cotidiano, uma falta de preparo para agir diante dos sintomas característicos dos transtornos mentais, principalmente dos comportamentos de auto e hetero-agressividade, delírios, alucinações, embotamento afetivo, falta de iniciativa, dentre outros.

Ainda de acordo com a mesma autora, existe uma expectativa de ajuda daqueles que comparecem aos serviços buscando resolver o quadro apresentado pelo doente, muitas vezes, mostrando-se ao familiar como ameaçador, instável, não confiável e incompreensível.

No que se refere mais especificamente sobre a terapêutica medicamentosa, penso que, com os resultados obtidos neste estudo, terei subsídios para apresentar propostas de intervenções que poderão contribuir para a maximização do conhecimento dos familiares sobre a terapêutica em questão.

A orientação sobre os medicamentos que os pacientes utilizam são realizadas pelos enfermeiros, sendo esta, uma das suas principais atribuições, entretanto, falhas no sistema de medicação influenciam o trabalho da equipe e podem determinar que erros sejam cometidos (Grou *et al.*, 2003).

A esse respeito Miasso & Cassiani (2003), assinalam que a experiência prática revela que, muitas vezes, uma das razões para a readmissão dos pacientes está relacionada com as medicações.

Apesar da formação acadêmica do enfermeiro, do serviço de distribuição e de controle da farmácia em instituições hospitalares, os erros na administração de medicamentos ainda ocorrem por parte dele.

De acordo com os mesmos autores, os erros em relação à terapêutica medicamentosa, estão presentes tanto nas instituições de saúde, como no domicílio. Esse fato tem relação com assistência de enfermagem, uma vez que compete ao enfermeiro,

auxiliar o paciente e familiar para o uso correto do medicamento no domicílio, instruindo-os e auxiliando-os tanto quanto necessário.

É de grande importância para o paciente que faz uso da medicação em domicílio possuir informações básicas para a correta administração deste, suprimindo ou minimizando os problemas acima citados. No caso de pacientes em sofrimento psíquico, a família, por vezes adquire papel de auxílio no tocante à tal administração. Entretanto, sabe-se que, por vezes, o próprio paciente responsabiliza-se pela medicação, fato este muitas vezes causador de problemas quando não há uma adequada instrução do mesmo.

Koga (1997) salienta que a Reforma Psiquiátrica contribuiu para a reinserção do paciente ao convívio familiar, o que favorece, também, a discussão sobre a rejeição e as dificuldades que possam surgir neste contexto.

As inquietações descritas acima me levaram a desenvolver o presente estudo que tem como proposta **verificar o conhecimento do familiar da pessoa em sofrimento psíquico¹ sobre a terapêutica medicamentosa e propor estratégias de atendimento que correspondam às necessidades desses familiares.**

Para isso busquei na literatura alguns autores que estudaram sobre o tema, com o intuito de contextualizar o leitor acerca do mesmo e subsidiar as discussões dos resultados encontrados.

¹ Neste estudo foi utilizado o termo “pessoa em sofrimento psíquico” para se referir ao portador de psicopatologia, visto que ... “a psiquiatria tem cada vez mais ampliado seu campo de visão, no qual o Homem é visto dentro de um contexto psicológico, biológico, social, econômico, sexual, etc., todos inter-relacionados e interagindo, não se restringindo apenas à concepção do sofrimento psíquico como doença localizada no corpo, mas à “existência-sofrimento”. Dessa forma, as definições de “normal e patológico” em saúde mental tornam-se imprecisas, pois não há um limite claro que demarque as mudanças de um para o outro”...(Jorge *et al.*, 2003.p.73).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A família da pessoa em sofrimento psíquico e a terapêutica medicamentosa

A família é normalmente o primeiro grupo social ao qual pertencemos e entre as instituições sociais existentes é aquela com a qual estreitamos mais o nosso relacionamento. Grande parte dos acontecimentos importantes de nossa vida como, por exemplo, nascimento, casamento e morte são vivenciados no grupo familiar. Pelas suas funções, a família é considerada de suma importância, não se tratando apenas de um grupo biológico, pois é regida por normas, costumes e leis que regulam sua formação, sua sobrevivência e sua dissolução (Della Torre, 1989).

Geralmente a família é a cuidadora e fonte de apoio às pessoas, arcando com a responsabilidade de continuar controlando e cuidando da saúde de seus membros, independente de faixa etária e tipos de patologias dos mesmos. Cada vez mais tem assumido parte da responsabilidade e, nesta perspectiva, necessita do apoio dos profissionais quanto à atenção à saúde, seja hospitalar ou domiciliar (Andrade *et al.*, 1997).

Desde a Antigüidade, o Homem vem tentando curar doenças ou aliviar incômodos pela ingestão ou aplicação externa de alguma substância. Muitos produtos tanto do reino vegetal, mineral, como do animal, em algum momento, já foram utilizados sendo atribuído-lhes alguma propriedade medicinal ou curativa. De certa forma, o Homem moderno ainda concorda com seus antepassados quando acredita que para cada sintoma desagradável há um remédio específico (Silva, 1998).

Segundo o autor acima, o ser humano, desde os primórdios da civilização, sempre lutou pelo seu bem estar, às vezes utilizando recursos da natureza ou outras práticas para consegui-lo. A partir da era bacteriológica e da revolução industrial, passou a intervir no corpo biológico, estabelecendo, assim, uma época áurea para a medicação. Porém, na atualidade, isto se tem caracterizado como um problema de saúde pública, face ao uso indevido de medicações e consumismo exagerado, levando a reações adversas e a efeitos colaterais.

Reportando-nos uma vez mais às questões que envolvem a família, uma vez que o bem estar da pessoa em sofrimento psíquico está relacionado com a presença da família e à adesão ao tratamento, tem-se que, para Bandeira *et al.* (1993), a reinserção social do indivíduo com transtorno mental na comunidade só acontecerá se houver investimento em serviços substitutivos que apoiem, suportem e ajudem o doente e sua família, no que tange à medicação e ao suporte oferecido para a mesma.

Também Osinaga (1999) afirma que ter um familiar com um quadro psicótico é uma experiência ímpar que, muitas vezes, em situações de crise pode envolver vizinhos, serviço médico de emergência e bombeiros.

A esse respeito Koga (1997) sugere que a desestruturação familiar no caso de um surto psicótico, poderia ser amenizada caso houvesse um programa de apoio aos familiares para aliviar este sofrimento.

Como esses problemas, outros igualmente importantes existem, tais como a falta de adesão do paciente à terapêutica medicamentosa prescrita, podendo retardar a sua recuperação e até mesmo levá-lo à morte. São fatores que aumentam a falta de adesão à terapêutica medicamentosa: regimes complexos, necessidade de mudança de

comportamento, demora na melhora clínica, terapia dolorosa e destacando os problemas psicológicos e sintomas neurológicos (Williams, 1991).

Segundo Miasso (2003), a utilização de um grande número de medicamentos pelo paciente e esquemas de múltiplas doses, além de aumentar a probabilidade de erros na administração dos mesmos, propicia o surgimento de interações medicamentosas, bem como reações adversas, interferindo na adesão à terapêutica.

Lefèvre (1991) relata que a medicação tem um simbolismo para a sociedade; desta maneira, pode ser vista como um símbolo e ou signo para se obter saúde, como no caso das pílulas, ampolas dentre outras.

No quesito obtenção de saúde, há de se ressaltar a importância do Movimento da Reforma Psiquiátrica, favorecendo o retorno do paciente ao convívio com a família, sendo de grande importância o auxílio para dar seguimento ao tratamento medicamentoso que até então era de responsabilidade da instituição hospitalar.

A Reforma Psiquiátrica é um processo histórico, de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias a reflexão, questionamento e formulação de propostas visando à transformação do modelo clássico da psiquiatria que está voltado para o hospitalocentrismo. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que se destacou no final da década de setenta, fundamentada na crítica ao sistema nacional de saúde mental e às instituições psiquiátricas clássicas (Amarante, 1995).

Segundo Oliveira (2001), no Brasil a Reforma Psiquiátrica é baseada nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, tomando por base dimensão desinstitucionalizante destes movimentos.

Passo, a seguir, a apontar algumas considerações relevantes para estudiosos sobre o tema em questão.

Tudo indica que a família sempre tenha existido, pois é um grupo universal encontrado em todas as sociedades. Alguns sociólogos e antropólogos têm várias explicações a respeito da origem da família e da sua evolução (Della Torre, 1989).

É preciso remontar à Idade Média, para entender a forma de organização do núcleo familiar e suas experiências ao longo do tempo.

Na família da era Medieval, não havia meios para a formação de algo parecido com “privacidade” em suas habitações. Os agrupamentos se davam entre as pessoas da mesma família, serviçais e agregados. As casas eram enormes, podendo ser rurais ou urbanas, cujos amigos, clientes, religiosos e visitantes tinham livre acesso. Nesses casarões, no mesmo ambiente onde as pessoas se alimentavam, também dormiam, namoravam, dançavam, trabalhavam e recebiam visitas. Não existiam nessas habitações, distinções entre vida profissional, privada e social (Melman 2001).

Nos dias atuais, a família atribui um valor à privacidade; além disso, procura não misturar relações de trabalho com as pessoais.

Ainda segundo Melman (2001), a família como a vemos hoje, cujo centro está estruturado no afeto e na inter - relação entre seus membros na intimidade de seus lares é uma situação relativamente nova na história do homem ocidental.

Concordo com o autor acima citado quando afirma que as diversas exigências da sociedade moderna tornam cada vez mais difícil a missão de educar os filhos, de forma que os mesmos possam se inserir numa comunidade estando aptos ao mercado de trabalho.

A educação dos filhos está constantemente permeada por inseguranças e incertezas em relação ao modelo a ser seguido e são mais acentuadas quando um membro da família é acometido por um sofrimento psíquico.

Quando alguém da família passa por este sofrimento, a mesma sofre um choque. Para a maioria das famílias, a doença mental traduz um rompimento na existência humana. Este acometimento sugere a ruptura na forma de lidar com as experiências do dia-a-dia, dúvidas e conflitos na tentativa de explicar os motivos do aparecimento da doença. As pessoas estão despreparadas para enfrentar uma situação como essa e não sabem como agir nesse momento (Melman, 2001).

Neste sentido, Galera (2002) e Telles Filho (2002) afirmam que a permanência dos pacientes em seu meio familiar, quando assistido por profissionais da área da saúde, melhoram significativamente a qualidade de vida dessas pessoas e que a família em outras épocas já foi vista como a causadora da internação psiquiátrica, sendo hoje, incluída no tratamento e nos cuidados. A busca por uma internação é interpretada como a maneira de se lidar com a situação.

Portanto, a família é o primeiro grupo cujo indivíduo participa e onde, a partir da convivência com seus membros, lhe são passados costumes e valores que atuarão como alicerce para que ele possa posteriormente ter um convívio social.

De acordo com Alonso (2000), esta atua como unidade primária na saúde e na doença; portanto, ela está envolvida na promoção diária das manifestações de comportamentos saudáveis, na detecção da doença quando algum de seus membros assim se apresenta e na provisão de cuidados de que ele necessita.

Quando um membro da mesma é acometido por uma doença mental, todo o

sistema familiar fica comprometido, modificando o modelo de comportamento padronizado pelos valores e pela própria família.

Ainda, segundo Galera (2002), há necessidade de articulação entre os serviços de saúde para aumentar a rede de suporte aos usuários e seus familiares.

A família vem sendo resgatada para colaborar no diagnóstico, tratamento e manutenção do paciente na comunidade. Enquanto profissional envolvida com a saúde mental, percebo que a mesma pode contribuir no sentido de agilizar os resultados pretendidos com o tratamento.

Por conseguinte, o papel desta é fundamental no ajustamento social do portador de doença mental. Desta forma, necessita de apoio de profissionais da saúde para enfrentar as dificuldades que possam surgir, de maneira que a mesma crie atitudes saudáveis.

Os familiares que têm entre seus membros uma pessoa em sofrimento psíquico mostram-se, na maioria das vezes, ansiosos e impotentes diante das dificuldades, necessitando, de apoio para dar continuidade ao tratamento. Penso que os profissionais de saúde necessitam de preparo para acolhê-los neste momento.

Koga (1997) refere-se à necessidade de a enfermagem participar e implementar programas de orientação aos familiares, abordando aspectos sobre a sintomatologia e o tratamento das doenças, favorecendo momentos de troca entre estes e os serviços possibilitando a aprendizagem mútua.

Segundo Azevedo (2002), o sistema de saúde, em geral, está mais voltado para os procedimentos técnicos e suas rotinas. Para mudar essas rotinas, visando à escuta e ao acolhimento dos usuários, é necessário preparo, tempo e equipe disponíveis. Embora

o tecnicismo seja necessário, é preciso lembrar que a escuta e o acolhimento são importantes, especialmente por estarem os usuários debilitados, confusos e ansiosos na situação de atendimento.

A autora acima citada considera importante para a enfermagem conhecer os meios para um bom relacionamento entre os usuários e a equipe.

A orientação de enfermagem deve ser uma forma de acolhimento para os usuários e acompanhantes (sejam estes familiares ou não), preparando-os para se adaptarem e se adequarem a cada momento do tratamento.

Zago & Casagrande (1997) destacam que, para educar o paciente, é preciso verificar o que o mesmo necessita saber, o que é capaz de aprender e qual o conhecimento já adquirido. O enfermeiro e o usuário devem ter uma relação de ajuda para poder avaliar o processo de ensino-aprendizagem. Quando ocorre uma mudança de comportamento do paciente e ou do familiar, estamos diante de um fator importante para que haja continuidade da assistência no domicílio.

Segundo Miasso & Cassiani (2003), devido ao fato de o paciente retornar ao domicílio precocemente, muitas vezes por falta de recursos da instituição e de espaço físico, não há tempo suficiente para se desenvolverem ações educativas sobre terapia medicamentosa pelos enfermeiros, pondo em dúvida a correta conduta na administração dos medicamentos em domicílio.

Todavia, fica claro que a alta precoce é um ganho significativo nos diversos aspectos em termos de economia, desocupação mais breve do leito, e o mais importante, a reinserção do paciente ao seio familiar, possibilitando uma recuperação mais rápida devido ao contato com os seus.

2.2 Os Grupos de Medicamentos Psicotrópicos e suas principais características.

Segundo Townsend (2002), na primeira metade do século XX, ocorreu o advento das terapias somáticas em psiquiatria. Entre as alternativas de tratamento encontravam-se choque insulínico, lençóis molhados, banhos gelados, eletroconvulsoterapia e psicocirurgia. A partir da década de 50, iniciou-se o desenvolvimento da psicofarmacologia inclusive o uso generalizado de medicamentos antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos. As etiologias de muitos dos distúrbios psiquiátricos foram conhecidas devido às pesquisas desenvolvidas sobre a ação desses psicofármacos.

Conforme Gelder *et al.* (2002), os medicamentos psicotrópicos são identificados como os que proporcionam efeitos principalmente nos sintomas mentais. Sua eficácia depende de a droga alcançar o cérebro em quantidade adequada, mecanismo este diretamente envolvido com a absorção, metabolismo, excreção e passagem pela barreira hemato-encefálica.

Existem seis grupos de medicamentos psicotrópicos, os quais foram utilizados no instrumento de coleta de dados do presente estudo, e que são citados pelos autores como: – os ansiolíticos, – os hipnóticos, – os antipsicóticos, – os antidepressores, – os estabilizadores do humor e – os psicoestimulantes. Muitos desses medicamentos apresentam ações secundárias usadas para outras finalidades como, por exemplo, os antidepressores que são, por vezes, usados para o tratamento da ansiedade.

Descrevemos a seguir tais grupos segundo Gelder *et al.* (2002):

Os **ansiolíticos** pertencem à classe dos benzodiazepínicos e azapironas, sendo que estes têm efeito calmante, diminuindo a ansiedade. Em doses maiores podem

provocar sonolência e por isso são também denominados sedativos. O seu uso está mais indicado para casos de ansiedade grave, por períodos curtos de tempo, evitando assim a tolerância e a dependência, exceto a buspirona, que, embora não cause dependência e tolerância, tem efeito lento e menos intenso que os benzodiazepínicos. No caso de ansiedade crônica, são utilizados antidepressores e antipsicóticos que também têm ação ansiolítica e não causam dependência.

Os **hipnóticos** alteram a estrutura do sono. Sua estrutura apresenta movimentos rápidos de olhos (REM) os quais são suprimidos enquanto a droga está sendo tomada e são retomados quando ela for interrompida.

Os benzodiazepínicos são drogas hipnóticas mais freqüentemente utilizadas: uma droga de curta duração, como o temazepam é adequada para os casos de insônia inicial e menos provável de causar efeitos no dia seguinte do que as substâncias de longa duração como o nitrazepam. O Hidrato de cloral, clormetiazol edisilato e o zipoclon são usados como alternativas para os benzodiazepínicos (os *barbitúricos*, embora sejam hipnóticos eficazes, são perigosos em overdoses, causando depressão respiratória, e devem ser evitados).

Os pacientes devem ser alertados de que o álcool potencializa os efeitos das drogas hipnóticas, às vezes causando depressão respiratória perigosa. Esse efeito é particularmente provável de acontecer com o clormetiazol e os barbitúricos, que não devem ser prescritos para pessoas tomando quantidades excessivas de álcool, a não ser sob supervisão cuidadosa no manejo da retirada.

As drogas hipnóticas são prescritas com muita frequência e por longo tempo sendo que alguns pacientes iniciam extensos períodos de dependência em hipnóticos pela prescrição de sedação noturna nos hospitais.

Os **antipsicóticos** reduzem a agitação psicomotora, as alucinações e os delírios que ocorrem na esquizofrenia, mania e psicoses orgânicas.

As drogas antipsicóticas são bem absorvidas e parcialmente metabolizadas no fígado em numerosos metabólitos, alguns dos quais possuem propriedades antipsicóticas próprias.

Existem dois grupos de antipsicóticos: os típicos e os atípicos. A maioria dos antipsicóticos pertence ao grupo dos típicos, embora, sejam os atípicos os de menor probabilidade de causar efeitos colaterais como, por exemplo, distúrbios do movimento, entre outros. Esse grupo de drogas inclui a clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina e sertindol.

Os efeitos colaterais mais comuns dos antipsicóticos são:

Distonia aguda - ocorre logo após o início do tratamento. As características clínicas são: torcicolo, protusão da língua, espasmo dos músculos dos olhos e opistótono. A distonia aguda pode ser controlada por uma droga, cujo agente ativo é o biperideno, administrada cuidadosamente por injeção intramuscular.

Acatisia - inquietação física e constante necessidade de movimento. Começa geralmente nas primeiras duas semanas de tratamento, podendo prolongar-se por muitos meses.

Efeitos parkinsonianos - são os mais frequentes dos efeitos colaterais extrapiramidais: acinesia, face sem expressão, falta de movimentos associados no andar, postura

inclinada, rigidez muscular, tremores grosseiros, marcha característica (nos casos graves). A síndrome freqüentemente leva algumas semanas para aparecer.

Discinesia tardia - é assim chamada por ser uma complicação tardia do tratamento antipsicótico: movimentos de mastigar e chupar e acatisia.

As drogas antipsicóticas podem causar depressão, mas como esse sintoma é parte do quadro clínico da esquizofrenia crônica, não há certeza se as drogas antipsicóticas têm efeito independente.

Podem ainda causar hipotensão postural, congestão nasal, inibição da ejaculação, boca seca, redução da sudorese, retenção urinária, constipação, visão borrada, precipitação de glaucoma, arritmia cardíaca, ganho de peso, amenorréia, galactorréia, hipotermia, acúmulo de pigmento na pele e síndrome neuroléptica maligna (flutuação do nível de consciência, hipertermia e rigidez muscular).

As **drogas antidepressivas** têm efeitos terapêuticos na doença depressiva, mas não elevam o humor em pessoas saudáveis (diferentemente dos efeitos dos estimulantes como a anfetamina).

Os antidepressores têm uma meia-vida longa e a maioria pode ser administrada uma vez ao dia. Estes devem ser suprimidos lentamente, devido ao fato de que uma interrupção repentina pode levar à inquietação, insônia, ansiedade e náusea. A ação antidepressora aparece geralmente de 10 a 14 dias após o início do tratamento. A razão para esta demora não é conhecida. Para evitar recaída, as drogas devem ser continuadas por muitos meses após os sintomas terem sido controlados. Seis meses é o período mais comum.

Seus efeitos colaterais mais comuns são: boca seca, constipação, visão prejudicada, dificuldade urinária, confusão (especialmente nos idosos), sonolência, hipotensão postural e disfunção sexual, taquicardia, e arritmia cardíaca, convulsões, ganho de peso, náusea, flatulência, insônia, dentre outros.

As **drogas estabilizadoras do humor** são eficazes na prevenção de recorrência de transtorno afetivo bipolar, as principais são: lítio, carbamazepina, e valproato de sódio. O lítio também é usado para tratar a mania aguda e, em casos especiais, para aumentar os efeitos dos antidepressores.

O *lítio* é absorvido e excretado pelos rins onde, como o sódio, é filtrado e parcialmente reabsorvido. Citamos que as concentrações de lítio sobem, algumas vezes a níveis perigosos, como no caso de desidratação (quando os túbulos proximais absorvem mais água, mais lítio é reabsorvido); depleção de sódio (o lítio é transportado pelo mecanismo que transporta o sódio, e mais lítio é transportado quando há menos sódio).

Os médicos clínicos gerais são freqüentemente solicitados a supervisionar um tratamento continuado com o lítio, iniciado por especialistas, e os médicos de hospitais tratam esses pacientes de outras doenças. Pelo fato das doses terapêuticas e tóxicas serem muito próximas, é essencial se dosar as concentrações plasmáticas regularmente durante o tratamento.

Apresenta os seguintes efeitos colaterais: diurese, tremor, boca seca, gosto metálico, fraqueza, poliúria, polidipsia, hipotireoidismo, prejuízo da memória, alterações eletrocardiográficas e efeitos a longo prazo nos rins.

A *carbamazepina* foi introduzida como um anticonvulsivante. Mais tarde, descobriu-se que ela poderia prevenir a recorrência de transtorno afetivo. É eficaz em alguns pacientes não-responsivos ao lítio e para alguns transtornos maníaco-depressivos com recaídas rápidas. Efeitos colaterais: sonolência, vertigem, náusea, visão dupla e erupção de pele. A carbamazepina pode acelerar o metabolismo de algumas outras drogas e dos hormônios da pílula anticoncepcional, reduzindo sua eficácia sendo aconselhável, portanto, considerar uma outra forma de contracepção.

Valproato de sódio: também foi introduzido como um anticonvulsivante. Mais tarde, descobriu-se que ele controlava a mania aguda. A evidência é menos forte na prevenção dos transtornos bipolares, mas é indicado, às vezes, para pacientes que não respondem ou não podem tolerar o lítio, ou o lítio com a carbamazepina. Efeitos colaterais: sedação, cansaço, tremor e distúrbios gastrintestinais.

Os **psicoestimulantes** elevam o humor, mas não são utilizados com esta finalidade, porque podem causar dependência. Seu uso principal em psiquiatria é o tratamento das síndromes de hiperatividade em crianças.

Atualmente, sabe-se do grau de importância que a utilização das drogas possui no controle da terapêutica psiquiátrica.

Ao verificar o conhecimento em relação à terapêutica medicamentosa do familiar que tem entre seus membros uma pessoa em sofrimento psíquico, caminha-se para propor estratégias de atendimento que correspondam às necessidades surgidas neste estudo.

3. OBJETIVOS

- O presente estudo teve como objetivo verificar o conhecimento do familiar da pessoa em sofrimento psíquico sobre a terapêutica medicamentosa;
- propor estratégias de atendimento que correspondam às necessidades desses familiares.

A seguir passo a descrever como foi desenvolvido o presente estudo.

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo é de natureza quantitativa do tipo descritivo exploratório, que busca verificar o que o familiar da pessoa em sofrimento psíquico conhece sobre a terapêutica medicamentosa a que está submetida.

Estudo descritivo e exploratório é definido por Polit & Hungler (1995) como um estudo, cujo propósito é observar, descrever e explorar aspectos de uma situação ou a maneira como ela ocorre naturalmente.

4.2 Descrição geral do município e do sistema de saúde local.

Descalvado, município escolhido para este estudo, está situado geograficamente a Noroeste do Estado de São Paulo, distando 242 Km da capital. Tem como municípios limítrofes: ao Norte, Luís Antônio; a Noroeste, Santa Rita do Passa Quatro; a Leste, Porto Ferreira; ao Sul, Analândia; Sudeste, Pirassununga e a Oeste, São Carlos.

Em seus primórdios, Descalvado começou como uma pequena vila, tendo sua fundação no ano de 1832, por ordem de José Ferreira da Silva e Tomé Ferreira.

O Município era predominantemente agrícola até a metade do século XIX, tendo o café como sua principal atividade. A partir de 1890, apareceram alguns pontos comerciais e industriais, cujo objetivo era atender à população, que deixava de ser uma mão-de-obra escrava para ser substituída principalmente por imigrantes italianos (Pratta, 2002).

Nos dias atuais, Descalvado passa a ter como principal fonte de renda a avicultura, a extração mineral e a agricultura, sendo ainda conhecida como grande produtora de leite tipo

B. Sendo um Município com uma extensão territorial de setecentos e noventa e quatro quilômetros quadrados, com poucas indústrias, elevou-se assim o número de trabalhadores autônomos tais como, mecânicos, pedreiros, comerciantes, entre outros (Pratta, 2002).

Segundo fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1998, o município tem vinte e oito mil, novecentos e vinte e um habitantes.

Quanto ao atendimento à saúde, o Município participa da gestão plena de atenção básica, conforme adesão da Norma Operacional Básica (NOB/96), cuja organização é a seguinte: Ministério da Saúde, Secretaria do Estado da Saúde, Coordenação Regional de Saúde, Direção Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

Para melhor entendimento do local do estudo, faz-se necessário mostrar a composição do Sistema Municipal de Saúde, que se encontra dividida da seguinte forma:

Divisão de prevenção e assistência médica: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Unidades de Programas de Saúde da Família, Programa Agente Comunitário da Saúde, Pronto Socorro Municipal, Centro de Saúde, Fisioterapia e Controle de Vetores.

Divisão de prevenção e assistência odontológica: programas de atenções curativa e preventiva, Centro Odontológico Municipal, unidades descentralizadas (escolas), programas de saúde da família (saúde bucal).

São de responsabilidade do Município um Centro de Saúde municipalizado; duas Unidades de Programa de Saúde da Família, uma localizada no bairro Morada do Sol, outra no bairro Jardim Albertina; um Centro Odontológico Central; consultórios em todas as escolas municipais de ensino fundamental (EMEF); Centro Comunitário “Alberto Sundfeld”; uma Unidade de Fisioterapia anexada ao prédio da Associação de Pais e

Amigos dos Excepcionais (APAE) do Município; um Pronto Socorro Municipal instalado no prédio da Santa Casa; duas Unidades móveis de saúde, sendo de assistência médica e odontológica. Estas unidades móveis seguem um cronograma de atendimento aos bairros que não possuem Unidade de saúde, além de serem utilizadas em campanhas de imunização (Bianchi, 2001). Além disso, compõem o serviço de atendimento à saúde, um Hospital com trinta e seis leitos, atendendo a população particular, Sistema Único de Saúde (SUS) e convênios. Anexo a este Hospital, existe uma ala de dezesseis leitos que atende a população particular e convênios.

Em relação aos recursos materiais e tecnológicos, a Secretaria Municipal de Saúde conta com computadores com acesso a internet e sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde, linhas telefônicas, fax, veículos: administrativos, para o serviço de controle de vetores, para o lixo infectante, para o transporte de pacientes, ambulâncias simples e com equipamentos de Unidade de Terapia Intensiva.

Inserido no Sistema de Saúde do Município, pode-se contar com atendimento de vários programas de atenção primária, entre eles o Programa de Saúde Mental (PROSAME), que desenvolve as suas atividades no Centro de Saúde.

O PROSAME tem como objetivos ações médicas assistenciais ao usuário, promoção da saúde mental e resgate da saúde do indivíduo através da reabilitação psicossocial. Ele está constituído por uma equipe multidisciplinar, formada por um médico psiquiatra, duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social.

Este programa desenvolve algumas ações de saúde, dentre elas: grupo de triagem, com a finalidade de levantar a hipótese diagnóstica e posteriormente encaminhar para a

especialidade de referência; consultas psicológicas com condutas psicoterapêuticas que compreendem terapias de apoio, psicoterapias breves, técnicas de ludoterapia e técnicas projetivas gráficas; consultas psiquiátricas realizadas no próprio Município; visitas domiciliares realizadas por enfermeiros e por agentes comunitários de saúde nos PSFs.

4.3 Local do estudo

De acordo com Oliveira (2001), os avanços obtidos na legislação do setor que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) não refletem a realidade do país, pois seus pressupostos básicos são a universalização, a integralidade, a descentralização, a equidade e participação popular, embora predomine um modelo assistencial com práticas centradas no atendimento terciário, que tem a hospitalização como início e fim do tratamento aos indivíduos que dele necessitam. Diante dessa situação, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF), cuja finalidade é reorientar o modelo tradicional adotado.

Segundo a mesma autora, a estratégia do PSF tem como premissa básica a vigilância à saúde e enfoque de risco como método de orientação dos trabalhos e tem como objetivo a otimização dos recursos à disposição, adequando-os à realidade da população. A atenção primária à saúde está baseada na família, destacando assim a necessidade do enfermeiro e a equipe de saúde perceberem as diversas causas da doença sejam elas físicas, mentais e/ou sociais, tanto na esfera individual quanto coletiva, para que, assim, seja possível uma elevada resolutividade com os recursos disponíveis.

O Programa de Saúde da Família – Jardim Albertina iniciou suas atividades no ano 2000, está localizado no bairro Jardim Albertina e funciona onde anteriormente era um ambulatório municipal. Este está dividido em seis micro-áreas que contêm 993 famílias cadastradas.

O Programa oferece atendimento das 7h às 17h contando com uma equipe composta por seis agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar odontológico, um clínico geral, um dentista, um enfermeiro e um obstetra. Além dos profissionais lotados na unidade, conta com outros que prestam serviços com horários agendados como, por exemplo, psicóloga, terapeuta ocupacional e serviço social.

Semanalmente em dias e horários programados, acontecem reuniões com pacientes e membros da equipe. Existem, portanto, grupos de diabéticos e hipertensos, jovem mãe, saúde da criança e gestantes.

4.4 Sujeitos da pesquisa

Dos usuários cadastrados no serviço de Saúde Mental do Município de Descalvado, serão sujeitos deste estudo familiares daqueles que pertencem ao Programa de Saúde da Família do bairro Jardim Albertina, que têm entre os seus membros, usuários de medicamentos psicotrópicos e fazem acompanhamento com o médico psiquiatra.

Após um levantamento feito pelos agentes comunitários de saúde em fichas do próprio programa, constatou-se que das 993 famílias cadastradas, temos 143 que têm entre seus membros, usuários de medicamentos psicotrópicos que fazem acompanhamento com

psiquiatra e outras especialidades. Destas 143 famílias, constatamos que 70 são as que têm entre seus membros usuários de psicotrópicos com cadastro no PSF - Jardim Albertina.

Foram excluídos da pesquisa aqueles cuidadores que não eram parentes do usuário², os cuidadores de usuários que não estavam tendo acompanhamento medicamentoso com o médico psiquiatra, bem como aqueles que se recusaram em participar da pesquisa.

Portanto, o entrevistado foi o cuidador, ou seja, a pessoa que cuidava e administrava a medicação no domicílio, desde que estivesse residindo no mesmo endereço do usuário.

Após consentimento verbal em participar da pesquisa, era solicitado que o familiar assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A).

4.5 Instrumento de coleta de dados

Para coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista estruturada que, de acordo com Lo Biondo-Wood (2001), é um método de coleta de dados em que o investigador faz questionamentos verbais ao sujeito da pesquisa. Visando assegurar que as questões fossem formuladas a todos os familiares de forma padronizada, foi elaborado, com auxílio de um estatístico, um instrumento (Anexo B). Este contém dados de identificação do usuário dos medicamentos (idade, sexo, estado civil, grau de instrução e tempo de tratamento) e do familiar cuidador (idade, sexo, estado civil, grau de instrução e grau de parentesco e tempo de cuidado).

² Neste estudo consideramos parentes dos usuários: pai, mãe, irmãos, filhos, sobrinhos, tios, avós, primos de primeiros e segundo grau, nora e genro, padrasto, madrasta, enteados, esposo (a), conforme Bruns, 1999.

No que se refere à terapêutica medicamentosa prescrita para o usuário, os familiares foram questionados sobre o nome dos medicamentos, efeitos colaterais, indicação, existência de medicamentos genéricos correspondentes aos prescritos, local de armazenamento, dosagem, horário e ocorrências diante da não utilização dos mesmos. Foram ainda questionados sobre o recebimento de orientações a respeito dos medicamentos prescritos para o usuário, sobre ocorrências de erros envolvendo o nome e o horário do medicamento, bem como sobre a forma utilizada para identificar o medicamento no momento de sua administração.

4.6 Procedimentos para coleta e análise dos dados

A coleta de dados procedeu-se após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (Anexo C).

Inicialmente, após consenso entre a Secretaria de Saúde e a pesquisadora, foram convidados para uma reunião os familiares dos 143 usuários de medicações psicotrópicas inseridos no programa. Essa reunião teve como finalidade apresentar a pesquisadora e o projeto de pesquisa, explicitar os objetivos e a importância do estudo, solicitar a colaboração dos familiares para o desenvolvimento do mesmo e esclarecer a não obrigatoriedade de participação.

Em seguida, em posse das fichas dos usuários em uso de psicotrópicos inseridos no Programa de Saúde da Família e com auxílio dos agentes comunitários de saúde foram

avaliadas e excluídas aquelas fichas referentes a pacientes que não realizam acompanhamento com psiquiatra.

Identificados os usuários que receberiam visita para realização da entrevista com seu familiar, foi realizado agrupamento dos mesmos de acordo com a micro-área a qual pertenciam, utilizando-se, assim, como critério para seqüência das visitas a proximidade de localização física das residências.

Depois de estabelecido o roteiro de visitas, iniciei as mesmas, sempre acompanhada por uma agente comunitária de saúde que, antes da entrevista, estabelecia um contato com o familiar e, após a mesma, realizava procedimentos referentes a sua função.

As entrevistas foram realizadas após esclarecimento do objetivo do estudo aos familiares e assinatura pelos mesmos, do termo de consentimento pós-esclarecido. As entrevistas tinham duração média de trinta minutos. As respostas foram registradas no instrumento pela entrevistadora durante a coleta de dados.

Vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas apenas em dias úteis, no período da manhã. Caso não houvesse pessoas na casa, era realizada mais uma visita ao mesmo domicílio. Das setenta visitas programadas, destaca-se que em seis domicílios, embora houvessem sido realizadas duas visitas, nenhum morador foi encontrado por ocasião das mesmas e, em dois casos, houve mudança de domicílio. Um familiar recusou participar do estudo.

Durante o desenvolvimento do estudo surgiram algumas dificuldades, como, por exemplo, ausência de pessoas no domicílio, presença apenas do usuário no domicílio, solicitação de familiares para que a visita fosse realizada em outro momento, dificuldade de

acesso a alguns domicílios decorrente da distância dos mesmos e visitas em áreas consideradas de risco no que se refere à criminalidade. Apesar das referidas dificuldades, foram entrevistados 61 cuidadores de usuários.

4.7 Organização dos dados para análise

Após aplicação do instrumento, os dados foram digitados em uma base de dados, no programa EPIINFO, versão 6.0.

Os dados foram submetidos a tratamento estatístico de padrão descritivo e apresentados em frequência e percentagem e, posteriormente, analisados e discutidos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise foram utilizadas operações estatísticas simples em frequência e porcentagens e cruzamento de variáveis além da fundamentação teórica adquirida na literatura sobre o tema do estudo.

Anteriormente à apresentação das tabelas, procedeu-se aos comentários acerca da caracterização dos familiares e dos usuários pertencentes à amostra tais como se seguem.

Em relação à distribuição dos familiares de acordo com a faixa etária e sexo obteve-se dos 18 aos 39 anos, seis indivíduos masculinos e 19 femininos. Dos 40 aos 59 anos, observou-se oito indivíduos do sexo masculino e 13 do feminino. Na faixa etária de 60 anos ou mais, apresentaram-se quatro indivíduos do sexo masculino e 11 do feminino.

Quanto ao tempo entre o início do tratamento e o do cuidado prestado pelo familiar, verificou-se que 91,8% cuidam do paciente desde o primeiro momento da doença.

O grau de parentesco dos familiares cuidadores em sua maioria são esposo (a), seguido por filho (a) e pai/mãe.

No que concerne ao grau de instrução, identificou-se que nove (14,8%) familiares eram analfabetos, 34 (55,7%) freqüentaram o ensino fundamental, 16 (26,2%) freqüentaram o ensino médio e apenas dois (3,3%) chegaram a freqüentar o ensino superior.

Com relação ao estado civil, verificou-se que 12 (19,7%) eram solteiros; 42 (68,9%) casados; três (4,9%) separados e quatro (6,6%) eram viúvos.

No que diz respeito à distribuição dos usuários no tocante à idade e sexo, obteve-se na faixa etária dos 18 aos 39 anos três (4,9%) usuários masculinos e 16 (26,2%) femininos. Na faixa etária dos 40 aos 59 anos, obteve-se oito (13,1%) masculinos e 21 (34,4%)

indivíduos do sexo feminino e, finalmente, na faixa etária de 60 anos ou mais, cinco (8,2%) indivíduos masculinos e oito (13,1%) femininos.

Apresentaremos, a seguir, a distribuição dos familiares de acordo com o conhecimento da dosagem dos medicamentos e tempo de cuidado prestado.

É necessário ressaltar que a categorização de respostas objetivou separá-las em grupos: conhece, conhece parcialmente e não conhece. Ressalta-se ainda que em relação aos dados numéricos, utilizou-se o de menor grau.

Tabela 1 – Distribuição dos familiares de acordo com o conhecimento da dosagem dos medicamentos e tempo de cuidado prestado. Descalvado, 2004.

DOSAGEM	TEMPO DE CUIDADO			TOTAL
	0 H 2	3 H 9	10+	
NÃO CONHECE	12 (19,7%)	23 (37,7%)	9 (14,7%)	44 (72,1%)
CONHECE	5 (8,3%)	8 (13,1%)	4 (6,5%)	17 (27,9%)
TOTAL	17 (27,9%)	31 (50,8%)	13 (21,3%)	61 (100%)

Através desta tabela, pode-se perceber que 72,1% dos familiares não conhecem a dosagem do medicamento utilizado pelo seu parente; destes ressaltar-se que 52,2% possuem de 3 a 9 anos de cuidados prestados. Posteriormente, neste estudo vamos observar que 39,3% dos cuidadores possuem ensino fundamental. Ressalta-se que um indivíduo que possui ensino superior refere não conhecer a dosagem do medicamento. Do total de 44 indivíduos que citam não ter conhecimento da dosagem da medicação 70,4% não receberam orientação sobre o medicamento utilizado e 29,5% receberam.

Considera-se indispensável o conhecimento a respeito da dosagem dos medicamentos em uso tendo-se em vista as graves conseqüências que uma dose excessiva de medicamento pode acarretar. A administração de doses inferior às prescritas pode, ainda, não produzir o efeito terapêutico desejado.

Miasso (2002) obteve como resultado de um estudo realizado com pacientes internados em um hospital que 54,5% dos mesmos não tiveram nenhum conhecimento da dose do medicamento, o que vem a reafirmar o desconhecimento tanto de usuários quanto dos familiares sobre a medicação em uso.

A tabela 2 apresenta a distribuição dos familiares segundo o conhecimento dos efeitos colaterais dos medicamentos e tempo de cuidado prestado.

Tabela 2 - Distribuição dos familiares de acordo com o conhecimento dos efeitos colaterais dos medicamentos e tempo de cuidado prestado. Descalvado, 2004.

EFEITOS COLATERAIS	TEMPO DE CUIDADO			TOTAL
	0 H 2	3 H 9	10 +	
NÃO CONHECE	11 (18%)	26 (42,6%)	9 (14,8%)	46 (75,4%)
CONHECE PARCIALMENTE	2 (3,3%)	4 (6,5%)	2 (3,3%)	8 (13,1%)
CONHECE	4 (6,5%)	1 (1,6%)	2 (3,3%)	7 (11,4%)
TOTAL	17 (27,9%)	31 (50,8%)	13 (21,3%)	61 (100%)

Com relação ao conhecimento dos efeitos colaterais, destaca-se que 75,4% dos indivíduos não os conhecem, sendo que, destes, 56,2% possuem tempo de cuidado de 3 a 9 anos e 19,2% cuidam do usuário de 10 anos a mais.

Com relação ao pouco conhecimento sobre o sofrimento psíquico, Moreno (2000), cita que informações técnicas bem trabalhadas merecem extremo destaque no processo facilitador de convivência familiar. Estendemos tal informação, relacionando-a ao conhecimento de familiares sobre medicamentos, foco do presente estudo.

Tem-se também que os familiares não conhecem os efeitos colaterais que os medicamentos provocam, entretanto, sabem que seus parentes usuários sentem esses efeitos, podendo atribuí-los a outros motivos.

A carência de informações apresentadas pelos cuidadores sobre os efeitos colaterais pode estar associada à valoração secundária que tanto os prescritores, quanto os usuários dos medicamentos, dão a esse tipo de informação. Sabe-se, ainda, que, muitas vezes, o prescritor omite os possíveis efeitos colaterais, temendo a não adesão ao tratamento, devido às informações negativas a respeito do mesmo, ou ainda que o paciente venha a sentir o efeito adverso informado por auto-sugestão (Silva *et al.*, 2000).

As reações adversas, incluindo efeitos colaterais, podem ser consideradas como um dos principais fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento medicamentoso. Muitas vezes, entretanto, essas reações são transitórias. Assim, acredita-se que uma orientação adequada tanto do paciente como do familiar a esse respeito e sobre a atitude a ser tomada na presença dessas reações, a não adesão ao tratamento poderia ser minimizada (Williams, 1991).

É preocupante o desconhecimento a respeito dos possíveis efeitos colaterais decorrentes dos medicamentos que utilizam, pois o reconhecimento precoce desses pode prevenir eventuais complicações decorrentes dos mesmos.

Não são os medicamentos propriamente ditos que determinam tais práticas, muitos são reconhecidos como eficientes, minimizando o sofrimento e curando as doenças; contudo, por serem tão poderosos em efeitos, podem também quando mal empregados gerarem reações adversas (Silva, 1998).

Sabe-se que a utilização de um grande número de medicamentos pelos pacientes e esquemas de múltiplas doses, além de aumentar a probabilidade de erros na administração dos mesmos, propicia o surgimento de interações medicamentosas, o que pode interferir na adesão à terapêutica utilizada (Miasso, 2002).

A mesma autora detectou em seu estudo que 90,9% dos pacientes entrevistados, após a alta hospitalar, não conheciam as reações desagradáveis que o medicamento pode provocar.

A tabela a seguir mostra a distribuição dos familiares segundo o conhecimento da existência de medicamento genérico correspondente àqueles em uso e grau de instrução.

Tabela 3- Distribuição dos familiares de acordo com o conhecimento da existência de medicamento genérico correspondente àqueles em uso e grau de instrução. Descalvado, 2004.

GENÉRICO	GRAU DE INSTRUÇÃO				TOTAL
	Analfabeto	Fundamental	Médio	Superior	
NÃO CONHECE	8 (13,1%)	25 (41%)	9 (14,7%)	2 (3,3%)	44 (72,1%)
CONHECE	0	1 (1,6%)	2 (3,3%)	0	3 (4,9%)
PARCIALMENTE					
CONHECE	1 (1,6%)	8 (13,1%)	5 (8,2%)	0	14 (22,9%)
TOTAL	9 (14,7%)	34 (55,7%)	16 (26,2%)	2 (3,2%)	61 (100%)

A tabela mostra que 72,1% dos entrevistados não conhecem a existência de medicamentos genéricos. Destes, 56,8% possuem ensino fundamental; 20,4% possuem ensino médio; 18,2% são analfabetos e 4,6% frequentaram o ensino superior.

Do total dos 44 indivíduos que não conhecem a existência de medicamentos genéricos correspondentes àqueles em uso, 53,2% têm de três a nove anos como cuidadores, 34% receberam orientações e 66% não as receberam, conforme dados obtidos durante as entrevistas realizadas.

Dentre os nomes que os medicamentos podem apresentar, destacam-se o nome genérico e o comercial. Segundo o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, medicamento genérico é aquele que contém o mesmo fármaco, na mesma dose, forma farmacêutica, via de administração e apresenta bioequivalência com o medicamento de

referência eleito pelo Ministério da Saúde. Castro (2000) define nome comercial do fármaco como “aquele legalmente registrado com o nome do medicamento nos órgãos oficiais de cada país”. Tal nome é elaborado e registrado pela empresa que desenvolve o medicamento.

Sabe-se que o conhecimento do nome genérico do medicamento proporciona ao usuário facilidade de identificação do mesmo e significativa redução de gastos. Tem-se, ainda, que a diversidade de nomes atribuídos a um mesmo medicamento pode ocasionar enganos, no domicílio, no momento de sua administração. Isso ocorre, por exemplo, quando o mesmo medicamento é dispensado com nomes diferentes (genérico e/ou comercial) após retornos ambulatoriais consecutivos. Desse modo, pode ocorrer que o usuário tome duas vezes a mesma medicação se lhe tiver sido fornecido um produto de nome comercial após uma consulta e um produto genérico após outra, por exemplo, Acido Valpróico e Depakene (Miasso, 2002).

Tal afirmação é corroborada por Carvalho (2000), que, ao investigar falha no conhecimento de profissionais de enfermagem a respeito da administração de medicamentos e suas propriedades farmacológicas, detectou conhecimento deficiente sobre o nome comercial e efeito farmacológico do medicamento, suas indicações, cálculo incorreto do fluxo de infusão intravascular e falta de preparo teórico para subsidiar a implementação segura da terapia medicamentosa.

Durante as entrevistas, observou-se que os pacientes utilizavam, em algum momento, o medicamento genérico e, no entanto, os familiares referiram desconhecê-los.

A tabela abaixo apresenta a distribuição dos familiares segundo a adequação das respostas sobre local de armazenamento dos medicamentos e tempo de cuidado.

Tabela 4 – Distribuição dos familiares de acordo com adequação das respostas sobre local de armazenamento dos medicamentos e tempo de cuidado. Descalvado, 2004.

LOCAL DE ARMAZENAMENTO	TEMPO DE CUIDADO			TOTAL
	0 H 2	3 H 9	10+	
INADEQUADA	5 (8,3%)	3 (4,9%)	3 (4,9%)	11 (18,1%)
PARCIALMENTE ADEQUADA	6 (9,8%)	14 (22,9%)	6 (9,8%)	26 (42,6%)
ADEQUADA	6 (9,8%)	14 (22,9%)	4 (6,5%)	24 (39,3%)
TOTAL	17 (27,9%)	31 (50,8%)	13 (21,3%)	61 (100%)

Dos indivíduos entrevistados, 42,6% apresentaram resposta parcialmente adequada em relação ao local de armazenamento dos medicamentos, sendo que destes 53,8% têm tempo de cuidado entre três a nove anos. Ainda em relação aos 42,6% dos familiares, 57,6% não receberam orientação e 42,4% receberam orientação acerca dos medicamentos.

Um dos familiares entrevistados quando questionado sobre onde guardava o medicamento, respondeu que não tinha local certo para guardar, que, às vezes, era a própria paciente que guardava e depois não lembrava onde estava o mesmo, ficando vários dias sem tomar o medicamento até que o cuidador conseguisse achá-lo e assim recomeçava o tratamento.

Outro familiar referiu que guardava o medicamento em cima do botijão de gás, pois era o único local onde ele tinha certeza que olhava várias vezes ao dia e assim não esqueceria o horário de dar o medicamento ao paciente.

A tabela 5 mostra a distribuição dos familiares segundo o conhecimento do horário dos medicamentos e tempo de cuidado prestado.

Tabela 5 - Distribuição dos familiares de acordo com o conhecimento do horário dos medicamentos e tempo de cuidado prestado. Descalvado, 2004.

HORÁRIO	TEMPO DE CUIDADO			TOTAL
	0 H 2	3 H 9	10+	
NÃO CONHECE	3 (4,9%)	10 (16,4%)	4 (6,5%)	17 (27,9%)
CONHECE PARCIALMENTE	1 (1,6%)	2 (3,3%)	1 (1,6%)	4 (6,5%)
CONHECE	13 (21,3%)	19 (31,3%)	8 (13,1%)	40 (65,5%)
TOTAL	17 (27,9%)	31 (50,8%)	13 (21,3%)	61 (100%)

Do total dos 61 familiares entrevistados, verificou-se que 65,5% conhecem o horário da administração dos medicamentos.

Na tabela 5 pode-se observar ainda que 27,8% dos sujeitos não conhecem o horário do medicamento e que 58,8% dos não conhecedores possuem tempo de cuidado de 3 a 9 anos. Do total dos 17 acima citados, 64,7% possuem ensino fundamental e 35,3% possuem ensino médio. Chamou-nos a atenção o fato de 41,1% do total dos familiares entrevistados serem analfabetos, mas conhecerem o horário. Não receberam orientações 70,5% dos não conhecedores do horário e 29,5% as receberam.

No domicílio, Miasso (2002) detectou em seu estudo que 15,2% dos usuários não tinham conhecimento do horário de administração do medicamento e 39,3% tinham um

bom conhecimento. Tal autora afirma que este fato torna-se preocupante uma vez que a carência de conhecimento sobre os horários de administração dos medicamentos pode ocasionar, especialmente naqueles usuários que utilizam várias doses diárias, tanto omissões de doses como extradoses devido à confusão de horários. Esta afirmação vem reforçar a necessidade de orientação adequada tanto do usuário quanto do familiar a respeito do horário de administração dos medicamentos.

A seguir, apresentamos a distribuição dos familiares segundo o conhecimento da indicação dos medicamentos e tempo de cuidado prestado.

Tabela 6 - Distribuição dos familiares de acordo com o conhecimento da indicação dos medicamentos e tempo de cuidado prestado. Descalvado, 2004.

INDICAÇÃO	TEMPO DE CUIDADO			TOTAL
	0 H 2	3 H 9	10 +	
NÃO CONHECE	10 (16,4%)	13 (21,3%)	8 (13,1%)	31 (50,8%)
CONHECE PARCIALMENTE	2 (3,3%)	7 (11,4%)	4 (6,5%)	13 (21,3%)
CONHECE	5 (8,3%)	11 (18,1%)	1 (1,6%)	17 (27,9%)
TOTAL	17 (27,9%)	31 (50,8%)	13 (21,3%)	61 (100%)

Salienta-se que 50,8% dos sujeitos desta pesquisa não conhecem a indicação dos medicamentos e, destes, 41,9% possuem tempo de cuidado de 3 a 9 anos. Ressalta-se que dos 31 familiares, 71% não receberam orientações sobre os medicamentos e 29% apenas referem tê-las recebido.

Nesse contexto, é imprescindível que o enfermeiro utilize seus conhecimentos e habilidades pedagógicas na orientação dos usuários e familiares visando assegurar o uso correto dos medicamentos no domicílio.

A tabela 7 apresenta a distribuição dos familiares de acordo com a adequação das respostas sobre o comportamento do usuário frente a não utilização dos medicamentos e tempo de cuidado prestado.

Tabela 7 - Distribuição dos familiares de acordo com a adequação das respostas sobre o comportamento do usuário frente a não utilização dos medicamentos e tempo de cuidado prestado. Descalvado, 2004.

NÃO UTILIZAÇÃO	TEMPO DE CUIDADO			TOTAL
	0 H 2	3 H 9	10+	
INADEQUADA	2 (3,3%)	6 (9,8%)	1 (1,6%)	9 (14,7%)
PARCIALMENTE ADEQUADA	6 (9,8%)	13 (21,3%)	4 (6,5%)	23 (37,7%)
ADEQUADA	9 (14,7%)	12 (19,7%)	8 (13,1%)	29 (47,5%)
TOTAL	17 (27,9%)	31 (50,8%)	13 (21,3%)	61 (100%)

Na tabela acima verificou-se que 37,7% dos indivíduos apresentam respostas parcialmente adequadas em relação ao comportamento dos usuários frente à não utilização dos medicamentos, sendo que, destes, 56,5% apresentam tempo de cuidado de 3 a 9 anos.

Vários estudos já foram realizados sobre a não adesão ao tratamento medicamentoso pelos doentes mentais. Este é um ponto crucial para os familiares, pois relacionam o uso incorreto da medicação com recaídas da doença. Verifica-se aqui a necessidade da obtenção de informações qualificadas a respeito da medicação. Daí a importância de criar

alternativas que possam levar em consideração tanto a família, como o paciente, para que juntos construam formas interessantes de se lidar com a problemática (Otto, 2001).

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso é um problema que pode resultar em atraso da cura, agravamento da doença ou morte do paciente. Em condições crônicas, a não adesão ao tratamento pode ocasionar deterioração do paciente, aumentando o risco de reinternação.

Durante a entrevista com um dos familiares que apresentou adequação da resposta sobre o comportamento do usuário frente à não utilização dos medicamentos, pôde-se observar que havia alguns medicamentos caídos ao lado da cama da paciente.

Bandeira (1993) confirmou o que a literatura já descrevia com relação ao efeito do medicamento como fator de proteção para o paciente psiquiátrico na sua permanência fora do hospital. Os fatores determinantes do fenômeno de reinternação estão relacionados à falta de adesão ao medicamento, falta de suporte social e abuso de álcool e drogas.

A seguir apresentaremos a distribuição dos familiares de acordo com o recebimento de orientação e erro do medicamento administrado.

Tabela 8 – Distribuição dos familiares de acordo com o recebimento de orientação e erro do medicamento administrado. Descalvado, 2004.

ORIENTAÇÃO	ERRO DO MEDICAMENTO		TOTAL
	Não	Sim	
NÃO RECEBEU	36 (59,0%)	3 (4,9%)	39 (63,9%)
RECEBEU	18 (29,5%)	4 (6,5%)	22 (36,0%)
TOTAL	54 (88,5%)	7 (11,4%)	61 (100%)

Conforme nos mostra a tabela acima, 63,9% dos familiares não receberam orientações, destes, 92,3%, não erraram o medicamento a ser administrado e 7,7% erraram. Obteve-se, também, que, destes, 87,1% não cometeram erros de horário e 12,9% cometeram.

O enfermeiro deve avaliar as habilidades do paciente para se auto-cuidar e o interesse da família em ajudá-lo, visto que o plano de alta tem como finalidade tornar o paciente auto-suficiente para seu cuidado no domicílio ou para ser cuidado pela família (Miasso, 2002).

Na educação do paciente, tanto a informação verbal quanto a escrita são importantes e complementares. A informação verbal é insuficiente devido ao fato de o paciente priorizar informações relativa ao diagnóstico, em detrimento das informações sobre o medicamento. Tem-se, ainda, a possibilidade de o paciente não compreender a informação verbal, esquecê-la ou rejeitá-la. O fornecimento de informações escritas, através de folhetos explicativos, têm sido uma maneira efetiva de apoiar as orientações verbais fornecidas ao paciente a respeito dos medicamentos (Silva *et al.*, 2000).

Acredita-se que a escassez de orientações de enfermagem aos participantes sobre a terapêutica medicamentosa prescrita pode estar relacionada à insuficiência de conhecimento destes profissionais sobre o tema.

Há dificuldades em manter atualizado o conhecimento daqueles que estão diretamente relacionados à administração de medicamentos diante da diversidade e avanço destes e de técnicas de administração (Telles Filho, 2001).

Miasso (2002) refere que ao indagar pacientes sobre se os mesmos haviam sido orientados a respeito das medicações que estavam utilizando na internação, 31,6% referiram que foram orientados e 68,4% informaram que não receberam orientações. Informaram também que alguns foram orientados pelo médico e poucos pelo médico e enfermeiro, evidenciando que, durante a internação, os enfermeiros têm atuado de maneira reduzida na orientação dos pacientes a respeito dos medicamentos que utilizam.

A tabela abaixo mostra a distribuição dos familiares de acordo com erro do medicamento administrado e identificação através da cor.

Tabela 9- Distribuição dos familiares de acordo com erro do medicamento administrado e identificação através da cor. Descalvado, 2004.

ERRO DO MEDICAMENTO	IDENTIFICAÇÃO POR COR		TOTAL
	Sim	Não	
NÃO ERROU	15 (24,6%)	39 (63,9%)	54 (88,5%)
ERROU	4 (6,5%)	3 (4,9%)	7 (11,4%)
TOTAL	19 (31,1%)	42 (68,8%)	61 (100%)

Na tabela 9 observou-se que 11,5% dos cuidadores erraram o medicamento administrado, dentre os quais, 57,1% identificaram-no através da cor e 42,9% não o identificaram.

Silva (2003) em estudo sobre erros de medicação junto aos profissionais de uma instituição hospitalar identificou que a falta de atenção foi considerada a principal causa para erro na administração de medicamentos, sendo citada em 27,6% dos relatos, seguida das falhas individuais com 19,7%. Este aspecto evidencia que se os profissionais, que

possuem formação no que se refere à correta administração de medicamentos, cometem erros decorrentes da falta de atenção e falhas individuais, acredita-se que familiares e usuários estejam mais sujeitos a tais erros uma vez que, como evidenciado nesse estudo, recebem um número reduzido de orientações sobre os medicamentos prescritos.

O uso inadequado de medicamentos e os fatores condicionantes desta prática devem receber a atenção prioritária dos profissionais de saúde no sentido de se caracterizarem as distintas formas em que se manifestam esses usos já que impedem de aproveitar ao máximo os recursos que constam do sistema de saúde (Lopez & Kroeger, 1994).

Reconhece-se que os pacientes devem ter conhecimento de todos os aspectos de seu cuidado, incluindo a terapêutica medicamentosa.

A tabela abaixo mostra a distribuição dos familiares de acordo com o grau de instrução e formas utilizadas para identificação do medicamento.

Tabela 10 – Distribuição dos familiares de acordo com o grau de instrução e formas utilizadas para identificação do medicamento. Descalvado, 2004.

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CUIDADOR	FORMAS DE IDENTIFICAÇÃO					TOTAL
	Cor	Formato	Caixa	Nome	Outra	
ANALFABETO	4 (6,5%)	1 (1,6%)	4 (6,5%)	2 (3,3%)	1 (1,6%)	9 (14,7%)
ENSINO FUNDAMENTAL	11 (18,1%)	7 (11,4%)	6 (9,8%)	23 (37,7%)	3 (4,9%)	34 (55,7%)
ENSINO MÉDIO	2 (3,3%)	1 (1,6%)	3 (4,9%)	14 (22,9%)	-	16 (26,2%)
ENSINO SUPERIOR	2 (3,3%)	1 (1,6%)	-	1 (1,6%)	-	2 (3,3%)
TOTAL	19 (31,1%)	10 (16,4%)	13 (21,3%)	40 (65,5%)	4 (6,5%)	61 (100%)

Dos 34 cuidadores que freqüentaram o ensino fundamental, 91,1% mencionaram como forma de identificação do medicamento apenas itens que constavam no instrumento de coleta de dados (cor, formato, caixa, nome); destes, 32,3% identificaram pela cor e 20,5% pelo formato. É importante ressaltar que dos 34 que freqüentaram o ensino fundamental, 82,3% não identificaram pela caixa e 32,3% não identificaram pelo nome.

Dentre os entrevistados, um não mencionou nenhuma das formas de identificação dos medicamentos que consta na entrevista (cor, formato, caixa, nome, outro modo) dizendo que no momento de pegar o medicamento, não sabia ao certo qual deles deveria utilizar; comentou ainda após a entrevista, que o paciente havia deixado de tomar a medicação antes do retorno ao psiquiatra.

6. CONCLUSÕES

Com o aumento da responsabilidade da família para com o cuidado do usuário, torna-se evidente o importante papel do enfermeiro no que se refere à orientação tanto do usuário quanto do familiar sobre os medicamentos prescritos para utilização no domicílio. Segundo Miasso (2002), para que usuário e familiar reconheçam a necessidade dos medicamentos para a manutenção da saúde e tenham participação ativa no tratamento da doença, é necessário que recebam orientação adequada.

Dentro deste contexto, concordamos com Andrade *et al.*, (1997) quando afirmam que não se deve considerar o usuário como um ser abstrato e isolado, mas que este se encontra inserido em um contexto social e familiar e, dessa maneira, a mesma preocupação dispensada ao usuário deve ser dispensada a sua família, a qual deve ser compreendida como extensão do mesmo.

Assim, este estudo verificou o conhecimento do familiar da pessoa em sofrimento psíquico sobre a terapêutica medicamentosa que a mesma está submetida e, a partir da análise dos dados obtidos, através das entrevistas, concluímos que:

- 72,1% dos familiares não conhecem a dosagem do medicamento utilizado pelo usuário, sendo que a maioria destes possuem de 3 a 9 anos de cuidados prestados.
- 76,4% dos entrevistados não conhecem os efeitos colaterais dos medicamentos em uso, entretanto 56,5% destes cuidam do usuário no mínimo há 3 anos e no máximo há 9 anos.

- 72,1% das pessoas entrevistadas não conhecem a existência de medicamentos genéricos correspondentes ao que faz uso.
- Em relação ao local de armazenamento do medicamento, obteve-se 39,3% dos indivíduos com respostas adequadas.
- No que se refere ao conhecimento do horário de administração dos medicamentos, concluímos que uma parcela significativa dos familiares entrevistados (65,5%) conhece o horário do medicamento em uso.
- 50,8 % dos familiares entrevistados não conhecem a indicação dos medicamentos que seus parentes estão usando.
- No que diz respeito ao comportamento do usuário frente à não utilização do medicamento, concluímos que apenas nove familiares entrevistados não sabem como o paciente se comporta frente a essa situação.

Com a finalidade de reconhecer a importância dos medicamentos para a manutenção da saúde dos usuários, participando assim do seu tratamento, é necessário que estes recebam orientação adequada sobre o tema. Esta deve contemplar a indicação, o modo de utilização, o armazenamento, a dosagem dos medicamentos, bem como as atitudes a serem tomadas frente a efeitos colaterais (Miasso, 2002).

Dessa forma, foi de extrema valia analisar o conhecimento de familiares, uma vez que o fracasso do tratamento pode conduzir à hospitalização, gerando perdas financeiras e sofrimentos, além de afetar usuário, família e comunidade. Uma importante atividade nesse processo pode ser a visita domiciliar, cuja finalidade consiste na observação da evolução

da recuperação do paciente, bem como na identificação de possíveis problemas, possibilitando sua adequada resolução.

7. SUGESTÕES

Diante dos dados encontrados nessa pesquisa sugerimos que:

- A equipe de saúde promova estratégias de ensino que atendam às reais necessidades dos familiares dos usuários, visando uma administração de medicamentos segura no domicílio.
- Os familiares recebam orientações detalhadas sobre o uso dos medicamentos utilizados.
- Os familiares tenham oportunidades de sanar suas dúvidas, dialogando sobre a medicação em uso, de forma individualizada e/ou grupal, favorecendo assim, a troca de experiências entre os mesmos.
- O programa de visitas domiciliares ofereça apoio necessário em relação ao uso correto das medicações, inclusive sobre a indicação e local de armazenamento dos mesmos.
- Instrumentalize-se a equipe através de educação permanente para que a mesma possa oferecer aos familiares orientações pertinentes às medicações utilizadas.
- Sejam propostos e realizados folhetos educativos a fim de maximizar conhecimentos dos cuidadores.

- Sejam planejadas e proferidas palestras educativas, objetivando sanar dúvidas oriundas de cuidadores.
- Sejam somados esforços entre cuidadores, usuários e profissionais da saúde, buscando amplo conhecimento sobre a medicação utilizada, bem como os vários fatores a ela relacionados, ou seja, buscando um processo de medicação mais seguro e baseado nas necessidades atuais.
- Utilize-se da abordagem psicoeducacional, orientando os participantes desse estudo acerca da medicação em uso.

8. ANEXOS

8.1 Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Participação em Pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Participação em Pesquisa

Eu, _____, RG nº _____ consinto pelo presente em participar da pesquisa apresentada abaixo, dentro das condições descritas.

Título do estudo: Conhecimento do familiar da pessoa em sofrimento psíquico sobre a terapêutica medicamentosa a que a mesma está submetida.

Pesquisador: Ana Flora Fogaça Gobbo

Orientador da pesquisa: Dr^a Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

Os familiares que têm entre seus membros pessoas acometidas por sofrimento psíquico, muitas vezes, encontram dificuldades em relação aos medicamentos usados por estas pessoas, não sabem onde procurar apoio e com isso o paciente acaba por interromper o seu tratamento, vindo a ser prejudicado. A intenção desta pesquisa é verificar o conhecimento do familiar sobre a terapêutica medicamentosa, para propor algumas estratégias de apoio a esses familiares.

Para isso estamos pedindo sua colaboração no sentido de responder ao instrumento de coleta de dados em horário a ser marcado, de acordo com as possibilidades do pesquisador, bem como do cuidador.

Esclarecemos que sua participação neste projeto é livre e espontânea. Você está livre para deixar de participar do projeto, no momento em que julgar conveniente, sem prejuízo ao atendimento no Serviço de Saúde Municipal. Haverá sigilo sobre sua participação, será preservado seu anonimato e você não será identificado.

As informações obtidas serão utilizadas na elaboração da dissertação para obtenção

do título de mestre da pesquisadora. Telefone para contato (19) 3583 5696.

Assinatura do participante _____

8.2 Anexo B

Instrumento para coleta de dados

Instrumento para coleta de dados

Número Entrevista Data Entrevista. : ____/____/____ Idade :

Sexo : 1-Masculino 2-Feminino ☐

Estado Civil : 1-Solteiro 2- Casado 3-Separado 4-Viúvo : ☐

Escolaridade: 1-Analfabeto 2- Ensino Fundamental

3-Ensino Médio 4-Ensino Superior ☐

O cuidador é parente : 1-Sim 2-Não ☐

Idade Cuidador: Sexo : 1-Masculino 2-Feminino ☐

Estado Civil: 1-Solteiro 2- Casado 3-Separado 4-Viúvo: ☐

Escolaridade : 1-Analfabeto 2-Ensino Fundamental 3- Ensino Médio 4-Ensino Superior
☐

Grau de parentesco :

1-Pai 2- Filho 3- Irmão 4- Tio 5- Avô

6- Padrasto 7- Enteado 8- Sobrinho 9-Esposo 0- Outros ☐

Tempo que cuida :

Tempo de tratamento:

Medicamentos utilizados atualmente :

Ansiolíticos ☐ Hipnóticos ☐ Antipsicóticos ☐

Antidepressivo ☐ Estabilizadores do Humor ☐ Psicoestimulantes ☐

1. Este remédio provoca efeitos colaterais ? Quais ?

2. Para que serve este medicamento ?

0- não

1- às vezes

2- sim

3. Existe medicamento genérico ?
4. Como você guarda este medicamento ?
5. Qual a dosagem ?
6. Qual o horário ?
7. O que acontece se não tomar ?

Questões de 1 a 7

0- resposta inadequada
1-resposta parcialmente adequada
2-resposta correta

HORÁRIO	DOSAGEM	NOME	1	2	3	4	5	6	7

Recebeu orientação sobre estes medicamentos ?

0- não 1- sim, alguns 2- sim, todos ☐

Já confundiu o medicamento ? ☐ Já deu o medicamento em horário errado ? ☐

0- não 1- às vezes 2- sim

Como identifica o medicamento ?

1- mencionou 2- não mencionou

Cor ☐ Formato ☐ Caixa ☐ Nome ☐ outro modo ☐

qual _____

8.3 Anexo C

Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, S. G. **Falando sobre reinternação psiquiátrica: a voz das pacientes.** 2000. p. 96. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

AMARANTE P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: SDE/IENSP, 1995.

ANDRADE, O.G. et al. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.18, n.2, p.123-132, 1997.

AZEVEDO, M.A.J. **Orientação de Enfermagem: uma forma de contribuir para a construção da saúde.** 2002. p. 118. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BANDEIRA, M. et al. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.43, n.12, p.659-666, 1993.

BIANCHI, C. R. Plano Municipal de Saúde 2001-2004, 75p. (mimeografado), 2001.

BRUNS, G. Recasamento e linguagem. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 16, p. 11-18, 1999.

CARVALHO, V.T. **Erros na administração de medicamentos: análise de relatos dos profissionais de enfermagem**. Ribeirão Preto, 2000. 131 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CASTRO, L. L. C. Fundamentos de farmacoepidemiologia. Ed. AG gráfica e editora Ltda, p. 6-18, 2000.

COLVERO, L. M. **Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado**. 2002. p.111. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

DELLA TORRE, M. B. L. As instituições sociais In: **O homem e a sociedade: uma introdução à sociologia**. São Paulo: Nacional, 1989, p. 183 - 212.

GALERA, S. A. F. **Avaliação construtivista de intervenção de enfermagem junto a famílias que têm um portador de esquizofrenia entre seus membros**. 2002. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GELDER, M. ; MAYOU, R. ; GEDDES, J. *Psiquiatria*, 2ª ed., Guanabara Koogan, 309 p., 2002.

GROU, C. R; CASSIANI, S. H. B; TELLES FILHO, P. C. P; OPITZ, S. P. Conhecimento de auxiliares e técnicos de enfermagem relacionados ao preparo e administração de medicamentos (mimeografado).

JORGE, M. A. S.; ALENCAR, P. S. S.; BELMONTE, P. R.; REIS, V. L. M. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

KOGA M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica:** sobrecarga familiar. 1997 Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LEFÉVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica.** São Paulo: Cortez, 1991.

LOBIONDO-WOOD, G. ; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem:** métodos , avaliação crítica e utilização. Trad. Ivone Evangelista Cabral. 4º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, 330p.

LÓPEZ, R.; KROEGER, A. Intervenciones educativas populares contra el uso inadecuado de medicamentos. Bol. Sanit. Panam., v.116, n.2, 1994.

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

MIASSO, A. I. Terapêutica medicamentosa: orientação e conhecimento do paciente na alta e pós – alta hospitalar. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2002.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B. Erros de medicação: orientação e seguimento pós-alta do paciente como fatores preventivos. In: TELLES FILHO, P.C.P.; GOBBO, A. F. F. **A enfermagem na atualidade**: ensino, pesquisa e extensão. Porto Ferreira: Gráfica São Paulo, cap. 13 p. 157-168, 2003.

MORENO, V. Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico, 2000 (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 173p.

OLIVEIRA, M. A. F.; COLVERO, L. A. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. In: http://ids-saude.uol.com.br/enfermagem/modelo_temal.asp. Disponível em 09/06/2001.

OSINAGA, V. L. M. Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 1999.

OTTO, J. G. **O desafio de assistir a família e a saúde do paciente com transtorno mental.** 2001, dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 95 p.

POLIT, D. F. ; HUNGLER B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Tradução Regina Machado Garcez. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 391 p. 1995.

PRATTA, M. A. **Mestres Santos e Pecadores.** São Carlos: Editora Rima, 199 p. 2002.

SILVA, A. E. B. C. Análise do sistema de medicamentos de um hospital universitário do Estado de Goiás. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, 2003. Ribeirão Preto.

SILVA, M. V. S. **Consumo de medicamentos e hábitos de saúde em amostra populacional de Ribeirão Preto, (SN-1).** 120 p. 1998. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

SILVA, T. *et al.* Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente. *Revista de saúde pública*, v. 34, n. 2, p. 184-189, 2000.

.

TELLES FILHO, P. C. P. **Administração de medicamentos:** necessidades educacionais de enfermeiros e proposição de um curso de atualização. 2001. 140p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TELLES FILHO, P. C. P.; MIASSO A. I.; PETRILLI FILHO, J. F. A equipe multiprofissional e o day care em uma associação de pais e amigos dos excepcionais. **Ciência, cuidado e saúde**. Maringá, v.1, n.2, p. 267-276, 2002.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica:** conceitos de cuidados, 3ª ed. Guanabara Koogan, 835 p., 2002.

WILLIAMS, B. Medication education. **Nursing Times**, London, v. 87, n. 29, p. 50-52, 1991.

ZAGO, M. M. F.; CASAGRANDE, L.D.R. A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.4, p. 69-74, 1997.