



Perfil sociodemográfico, clínico e adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes psiquiátricos ambulatoriais

Sociodemographic and clinical profile and adherence to medication treatment of psychiatric outpatients

Perfil sociodemográfico, clínico y adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios psiquiátricos

Clovis da Silva Melo Junior¹, Marina Bandeira², Mário César Rezende Andrade².

RESUMO

Objetivo: Apresentar as características sociodemográficas, clínicas e de adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes psiquiátricos em acompanhamento ambulatorial e avaliar evidências de confiabilidade da escala MARS. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, com 100 indivíduos, de ambos os sexos, atendidos em dois serviços de saúde mental, CAPS e HD. As características sociodemográficas e clínicas foram investigadas com um questionário e a adesão aos medicamentos utilizando a escala MARS. Os dados foram analisados com auxílio do software IBM SPSS Statistics. **Resultados:** A amostra foi composta por 48% de homens e 52% de mulheres no CAPS e por 56% de homens e 44% de mulheres no HD. A idade média no CAPS foi de 40 anos (DP: 11,78) e de 46,52 anos (DP: 12,57) no HD. A média do escore de adesão aos medicamentos foi de 5,56 (DP = 2,56) no CAPS e 6,54 (DP = 2,29) no HD. A análise do alfa de Cronbach da MARS revelou valor igual a 0,72 e ICC = 0,93 [95%=0,884–0,963], F(49-49) = 15,780; (p<0,001). **Conclusão:** Este estudo contribui com informações sobre o perfil de usuários em tratamento ambulatorial e sua adesão ao tratamento medicamentoso e apresenta evidências de confiabilidade da escala MARS para uso no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Transtornos mentais, Epidemiologia, Adesão à medicação, Escala, Confiabilidade.

ABSTRACT

Objective: To present the sociodemographic, clinical and adherence characteristics to medication treatment of psychiatric patients undergoing outpatient care and evaluate evidence of reliability of the MARS scale. **Methods:** Descriptive cross-sectional study, conducted with 100 individuals, of both sexes, monitored on an outpatient basis, in two services, CAPS e HD. Sociodemographic and clinical characteristics were investigated with a questionnaire and the adherence to psychotropic medications were measured using the MARS scale. The data were analyzed using the IBM SPSS Statistics software. **Results:** The sample was made up of 48% men and 52% women in CAPS and 56% men and 44% women in HD. The average age at CAPS was 40 years (SD: 11.78) and 46.52 years (SD: 12.57) at HD. The mean medication adherence score was 5.56 (SD = 2.56) in CAPS and 6.54 (SD = 2.29) in HD. The MARS Cronbach's alpha analysis revealed a value equal to 0.72

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora - MG.

² Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), São João Del Rei - MG.

and ICC = 0.93 [95%=0.884–0.963], $F(49-49) = 15.780$; ($p < 0.001$). **Conclusion:** This study provides information about the profile of users undergoing outpatient treatment and their adherence to medication and presents evidence of the MARS scale reliability for use in the Brazilian context.

Keywords: Mental disorders, Epidemiology, Medication adherence, Scale, Reliability.

RESUMEN

Objetivo: Presentar las características sociodemográficas, clínicas y de adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes psiquiátricos en atención ambulatoria y evaluar la evidencia de confiabilidad de la escala MARS. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal, realizado con 100 individuos, de ambos sexos, acompañados de forma ambulatoria, en dos servicios, CAPS e HD. Se investigaron las características sociodemográficas y clínicas mediante cuestionario y la adherencia a medicamentos psicotrópicos mediante la escala MARS. Los datos fueron analizados utilizando el software IBM SPSS Statistics. **Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 48% hombres y 52% mujeres en CAPS y 56% hombres y 44% mujeres en HD. La edad media en el CAPS fue de 40 años (DE: 11,78) y en HD de 46,52 años (DE: 12,57). La puntuación media de adherencia a la medicación fue de 5,56 (DE = 2,56) en CAPS y de 6,54 (DE = 2,29) en HD. El análisis alfa de MARS de Cronbach reveló un valor igual a 0,72 y ICC = 0,93 [95%=0,884–0,963], $F(49-49) = 15,780$; ($p < 0,001$). **Conclusión:** Este estudio aporta información sobre el perfil de los usuarios en tratamiento ambulatorio y adherencia al tratamiento farmacológico e presenta evidencia de confiabilidad da escala MARS para su uso en el contexto brasileño.

Palabras clave: Trastornos mentales, Epidemiología, Adherencia a la medicación, Escala, Fiabilidad.

INTRODUÇÃO

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, houve uma reorganização do modelo assistencial visando consolidar uma atenção à saúde mental aberta e de base comunitária (WEBER CAT e JURUENA MF, 2017). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) organiza os serviços de saúde mental no país, incluindo: atenção básica à saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência/emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (NÓBREGA MPSS, et al., 2020).

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) exercem fundamental papel na RAPS. Este modelo de cuidado tem realizado estímulo financeiro aos serviços substitutivos, fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, expansão dos serviços de base comunitária, desenvolvimento e aperfeiçoamento de práticas de cuidado inovadoras e a participação dos usuários (NÓBREGA MPSS, et al., 2020).

Apesar deste sistema universal, gratuito e público, ele coexiste com serviços privados de saúde, de forma complementar. Quando os serviços são custeados diretamente pelos indivíduos, podem ser chamados de sistema de desembolso direto, e quando são financiados por operadoras de planos de saúde, são denominadas de sistema suplementar de saúde (COSTA LB, et al., 2022; SALVATORI RT, et al., 2012).

No Brasil, a Saúde Suplementar teve início em 1970 com um crescimento importante, mas somente a partir de 1998, foi instituída a Lei 9.656, que definia regras de proteção aos consumidores, tornando obrigatória a cobertura para os transtornos mentais a todos os contratos celebrados a partir de janeiro do ano seguinte (SILVA PF e COSTA NR, 2011).

Na busca pela sustentabilidade econômico-financeira do setor de Saúde Suplementar, muitas operadoras tem implantado e investido em serviços de cuidados intermediários como, por exemplo, Hospitais-Dia (HDs) (VENDRUSCOLO FCM, et al., 2022; SILVA PF e COSTA NR, 2011).

Os Hospitais-Dia foram fundados em 1960, no Brasil, sendo uma das primeiras etapas do processo de mudança na reorientação do modelo de saúde mental no país (CONTEL JOB, 2012). Mas com a evolução da legislação da assistência psiquiátrica, com o foco na expansão dos CAPS, esses dispositivos passaram a não

ser mais credenciadas nos serviços públicos (WEBER CAT e JURUENA MF, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

Contudo, na Saúde Suplementar, tem se verificado aumento na implementação do número de serviços de HDs. O HD é um recurso intermediário entre a internação e o serviço ambulatorial, que desenvolve planos de cuidados intensivos e individualizados, através de equipes multiprofissionais, visando substituir a internação integral (WEBER CAT e JURUENA MF, 2017).

Não há, contudo, informações sobre as características clínicas e sociodemográficas da população atendida ou mesmo sobre as condições de funcionamento deste dispositivo, objeto do presente trabalho. O tratamento ao portador de transtorno mental exige múltiplas intervenções, entre as quais, a terapêutica medicamentosa. Os pacientes acompanhados pelos CAPS e pelos HDs recebem suas medicações de forma gratuita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; BORBA LO, et al., 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A literatura apresenta evidências dos benefícios e eficácia dos psicofármacos no tratamento das doenças psiquiátricas, possibilitando a melhora, controle ou eliminação de sintomas, restaurando comportamentos, prevenindo recaídas e recorrência de sintomas, contribuindo para a qualidade de vida e ressocialização dos pacientes (ADELUFOSI AO, et al., 2012).

A não adesão à terapêutica medicamentosa está relacionada com o agravamento da doença e, em alguns casos, com aumento da frequência de recaídas, tempo de recuperação e custos relacionados à doença (ADELUFOSI AO, et al., 2012; HIGASHI K, et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A adesão se refere ao nível em que as recomendações dos profissionais de saúde são seguidas pelos pacientes, quanto ao uso de medicações, dietas e estilo de vida. A não adesão é um problema de extrema relevância e é persistente em pacientes com transtornos psiquiátricos em tratamento (MOREIRA IC, et al., 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Verificando a carência de estudos sobre hospitais-dia psiquiátricos e considerando a importância de informações sobre as características sociodemográficas, clínicas e do perfil de adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com transtornos psiquiátricos em serviços ambulatoriais, esse estudo tem como objetivo avaliar tais características de dois serviços – um CAPS e um Hospital-Dia.

Além disso, devido à importância da avaliação da adesão aos medicamentos psiquiátricos, este estudo visou também avaliar a adesão destes pacientes e verificar as evidências de confiabilidade de uma escala de medida que foi adaptada para o contexto brasileiro, a escala Medication Adherence Rating Scale, MARS (THOMPSON K, et al., 2000).

MÉTODOS

Desenho e descrição dos locais do estudo

Estudo transversal realizado em dois serviços de saúde mental de Barbacena e Juiz de Fora, Minas Gerais. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) de Barbacena atende pacientes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes de microrregião de 15 municípios.

Equipe multidisciplinar realiza aproximadamente 900 consultas/mês aos pacientes e familiares, intervenções individuais e em grupo, como oficinas de redação e pintura, além das visitas domiciliares.

Há oito leitos para breves períodos de internação. Funciona também como serviço regulador para 36 municípios da macrorregião, cidades que possuem CAPS, mas encaminham pacientes para internação psiquiátrica. Os pacientes recebem medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O hospital-dia (HD) da Clínica Psiquiátrica, é um serviço privado que atende pacientes com planos de saúde ou que pagam diretamente pelos tratamentos. Realiza cerca de 1400 consultas por mês. Possui equipe multidisciplinar que oferece tratamento diariamente ou três vezes por semana.

Todos recebem atendimento de psiquiatra e psicólogo semanalmente e, em alguns casos, mais de uma vez por semana. Todos frequentam oficinas terapêuticas de música, leitura ou artes. Os pacientes recebem todos os medicamentos individualmente, de acordo com as doses diárias e horário prescritos.

População-alvo e amostra

A população-alvo foi composta pelos pacientes em atendimento ambulatorial, com prescrição de medicamentos, nos dois serviços. Critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais; apresentar diagnósticos de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos ou Delirantes ou Transtornos do Humor com sintomas psicóticos, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992); tomar, pelo menos, um medicamento psicotrópico; estar sendo atendido nos últimos 6 meses.

Critérios de exclusão: vivenciar uma crise no momento da entrevista; tomar apenas medicamentos injetáveis; apresentar transtornos psicóticos devido ao uso de drogas ilícitas; dificuldade de compreensão das questões.

O nível de compreensão foi avaliado pela Técnica de Sondagem, que consiste em solicitar ao paciente que explique suas respostas (GUILLEMIN F, et al., 1993).

Os participantes foram selecionados por amostragem probabilística, aleatoriamente, de uma lista da população-alvo, que atendia aos critérios de inclusão. O tamanho da amostra foi de 100 participantes no pré-teste e 50 no pós-teste, tamanho considerado adequado para a análise da confiabilidade referente à estabilidade temporal (SOUZA AC, et al., 2017). Os indivíduos foram recrutados por telefone ou pessoalmente, quando compareciam às revisitas.

Medidas e coleta de dados

Dois instrumentos de medida foram aplicados. O primeiro foi um questionário avaliando as características sociodemográficas e clínicas dos participantes, com informações dos prontuários sobre diagnósticos e medicamentos em uso no momento da entrevista.

O segundo foi a escala MARS, para avaliar a adesão aos medicamentos psicotrópicos, contendo dez itens com respostas dicotômicas (1=sim ou 0=não). A pontuação global varia de 0 (baixa probabilidade de adesão) a 10 (alta probabilidade de adesão).

O MARS original possui três subescalas: a primeira, sobre o comportamento de adesão, possui quatro itens; a segunda, referente ao comportamento subjetivo de tomar medicamentos, com quatro itens; e a terceira, sobre os efeitos colaterais negativos e o comportamento frente aos medicamentos, possui dois itens (THOMPSON K, et al., 2000).

A escala foi traduzida e adaptada para o contexto brasileiro e mostrou-se semântica e culturalmente equivalente à escala original, tendo sido estruturada no formato de entrevista. O entrevistador deve ler os itens para o entrevistado e anotar suas respostas (MOREIRA IC, et al., 2014).

Os instrumentos foram aplicados nos serviços, em reuniões agendadas. A aplicação durou aproximadamente 30 minutos e foi realizada por um entrevistador independente, que não estava atendendo os pacientes, a fim de evitar o viés de desejabilidade social. As entrevistas de reteste foram realizadas pelo mesmo entrevistador, nas mesmas condições, com intervalo de 15 dias.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 466/2012, nº 510/2016 e Lei nº 11.794, conforme parecer nº 2.598.290 e CAAE 82825513.3.00005151. A participação foi voluntária e os dados foram coletados somente após os participantes assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Análise de dados

A análise estatística dos dados foi processada pelo software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows, versão 22.0, adotando nível de significância de $p < 0,05$. Foi realizada análise descritiva de médias, desvios padrão e porcentagens para descrever a amostra e os escores de adesão.

Para examinar as relações entre os escores da escala MARS e variáveis contínuas sociodemográficas, clínicas e de condições de vida dos pacientes, utilizou-se a análise de correlações de Spearman. O teste do Qui-quadrado foi usado para verificar associações entre variáveis categóricas (DANCEY CP e REIDY J, 2006). A estabilidade temporal da escala foi avaliada por meio do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) entre os escores do teste e reteste. A consistência interna foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach e pelo coeficiente Ômega de McDonald's (ω), utilizando o software JASP, versão 0.15.0.0. Valores iguais ou superiores a 0,70 são considerados aceitáveis para ambos os coeficientes (MCDONALD RP, 1999; VALLERAND RJ, 1989).

RESULTADOS

Características Sociodemográficas

Os resultados mostraram que, No CAPS, a amostra era composta por maior porcentagem de mulheres, enquanto no HD, de homens. A população atendida pelo CAPS tinha em média 40 anos e no HD, de 46,52 anos. A grande maioria dos pesquisados nos dois serviços frequentou a escola, com maior número de anos no HD (11,54) do que no CAPS (9,56). A maioria dos entrevistados era composta de solteiros e vivia com suas famílias nucleares. Quanto à ocupação, a maioria estava desempregada, porém possuía alguma renda, como aposentadoria, pensão, benefício social ou por licença médica (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Médias, desvios-padrão e porcentagens das variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Categorias	Frequência (Porcentagem)		Média (Desvio Padrão)	
		HD (n = 50)	CAPS (n = 50)	HD	CAPS
Sexo	Masculino	28 (56,00)	24 (48,00)	-	-
	Feminino	22 (44,00)	26 (52,00)	-	-
Idade				46,52 (12,57)	39,96 (11,78)
Estado Civil	Solteiro	28 (56,00)	30 (60,00)	-	-
	Casado	11 (22,00)	6 (12,00)	-	-
	Viúvo	2 (4,00)	3 (6,00)	-	-
	Vivendo como casado	1 (2,00)	2 (4,00)	-	-
	Separado	8 (16,00)	9 (18,00)	-	-
Tem filhos	Sim	22 (44,00)	23 (46,00)	-	-
	Não	28 (56,00)	27 (54,00)	-	-
Onde Mora	Zona Urbana	44 (88,00)	39 (78,00)	-	-
	Zona Rural	6 (12,00)	11 (22,00)	-	-
Com quem mora	Sozinho	5 (10,00)	9 (18,00)	-	-
	Família nuclear	32 (64,00)	33 (66,00)	-	-
	Família secundária	6 (12,00)	7 (14,00)	-	-
	Lar protegido	6 (12,00)	0 (0,00)	-	-
	Outro	1 (2,00)	1 (2,00)	-	-
Com quantas pessoa mora				2,90 (2,69)	2,36 (1,67)
De quem é a casa	Respondente	22 (44,00)	30 (60,00)	-	-
	Outra pessoa	28 (56,00)	20 (40,00)	-	-

Fonte: Melo Junior CS, et al., 2024.

Tabela 2 - Médias, desvios-padrão e porcentagens das variáveis sociodemográficas.

Categorias	Frequência (Porcentagem)		Média (DesvioPadrão)	
	HD (n = 50)	CAPS (n = 50)	HD	CAPS
Tem renda mensal				
Sim	42 (84,00)	32 (64,00)	-	
Não	8 (16,00)	18 (36,00)	-	
Fonte da renda				
Pensão	7 (16,67)	8 (25,00)	-	
Salário	5 (11,90)	5 (15,62)	-	
Aposentadoria	19 (45,24)	6 (18,75)	-	
Afastamento médico	9 (21,43)	4 (12,50)	-	
Benefício Social	0 (0,00)	3 (9,38)	-	
Outro	2 (4,76)	6 (18,75)	-	
Trabalhando atualmente				
Sim	5 (10,00)	7 (14,00)	-	
Não	45 (90,00)	43 (86,00)	-	
Renda				
R\$ 1.373,96 (R\$ 1.591,28)		R\$ 835,94 (R\$ 1.104,99)		
Se não Trabalha				
Aposentado	24 (53,33)	6 (13,95)	-	
Estudante	2 (4,45)	1 (2,33)	-	
Do lar	0 (0,00)	9 (20,93)	-	
Desempregado	9 (20,00)	18 (41,86)	-	
Afastamento por doença	10 (22,22)	9 (20,93)	-	
Frequentou escola				
Sim	50 (100,00)	49 (98,00)	-	
Não	0 (0,00)	1 (2,00)	-	
Repetiu de ano na escola				
Sim	31 (62,00)	22 (44,00)	-	
Não	19 (38,00)	28 (56,00)	-	
Nível escolaridade				
Analfabeto	0 (0,00)	2 (4,00)	-	
Ensino fundamental incompleto	10 (20,00)	18 (36,00)	-	
Ensino fundamental completo	5 (10,00)	7 (14,00)	-	
Ensino médio incompleto	6 (12,00)	3 (6,00)	-	
Ensino médio completo	12 (24,00)	11 (22,00)	-	
Superior incompleto	4 (8,00)	1 (2,00)	-	
Superior completo	12 (24,00)	4 (8,00)	-	
Pós-graduação	1 (2,00)	4 (8,00)	-	
Anos de estudos				
11,54 (5,50)		9,56 (5,20)		

Fonte: Melo Junior CS, et al., 2024.

Características Clínicas

A maioria dos pacientes tinha diagnósticos de “Transtornos de humor com sintomas psicóticos”, seguido por “Esquizofrenia”; e “Transtornos esquizotípicos e delirantes”. Todos faziam uso de medicamentos psicotrópicos, a maioria apenas por via oral. A maioria relatou que o médico negociou o uso das medicações e deu informações sobre os medicamentos. O número médio de medicamentos por pessoa foi maior no HD (4,62%) do que no CAPS (3,84). A grande maioria sabia como tomar os medicamentos e tomava sozinhos. No HD, a grande maioria (86%) recebia seus remédios gratuitamente, enquanto somente 32% no CAPS.

Com relação aos efeitos colaterais, 20% da amostra relatou que os remédios tinham gosto ruim; provocavam perda de desejo sexual e aumento de peso. Em relação à internação psiquiátrica, houve maior porcentagem no CAPS (42%) do que no HD (38%) nos últimos 12 meses antes da entrevista. Os profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) visitavam mais frequentemente os pacientes do CAPS (70%) do que do HD (28%) (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Médias, desvios-padrão e porcentagens das variáveis clínicas dos pacientes.

Categorias	Frequência (Porcentagem)		Média (Desvio Padrão)	
	HD (n = 50)	CAPS (n = 50)	HD	CAPS
Diagnósticos				
Esquizofrenias	14 (28,00)	8 (16,00)	-	-
Transtornos esquizotípicos e delirantes	3 (6,00)	7 (14,00)	-	-
Transtornos de humor com sintomas psicóticos	33 (66,00)	35 (70,00)	-	-
Comorbidade clínica				
Sim	16 (32,00)	10 (20,00)	-	-
Não	34 (68,00)	40 (80,00)	-	-
Idade início de tratamento				
	27,54 (12,82)		26,92 (9,61)	
Tempo de tratamento				
	19,00 (12,79)		12,82 (9,69)	
Frequência de visita ao médico				
Semanal	35 (70,00)	2 (4,00)	-	-
Quinzenal	8 (16,00)	3 (6,00)	-	-
Mensal	7 (14,00)	29 (58,00)	-	-
Bimestral	0 (0,00)	15 (30,00)	-	-
Trimestral	0 (0,00)	3 (6,00)	-	-
Faz outro tratamento				
Sim	35 (70,00)	16 (32,00)	-	-
Não	15 (30,00)	34 (68,00)	-	-
	4,62 (1,81)		3,84 (1,43)	
Número de medicamentos psiquiátricos orais				
Forma de utilização		Frequência do uso		
Diário		50 (100,00)	50 (100,00)	-
Oral		46 (92,00)	43 (86,00)	-
Oral + Injetável		4 (8,00)	7 (14,00)	-

Fonte: Melo Junior CS, et al., 2024.

Tabela 4 - Médias, desvios-padrão e porcentagens das variáveis clínicas dos pacientes.

Variáveis	Categorias	Frequência (Porcentagem)	
		HD (n = 50)	CAPS (n = 50)
Medicações em uso*	Antidepressivo	26 (22,03)	6 (5,04)
	Antipsicótico	44 (37,29)	41 (34,45)
	Estabilizador de humor e anticonvulsivante	26 (22,03)	44 (36,98)
	Sedativos e Hipnóticos	15 (12,71)	17 (14,28)
	Psicoestimulante	1 (0,85)	1 (0,85)
	Outro	6 (5,09)	10 (8,40)
Toma remédio sozinho	Sim	40 (80,00)	44 (88,00)
	Não	10 (20,00)	6 (12,00)
Seu médico negociou as medicações	Sim	39 (78,00)	44 (88,00)
	Não	11 (22,00)	6 (12,00)
Tem ajuda familiar com os remédios	Sim	37 (74,00)	44 (88,00)
	Não	13 (26,00)	6 (12,00)
Aceita remédio administrado por familiares	Sim	49 (98,00)	47 (94,00)
	Não	1 (2,00)	3 (6,00)
Recebe todos os remédios de graça	Sim	43 (86,00)	16 (32,00)
	Não	7 (14,00)	34 (68,00)
Recebe todos os remédios de graça	Sim	43 (86,00)	16 (32,00)
	Não	7 (14,00)	34 (68,00)
Passa mal com os remédios	Sim	10 (20,00)	10 (20,00)
	Não	40 (80,00)	40 (80,00)
Os remédios tem gosto ruim	Sim	9 (18,00)	15 (30,00)
	Não	41 (82,00)	35 (70,00)
Perdeu o desejo sexual com os remédios	Sim	23 (46,00)	16 (32,00)
	Não	27 (54,00)	34 (68,00)
Tem dificuldade de ereção com os remédios	Sim	25 (50,00)	15 (30,00)
	Não	25 (50,00)	35 (70,00)
Engordou tomando os remédios	Sim	35 (70,00)	22 (44,00)
	Não	15 (30,00)	28 (56,00)
Tem alguma coisa contra usar remédio	Sim	13 (26,00)	13 (26,00)
	Não	37 (74,00)	37 (74,00)

Legenda: *Soma das frequências das medicações usadas pelos pacientes.

Fonte: Melo Junior CS, et al., 2024.

Tabela 5 - Médias, desvios-padrão e porcentagens das variáveis clínicas dos pacientes.

Variáveis	Categorias	Frequência (Porcentagem)	
		HD (n = 50)	CAPS (n = 50)
Consegue sentir entrando em crise	Sim	26 (52,00)	26 (52,00)
	Não	24 (48,00)	24 (48,00)
Quantas crises teve no último ano			
HD= 1,18 (1,28)		CAPS= 1,46 (1,03)	
Internação psiquiátrica	Sim	19 (38,00)	21 (42,00)
	Não	31 (62,00)	29 (58,00)
Conseguiria controlar a doença sem remédio	Sim	4 (8,00)	7 (14,00)
	Não	46 (92,00)	43 (86,00)
Recebeu informações sobre a doença	Sim	42 (84,00)	40 (80,00)
	Não	8 (16,00)	10 (20,00)
Quem forneceu as informações	Profissionais	48 (96,00)	45 (90,00)
	Parentes ou amigos	1 (2,00)	0 (0,00)
	Outro	1 (2,00)	5 (10,00)
Precisa de mais informações sobre a doença	Sim	10 (20,00)	19 (38,00)
	Não	40 (80,00)	31 (62,00)
Recebeu informações sobre o remédio	Sim	37 (74,00)	35 (70,00)
	Não	13 (26,00)	15 (30,00)
Precisa de mais informações sobre o remédio	Sim	15 (30,00)	17 (34,00)
	Não	35 (70,00)	33 (66,00)
Sabe tomar os remédios	Sim	44 (88,00)	45 (90,00)
	Não	6 (12,00)	5 (10,00)
Tem apoio dos profissionais	Sim	50 (100)	49 (98,00)
	Não	0 (0,00)	1 (2,00)
A ajuda profissional é suficiente	Sim	46 (92,00)	47 (94,00)
	Não	4 (8,00)	3 (6,00)
Precisa de mais ajuda para manter o uso das medicações	Sim	8 (16,00)	8 (16,00)
	Não	42 (84,00)	42 (84,00)
Visita da Saúde da Família	Sim	14 (28,00)	35 (70,00)
	Não	36 (72,00)	15 (30,00)

Fonte: Melo Junior CS, et al., 2024.

Características de condições de vida dos pacientes

A grande maioria da amostra relatou fazer atividades de lazer dentro da residência, como ver televisão, ouvir rádio, fazer crochê. Fora da residência, a grande maioria do HD (70%) fazia atividades de lazer, mas apenas 38% dos entrevistados no CAPS.

Nenhum paciente do CAPS relatou fazer uso de drogas ilícitas, enquanto 4% dos pacientes do HD relataram fazer uso. Poucos relataram consumo de álcool (HD=12% e CAPS= 20%) (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Médias, desvios-padrão e porcentagens das variáveis de condições de vida dos pacientes.

Variáveis	Categorias	Frequência (Porcentagem)	
		HD (n = 50)	CAPS (n = 50)
Atividade de lazer na residência	Sim	46 (92,00)	48 (96,00)
	Não	4 (8,00)	2 (4,00)
Atividade de lazer fora da residência	Sim	35 (70,00)	18 (38,00)
	Não	15 (30,00)	32 (64,00)
Preocupação além de cuidar de si mesmo	Sim	22 (44,00)	19 (38,00)
	Não	28 (56,00)	31 (62,00)
Pessoas que precisam de sua ajuda			
HD= 0,34 (0,77)		CAPS= 0,18 (0,38)	
Uso de bebidas alcoólicas	Sim	6 (12,00)	10 (20,00)
	Não	44 (88,00)	80 (80,00)
Uso de drogas ilícitas	Sim	2 (4,00)	0 (0,00)
	Não	48 (96,00)	50 (100,00)

Fonte: Melo Junior CS, et al., 2024.

Grau de adesão e fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso

O grau de adesão, no HD, foi superior (6,54) ao do CAPS (5,56). O escore de adesão correlacionou-se significativamente com as variáveis “ter alguma coisa contra remédios psiquiátricos”, “frequência de visitas ao médico” e “perder o desejo por sexo”. Os escores de adesão correlacionaram de forma positiva com “ter frequentado a escola” e “fazer atividades fora de casa” (**Tabela 7**).

Tabela 7 - Médias, desvios-padrão da adesão à medicação psicotrópica e correlações entre as subescalas da MARS e a escala global. Juiz de Fora, 2019.

Escore de adesão			Coeficiente de Correlação (P<0,01) (n=100)			
Média e (desvio padrão)			Subescala	Subescala	Subescala	Escala
Global (n=100)	HD (n=50)	CAPS (n=50)	1	2	3	
6,05 (2,46)	6,54 (2,29)	5,56 (2,56)	0,80	0,79	0,67	1,00
2,32 (1,31)	2,54 (1,98)	2,10 (1,39)	1,00	0,41	0,23	0,80
2,88 (1,09)	3,02 (1,02)	2,74 (1,16)	0,41	1,00	0,51	0,79
0,85 (0,76)	0,98 (0,79)	0,72 (0,70)	0,23	0,51	1,00	0,67

Fonte: Melo Junior CS, et al., 2024.

Os resultados do Qui-quadrado mostraram que a adesão estava positivamente associada com as variáveis “ter uma renda mensal”; “Fazer outro tratamento além do psiquiátrico”; “Receber todos os remédios de graça”; “Não ter dificuldade de ereção/desejo por sexo”; “Não ter outra doença além da psiquiátrica” e “Fazer atividade de lazer fora de casa”. Apenas a variável “Engordar tomando as medicações” associou a menores níveis de adesão”.

Análises da confiabilidade da escala MARS

Os resultados da consistência interna da escala MARS, na análise de alfa de Cronbach (0,72) e do escore de Ômega (0,73), foram superiores ao valor mínimo de 0,70, recomendado para ambos (McDonald RP, 1999; Vallerand RJ, 1989).

A estabilidade temporal da escala MARS foi adequada, com correlação positiva significativa entre as pontuações teste-reteste (0,93), com valor muito acima do mínimo (0,60) exigido (Vallerand RJ, 1989) (**Tabela 8**).

Tabela 8 - Valores de Alfa de Cronbach da escala global MARS, das subescalas e se os itens fossem retirados e Coeficiente de Correlação Intra-Classe (ICC), média e desvios-padrão dos escores da escala e subescalas no teste e reteste, após 15 dias entre as aplicações. Juiz de Fora, 2019.

Subescalas (valor Alfa)	Itens	Correlação item-total	Alfa sem o item	Aplicações da MARS (n = 50)	Correlações teste-reteste (ICC) [IC 95%; P<001]
				Média e (desvio padrão)	
Adesão à medicação ($\alpha = 0,61$)	Você, às vezes, se esquece de tomar seus remédios?	0,33	0,71	Teste: 2,64 (1,08) Reteste: 2,58 (1,10)	ICC = 0,95
	Às vezes, você se descuida de tomar seus remédios?	0,42	0,70		
	Quando você se sente melhor, você, às vezes, para de tomar seus remédios?	0,45	0,69		
	Às vezes, se você sente pior quando toma seus remédios, você para de tomá-los?	0,33	0,70		
Atitude dos sujeitos em relação a tomar a medicação ($\alpha = 0,50$)	Você toma seus remédios só quando está passando mal?	0,42	0,7	Teste: 3,12 (0,80) Reteste: 3,06 (0,79)	ICC = 0,92
	Você acha estranho a pessoa ser controlada por remédios?	0,48	0,68		
	Seus pensamentos ficam mais claros quando você está tomando remédios?	0,27	0,72		
	Você acha que tomando seus remédios, você evita ficar doente?	0,38	0,70		
Efeitos colaterais negativos e atitudes em relação a medicação psicotrópica ($\alpha = 0,45$)	Você se sente esquisito (a) quando está tomando seus remédios?	0,42	0,69	Teste: 0,98 (0,74) Reteste: 0,90 (0,79)	ICC = 0,95
	Os remédios fazem você se sentir cansado (a) ou lento (a)?	0,32	0,71		
Escala Global ($\alpha = 0,72$)				Teste: 6,74 (1,76) Reteste: 6,54 (1,75)	ICC = 0,93

Fonte: Melo Junior CS, et al., 2024.

DISCUSSÃO

Em relação às características sociodemográficas, verificou-se um percentual maior de mulheres no CAPS e de homens no HD. Diferenças de gênero foram encontradas em outros estudos em CAPS, com prevalência maior para sexo masculino (BALLARIN MLGS, et al., 2011; MANGUALDE AAS, et al., 2013) ou feminino (PEIXOTO FMS, et al., 2017; PEREIRA PA, 2012). As médias de idade dos pacientes dos dois serviços foram semelhantes às de estudos nacionais (ANDREOLI SB, et al., 2004; BALLARIN MLGS, et al., 2011; FREITAS AA e SOUZA RC, 2010).

Quanto ao estado civil, a maioria dos pacientes de ambos os serviços era de solteiros, compatível com dados da literatura e sugere que pessoas com transtornos mentais graves e persistentes teriam mais dificuldade para estabelecer relacionamentos afetivos e conjugais (BALLARIN MLGS, et al., 2011; SILVA JPL, et al., 1999). A maioria dos entrevistados não tinha filhos, corroborando o estudo de Santos NHF, et al. (2019).

A grande maioria dos pacientes dos dois serviços residia com a família nuclear, na zona urbana e tinha renda mensal, corroborando outros achados (BORBA LO, et al., 2017; BALLARIN MLGS, et al., 2011; FREITAS AA e SOUZA RC, 2010). Contudo, a grande maioria (mais de 80%) relatou estar desempregada, resultado superior aos de outros estudos, pouco acima de 50% (BALLARIN MLGS, et al., 2011; OLIVEIRA JFM e SILVA RJG, 2014; BORBA LO, et al., 2017). A renda média foi superior aos dados da literatura, que foi entre um e dois salários mínimos (PAIVA RPN, et al., 2019; BORBA LO, et al., 2017).

Estudos apontam que o adoecimento mental contribuiria para uma menor escolaridade e conseqüentemente menor capacidade produtiva. Além disso, afastamentos para tratamento desfavorecem os indivíduos na manutenção do trabalho (SANTOS NHF, et al., 2019; BALLARIN MLGS, et al., 2011). A baixa escolaridade encontrada se assemelha aos dados de Santos NHF, et al. (2019) e Oliveira JFM e Silva RJG, (2014).

O diagnóstico da maioria dos usuários era de transtornos de humor com sintomas psicóticos, em seguida, esquizofrenia e transtornos esquizotípicos e delirantes, confirmando dados de Borba LO, et al. (2017). A idade média de início de tratamento foi semelhante ao do estudo de Santos NHF, et al. (2019), convergindo com o período em que comumente surgem os primeiros sintomas. O tempo médio de tratamento encontrado na amostra confirma dados de outros estudos (FREITAS AA e SOUZA RC, 2010; BORBA LO, et al., (2017), com mais de 10 anos de adoecimento.

Em relação às visitas ao médico, no HD, a maioria dos entrevistados as realizavam semanalmente, enquanto no CAPS, a frequência era mensal. O resultado do HD pode ser explicado pela contratualidade dos planos de saúde e pelo modelo de remuneração por serviço/procedimento, que estimula frequência semanal. A maior frequência de retornos mensais do CAPS foi também observada no estudo de Carvalho MDA, et al. (2010). A maioria dos pacientes do HD (70%) tinha acompanhamento por psicólogo. No CAPS, este tipo de acompanhamento era muito menor (32%), mas ainda assim foi maior do que o encontrado no estudo de Paiva RPN, et al. (2019), onde somente 22,5% participavam de outras atividades terapêuticas, individuais e/ou grupais. Sobre histórico de internações, os dados encontrados foram menores que os de Ballarin MLGS, et al. (2011).

Estes dados talvez sejam resultados da redução na oferta de leitos para internação psiquiátrica e o aumento no investimento em políticas de atenção territorial (Miliauskas CR, et al., 2019). As crises relatadas para o últimos 12 meses podem ser associadas à má adesão à terapêutica medicamentosa, que contribui para a agudização dos sinais e sintomas dos transtornos psiquiátricos e da necessidade de internações (BORBA LO, et al., 2017). Sobre o perfil farmacoterapêutico, as classes de medicações mais prescritas foram os estabilizadores de humor e os antipsicóticos, de uso diário oral. Estes achados são semelhantes aos encontrados na literatura e desvelam para questões problemáticas como regimes terapêuticos complexos, que podem ser responsáveis pela não adesão ao tratamento, seja pela dificuldade em manter o uso contínuo das medicações, pela possibilidade de mais efeitos colaterais e interações indesejadas, ou mesmo pelo custo do tratamento (BORBA LO, et al., 2017; PEREIRA PA, 2012; BALLARIN MLGS, et al., 2012).

Quanto à aquisição das medicações, no CAPS, houve um percentual pequeno de pacientes com as medicações gratuitas. Embora o SUS tenha avançado na Política Nacional de Medicamentos, contudo, há falhas de fornecimento das medicações. Em muitos casos, o paciente assistido pelo SUS não consegue assumir financeiramente a manutenção das compras das medicações com a renda que possui (BORBA LO, et al., 2017).

A média do escore encontrado com a escala MARS foi maior no HD (6,54), indicando adesão mais favorável neste serviço. A pontuação encontrada é considerada alta, conforme aponta Chang JG, et al. (2019) e Fialko L, et al. (2008) no estudo de validação da escala. Zemmour K, et al. (2016), em pesquisa de validação, com pacientes esquizofrênicos sem-teto na França, encontraram a pontuação média de 5,5 para a MARS.

A média do escore MARS foi ainda menor, de 3,92, no estudo do Owie GO, et al. (2018). O maior grau de adesão dos pacientes do HD talvez se explique pelo recebimento de remédios gratuitos, frequência semanal de consultas com os médicos, acompanhamento por psicólogos, maior número de anos de escolaridade, menor uso de álcool.

A escala MARS apresentou evidências de confiabilidade, em comparação com a versão original apresentada pelo estudo australiano. O valor de alfa encontrado no presente estudo (0,72) está um pouco abaixo do obtido para as versões original e portuguesa, pois foi observado valor de alfa igual a 0,75 para ambas as versões (VANELLI I, et al., 2011). É comum obter um escore alfa inferior ao observado na escala original ao realizar adaptações transculturais (VALLERAND RJ, 1989), embora o valor encontrado aqui tenha sido superior ao obtido (0,60) no estudo multicêntrico de Fialko L, et al. (2008).

O resultado da versão brasileira para a estabilidade temporal teste-reteste ($r=0,93$) foi superior ao obtido na aplicação da escala original ($r= 0,72$) (THOMPSON K, et al., 2000) e ao encontrado (0,76) para a versão validada para o contexto português (VANELLI I, et al., 2011).

A versão brasileira do MARS apresentou evidências de confiabilidade, em termos de estabilidade temporal e consistência interna, sendo um instrumento adequado para medir a adesão de pacientes aos medicamentos psicotrópicos no contexto brasileiro, tanto para a realização de pesquisas que visam avaliar serviços de saúde mental, como para ser implementada na prática clínica. Por se tratar de um instrumento de simples aplicação e de fácil compreensão pela população-alvo, pode ser adotado na rotina desses serviços para promover uma prática baseada em evidências e uma cultura de avaliação dos serviços de saúde mental. Estudos futuros de validade de construto e convergente serão realizados, para implementar a validação da escala.

CONCLUSÃO

Esse estudo permitiu aprofundar o conhecimento sobre a população de usuários de dois serviços distintos de atendimento à pacientes em acompanhamento psiquiátrico ambulatorial e sobre sua adesão ao tratamento medicamentoso, que foi mais elevada no HD. Os dados apontam para o atingimento da perspectiva de um cuidado territorial, conforme modelo de reorientação ao tratamento psiquiátrico adotado no país, embora ainda com alguns problemas, como a política ainda precária de medicações do SUS. Evidências positivas desses serviços em comparação com outros estudos foram encontradas como, por exemplo, menor frequência das interações psiquiátricas, visitas mais frequentes aos serviços, sobretudo no HD. Observou-se percepções positivas sobre apoio, qualidade de informações e assistência prestadas e uso contínuo de medicamentos. Os resultados encontrados com aplicação da escala de adesão MARS podem complementar as avaliações clínicas e auxiliar os profissionais no desenvolvimento de intervenções psicoeducacionais destinadas a melhorar os níveis de adesão e fornecer tratamentos mais adequados às necessidades dos pacientes. Evidenciou-se, também, uma carência e a necessidade do desenvolvimento de outras pesquisas, com objetivo de analisar aspectos sociodemográficos, clínicos e do modelo de atenção oferecidos na rede privada, sobretudo, nos crescentes HDs. O estudo apresenta, como limitações, o delineamento transversal, com avaliações realizadas em um único momento. Estudos brasileiros adicionais, em diferentes regiões, e com medidas múltiplas, poderão ser úteis para compreender a adesão e os aspectos sociodemográficos e clínicos destes pacientes, nos dois tipos de serviços.

REFERÊNCIAS

1. ADELUFOSI AO, et al. Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*. 2012; 34(1): 72-79.
2. ANDREOLI SB, et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20 (3): 836-844.
3. BALLARIN MLGS, et al. Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. *Revista de Ciências Médicas*. 2012; 20: 59.
4. BORBA LO, et al. Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no CAPS. *REME – Rev Min Enferm*. 2017; 21: 1010.
5. CARVALHO MDA, et al. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. SMAD. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*. 2010; 6(2): 337.
6. CHANG JG, et. al. Association between Therapeutic Alliance and Adherence in Outpatient Schizophrenia Patients. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2019; 17(2): 273-278.
7. CONTEL JOB. O Primeiro Hospital Dia Universitário no Brasil: 50º Aniversário. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2012; 34: 223-225.
8. COSTA LB, et al. Atenção Primária e Saúde Suplementar no Brasil: Revisão Integrativa. *CadEsp*. 2022; 16(1).
9. DANCEY CP, REIDY J. Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006; 608.
10. FIALKO L, et al. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophrenia Research*. 2008; 100(1-3): 53-59.
11. FREITAS AA, SOUZA RC. Caracterização clínica e sociodemográfica dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2010; 34(3): 530-543.
12. GUILLEMIN F, et al. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1993; 43(12): 1417-1432.
13. HIGASHI K, et al. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2013; 3(4): 200-218.
14. MANGUALDE AAS, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mental*. 2013; 19: 235-248.
15. MCDONALD RP. *Test Theory: A Unified Treatment*. 1st ed. New York. Psychology Press. 1999: 498.
16. MILIAUSKAS CR, et al. Association between psychiatric hospitalizations, coverage of psychosocial care centers (CAPS) and Primary Health Care (PHC) in metropolitan regions of Rio de Janeiro (RJ) and São Paulo (SP), Brazil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2019; 24(5): 1935-1944.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS Nº 44, DE 10 DE JANEIRO DE 2001. Considerando a necessidade de estabelecer critérios para realização de procedimentos cirúrgicos em regime de Hospital Dia, resolve: Art. 1º Aprovar no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia. 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html. Acessado em: 10 de março de 2024.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA SAS/MS nº 224, DE 29 DE JANEIRO DE 1992. Estabelece Diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial – SIA/SUS/Unidade Básica/CAPS/Hospital Psiquiátrico. 1992. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7536. Acessado em: 10 de março de 2024.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acessado em: 10 de março de 2024.

20. MOREIRA IC, et al. Cross-cultural adaptation to Brazil of Medication Adherence Rating Scale for psychiatric patients. *J. bras. psiquiatr.* 2014; 63(4): 273-280.
21. NÓBREGA MPSS, et al. Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(1): 20170864.
22. OWIE GO, et al. Reliability and validity of the Medication Adherence Rating Scale in a cohort of patients with schizophrenia from Nigeria. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy.* 2018; 40(2): 85-92.
23. OLIVEIRA JFM, SILVA RJG. Perfil sociodemográfico de pessoas com transtorno mental: um estudo em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde.* 2014; 5(3): 862-72.
24. PAIVA RPN, et al. Análise do perfil de usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial. *Journal Health NPEPS.* 2019; 4(1): 132-143.
25. PEIXOTO FMS, et al. Perfil Epidemiológico de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em Pernambuco, Brasil. *Journal of Health Sciences.* 2017; 19(2): 114.
26. PEREIRA PA. Pronto Atendimento Suplementar: beneficiário em situação de crise em saúde mental. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015; 131.
27. SALVATORI RT, et al. Arena. A Agência Nacional de Saúde e a política de saúde mental no contexto do sistema suplementar de assistência à saúde: avanços e desafios. *Saúde e Sociedade.* 2012; 21(1): 115-128.
28. SANTOS NHF, et al. Perfil de pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Enfermagem UFPE on line.* 2019; 13.
29. SILVA JPL, et al. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública.* 1999; 15(3): 505-511.
30. SILVA PF, COSTA NR. Saúde Mental e os Planos de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(12): 4653-4664.
31. SOUZA AC, et al. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2017; 26(3): 649-659.
32. THOMPSON K, et al. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research.* 2000; 42(3): 241-247.
33. VALLERAND RJ. Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne.* 1989; 30(4): 662-680.
34. VANELLI I, et al. Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica. *Acta Médica Portuguesa.* 2011; 24(1): 17-20.
35. VENDRUSCOLO FCM, et al. A cadeia de valor da atenção primária do sistema suplementar: análise de um plano privado de saúde. *Research, Society and Development.* 2022; 11(9): 17911931861.
36. WEBER CAT, JURUENA MF. Inserção de um hospital-dia na rede de atenção em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental,* 2017; 9(22): 55–69.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/who-adherence-long-term-therapies-evidence-action-2003>. Acessado em: 10 de março de 2024.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating mental health into primary care: a global perspective. 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563680>. Acessado em: 10 de março de 2024.
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992; 362.
40. ZEMMOUR K, et al. Validation of the Medication Adherence Rating Scale in homeless patients with schizophrenia: Results from the French Housing First experience. *Scientific Reports.* 2016; 6(1): 31598.