

ADESÃO AO TRATAMENTO COM PSICOFÁRMACOS: FATORES DE PROTEÇÃO E MOTIVOS DE NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Adherence to psychotropic treatment: protection factors and reasons for non adherence to pharmacologic treatment

Mauro Sérgio Furtado Souza¹, Luciane Kopittke²

RESUMO

A não adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com agravos comuns de saúde mental traz grande comprometimento da qualidade de vida do paciente, além de influenciar em outros fragmentos importantes da vida. Intervenções na adesão ao tratamento por profissionais da atenção primária, além de custo-efetivas, reduzem a morbidade, melhoram a qualidade de vida e fortalecem o vínculo do paciente com a atenção primária. Este estudo tem como objetivo buscar as barreiras e os motivos para a adesão medicamentosa. Foram selecionados seis pacientes pertencentes à área de uma unidade de saúde, com uso de psicofármacos, e realizada entrevista para investigação de motivos de barreira e proteção ao uso desses medicamentos. Os motivos de não adesão referidos foram os efeitos adversos, a vontade de não depender do medicamento e a precária comunicação com o prescritor. Como fatores de adesão, a motivação pelo resultado, a confiança no prescritor, uma boa comunicação com o prescritor e a família. Sendo assim, percebe-se a necessidade de uma boa relação dos profissionais de saúde com os usuários, por meio da comunicação, vínculo e educação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Cooperação do Paciente; Adesão ao Medicamento; Psicofármacos; Atenção Primária à Saúde; Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

Non-adherence to pharmacological treatment of patients with common mental health illnesses brings great prejudice to the patient's quality of life as well as influencing other important fragments of life. Interventions in treatment adherence for primary care professionals not only are cost effective but also reduce morbidity, improve quality of life and strengthen the bond with the primary health care services. This study aims to search the barriers and protective factors for to medication adherence. Six patients belonging to the area of a health care facility and with current use of psychotropic drugs were selected for a interview in order to investigate barriers and protective factors to the use of these medications. The reasons for non adherence brought by the interviewee were adverse effects, willing not to depend on medication and poor communication with the prescriber. As for the protective factors were indentified motivation by the results, family, confidence in the prescriber and good communication with the prescriber. Thus, we see the need for a good relationship of health professionals with users, through a good communication, bond and health education.

KEYWORDS: Patient Compliance; Medication Adherence; Psychotropic Drugs; Primary Health Care; Health Communication

¹ Médico pela Universidade Gama Filho. Clínico Geral da Policlínica Militar do Rio de Janeiro (2011-2012). Residência de Medicina de Família e Comunidade GHC (2012-2014). Médico da Estratégia de Saúde da Família em Três Coroas/RS (2014). Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: maurosouza@msn.com.

² Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1998). Mestrado em Ciências Médicas (Farmacologia) pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (2004). Doutorado em Ciências da Saúde, ênfase em Farmacologia e Terapêutica, pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/UFCSPA (2012). Atualmente é farmacêutica do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

INTRODUÇÃO

Dentre os agravos de saúde mental mais comuns que acometem a população estão os transtornos de ansiedade e transtornos do humor. São agravos que trazem grande prejuízo na qualidade de vida, na capacidade funcional e, eventualmente, laboral e, conseqüentemente, baixa produtividade e altos custos de saúde pública. Podem ter sua causa em grandes dificuldades com que um indivíduo tem de lidar em fases da vida. Na atenção primária, notamos que toda patologia que leva ao isolamento social, à negação, ao preconceito, ao estigma, à tristeza e à baixa autoestima pode estar acompanhada por agravos de saúde mental secundários a esses fatores, seja pelo impacto social e na vida de relações dessa comorbidade, seja pela sobrecarga gerada nas vítimas e nos familiares e pela baixa adaptabilidade ao agravo nas atividades diárias. Um abalo na saúde mental pode mudar a posição da pessoa quanto ao valor e cuidado com a sua própria vida e levar, por exemplo, a um déficit na adesão ao tratamento de outras doenças.^{1,2}

A depressão é um agravo comum na atenção primária, podendo chegar a 18,4% no Brasil, como identificado em um estudo realizado em São Paulo,³ e 23,9%, de acordo com um estudo feito na atenção primária de Pelotas;⁴ além disso, foi destacada como a segunda causa de incapacidade na faixa etária de 15 a 44 anos em 2011.⁵ Gera um alto custo social, devido à utilização de serviços de saúde, à diminuição da produtividade em casa e no trabalho e às altas taxas de dependência financeira.⁶ De acordo com o “Global Burden Disease” da Organização Mundial em Saúde (OMS), países de baixa e média renda *per capita* (nos quais o Brasil se encaixa) têm a depressão como principal causa de incapacidade (“disability”) na faixa etária de 0 (zero) a 59 anos e como principal causa de anos perdidos por incapacidade (“Year’s Lost Due to Disability”) tanto em homens como em mulheres.⁷

Um estudo da “National Comorbidity Survey Replication”, nos Estados Unidos, mostrou uma prevalência de 28,8% para ao menos um transtorno de ansiedade ao longo da vida.⁸ Segmentando os transtornos de ansiedade, encontramos prevalências, na Inglaterra, de 4.4% para transtornos de ansiedade generalizada, 3.0% encontrados em triagens para estresse pós-traumático,⁹ 0.8–3.0% para transtorno obsessivo compulsivo,¹⁰ e 6.2% para transtorno do pânico.^{11,12} Assim como a depressão, levam à menor produtividade no trabalho e a custos econômicos e sociais.¹³

O tratamento pode envolver psicoterapia, escuta qualificada e/ou uso de psicofármacos, o último, com um importante papel, principalmente em estágios mais avan-

çados ou quando o acesso ao primeiro é limitado ou não é o resultado do plano em conjunto com os pacientes. Na busca do tratamento mais eficiente, nos deparamos com barreiras aparentemente mais simples que os mais recentes avanços tecnológicos. Em muitos casos, os investimentos na melhoria da adesão são totalmente reembolsados com essa redução de gastos na utilização de cuidados de saúde;¹⁴ em outras situações, os resultados justificam plenamente o investimento.

Salvo exceções (benzodiazepínicos, por exemplo), os psicofármacos são para uso crônico e com uma demora de dias a semanas para início de efeito, o que exige uma compreensão, interesse e habituação ao seu uso por parte dos usuários. Adesão a terapias de longo prazo para doenças crônicas em geral alcança 50% em países desenvolvidos,^{15,16} o que leva a acreditar que, em países em desenvolvimento, os índices são ainda mais baixos, devido à escassez de recursos e ao baixo acesso às instituições de saúde.¹⁷ Ao buscar dados internacionais mais específicos, encontramos estatísticas de pacientes com depressão revelando que entre 40% a 90% aderem a antidepressivos.^{18,19,20}

O estudo realizado tem o intuito de auxiliar o médico de família e a equipe de saúde não somente a entenderem uma refratariedade ao tratamento como um possível caso de déficit na adesão terapêutica, como também de, sempre que possível, prevenir essa não adesão. Ao entendermos a não adesão como algo comum, acrescentamos esses questionamentos nas anamneses e exames clínicos de pacientes que aparentam não responder a uma terapia. O objetivo deste estudo foi pesquisar motivos que estimulam a adesão e motivos que dificultam ou não permitem a adesão a esses medicamentos.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O estudo foi qualitativo do tipo exploratório. Os pacientes deste estudo fazem parte da população adscrita de uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Foram escolhidos por meio do Sistema de Informações em Saúde (SIS) – que constitui um banco de armazenamento de dados dos pacientes – por meio dos CID-10 F30 até F48 registrados nessa unidade de saúde, de forma aleatória. Em seguida, foi feita uma análise dos prontuários para confirmação do uso de psicofármacos, no ano de 2013, por mais de um mês, por meio de registros de consultas ou renovações de receita. Posteriormente foram realizadas entrevistas para avaliar a adesão ou não adesão dos pacientes à terapia.

Os pacientes incluídos na pesquisa foram maiores de 18 anos com diagnóstico de transtornos de humor e

transtornos de ansiedade, com o uso de psicofármacos, e aceitaram participar voluntariamente. Como critérios de exclusão, pacientes com incapacidade física ou cognitiva de fazer a autoadministração dos medicamentos, sendo que não foi necessária a exclusão de nenhum participante. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC sob o Parecer nº 308.481. A análise dos dados se deu pela categorização dos discursos segundo a interpretação de Minayo sobre Bardin.²¹

RESULTADO

Participaram do estudo seis pacientes. Na análise de conteúdo, foram encontrados 14 comentários sobre a adesão e 05 comentários sobre a não adesão ao tratamento com psicofármacos, compreendidos em 04 categorias para a adesão e 03 categorias para a não adesão, em que foram identificados os seguintes fatores principais: efeito adverso (não adesão), motivação pelo resultado (adesão), vontade de não depender do medicamento (não adesão), confiança no prescritor (adesão), comunicação com o prescritor (adesão), família (adesão). Abaixo uma descrição dos resultados após a categorização.

Efeitos adversos

Todo medicamento tem efeitos adversos, que podem ser autolimitados, contínuos, insuportáveis, desagradáveis, inócuos, dose dependente ou não e podem, eventualmente, ser minimizados por certas ações ou medicamentos. Esse risco faz esse tema ser um dos principais tópicos discutidos na consulta, ao se identificar a necessidade do uso de um medicamento. Como já identificada pela “National Collaborating Centre for Primary Care”, a relação risco-benefício do uso do medicamento deve sempre ser discutida, visto que é o paciente que vai lidar com esse efeito desagradável.²²

Ao ser informado sobre a possibilidade de surgirem outros efeitos, o paciente já tem uma oportunidade para colocar isso em tema na consulta e decidir o que fazer, caso aconteça o que foi antecipado. Muitas vezes, o efeito adverso obriga a interrupção do uso do medicamento e a busca de outra terapêutica, medicamentosa ou não. Se não houver comunicação com o profissional, o paciente para de tomar o medicamento por conta própria e a terapia se torna ineficiente adicionada ao custo da retirada, como é visto no discurso abaixo:

“... a fluoxetina, no início, logo que eu comecei a tomar... eu senti tonturas, eu achei que não estava fazendo muito bem, mas de repente foi só no início né, depois foi controlando né,

amenizando, eu vim aqui falei com a doutora, ela disse que era assim mesmo e continuei tomando.” “[...] tomei normal, só que começou a me dar dor de estômago, ficar enjoada, ae voltei novamente aqui no posto e a doutora disse que poderia ser da fluoxetina, ae eu parei de tomar. Por minha..., eu mesma parei, ninguém mandou eu parar. Eu mesma parei por conta própria. Ae parou o estômago e o enjoo, só que ae voltei a ter aquelas reações de novo né. Formigamento nas mãos... ae voltei novamente a tomar” “[...] “Eu sinto... ainda o enjoo” “[...] “É tipo uma queimação”.

A paciente acima se encontra insatisfeita com o tratamento, mas não comunicou isso ao prescritor, ela usa a medicação em dias alternados, sem relatar uma regularidade para evitar o desconforto. Existem algumas formas de prevenir o ato discutido. Esses são os efeitos adversos mais comuns da fluoxetina, assim como outros de sua classe, que podem aumentar a ansiedade e náuseas, sintomas que, em geral, desaparecem após algumas semanas.^{23,24} O uso irregular pode manter esses efeitos por mais tempo, pela falta da continuidade e dificuldade do organismo de se adaptar. A comunicação disso de antemão ou em consultas subsequentes pode abrir a opção de outra classe de medicamentos para o problema principal, uma segunda medicação sintomática para o efeito adverso ou preparar a paciente para resistir a esses sintomas, caso ela sinta que o benefício é válido.

Primum non nocere, isso é, primeiro não fazer mal ou não prejudicar é uma citação antiga atribuída a Hipócrates, que deve guiar a atuação da medicina, assim como de outros profissionais da saúde. Foi somada, em 1995, à ponderação do benefício em relação ao malefício de um ato médico por Jamouille e Roland, surgindo o conceito de prevenção quaternária:²⁵ “a ação feita para identificar o paciente sob o risco do excesso de medicalizações, para protegê-lo de uma nova invasão médica e sugerir para este intervenções eticamente aceitas”. Ao propor tratamento farmacológico, é importante estar ciente do quanto o tratamento trará benefícios ao paciente em relação ao potencial de danos (efeitos adversos), para evitar ou reduzir uma resposta iatrogênica. O médico demonstrar essa preocupação pode garantir a confiança do paciente e estimular uma melhor adesão.

Família

A família pode ser um grande motivador para enfrentar dúvidas e dificuldades do cotidiano; o médico de família e comunidade aprende a usar esse potencial para conhecer o paciente, conhecer extensões de suas dificuldades com outros membros do conjunto e utilizar essa dinâmica para

aprimorar sua prática, facilitar uma educação continuada efetiva, melhorar suas condutas e melhorar sua adesão a elas.

“Pra mim sempre que for pra ficar bem e melhor e puder ajudar a outros, pra mim eu tenho a maior boa vontade. Eu acho que vou, se depender de mim, eu acho que vou longe. Eu gosto de me cuidar pra não incomodar e deixar os outros preocupados. Eu sou muito da família. Então a família em si... vai casando, vai tendo seus filhinhos, mas eu tô sempre na volta com eles... então meu prazer é esse, mas claro que eu tenho que tá com vontade, eu tenho que ter força pra tudo isso, então porque que eu não vou me ajudar?”

...“eu falei pra minha esposa, e ela disse, mas tu tem que olhar isso ae de perto, foi onde resolvi tomar uma atitude e vim aqui”.

A família pode representar um apoio, proteção ou até um modelo de aprendizagem para os membros, fornecendo recursos e até estímulos para enfrentar dificuldades que ameaçam o seu bem-estar.²⁶ O apoio familiar aumenta significativamente a adesão a tratamentos com medicamentos para diversos agravos que não somente de saúde mental, segundo uma meta-análise que compara famílias coesas com famílias em conflito.²⁷ Entende-se por famílias coesas aquelas em que os familiares realizam atividades juntos, têm amigos e interesses comuns e compartilham tempo e espaço. Segundo estudo de García et al.,²⁸ a família mostrou-se como um importante fator protetor à adesão em pacientes com esquizofrenia e, de acordo com Hodgkin et al.,²⁹ como um fator protetor em usuários de antidepressivos. Ao reconhecer a potencialidade de uma família na prevenção e recuperação de um distúrbio, o médico de família consegue usar essa abordagem para compreender o funcionamento do próprio paciente e suas crenças e, a partir daí, conseguir dar mais significado à vida e ao tratamento do indivíduo.

Motivação pelo resultado

“Porque eu achava assim, a gente consegue contornar, contornar, mas só que isso ae se arrasta, nós estamos em 2013, eu não me lembro a data certa que eu comecei a tomar, mas isso ae começou por 90, minha mãe faleceu, por 91 começou. Olha o tempo que não faz isso ae, mesmo que já faça uns cinco ou seis anos que eu não lembro agora né. Mas imagina o tempo que eu vim me prejudicando até tomar uma atitude”.

“Porque se eu paro, parece que eu pioro, quando eu fiquei

um tempo sem tomar eu comecei a ter mais crises de síndrome do pânico”.

Poucas coisas podem ser tão estimulantes e concretas, para manter a adesão a algo proposto, quanto um resultado positivo e agradável; no caso do estudo, o desfecho clínico e melhora sintomática. Esse resultado pode ser óbvio, mas, dentro de alguns contextos, pode ser de difícil visualização, tanto pelo paciente quanto pelo profissional que o acompanha. No seguimento terapêutico, deve-se, como já destacado, avaliar o quanto o benefício supera o malefício na visão do paciente, atualizada quando possível pelo conhecimento do profissional de saúde. Isso é usado tanto antes do ato prescritivo quanto depois, para avaliar o resultado e acompanhá-lo. O profissional pode, inclusive, buscar uma recordação do passado, utilizando o prontuário, e trazer ao presente as mudanças conquistadas, se houve tais mudanças, para estimular o usuário ou identificar uma baixa efetividade e, a partir desse ponto, modificar o plano terapêutico ou fazer um reforço positivo.

Vontade de não depender do medicamento ou Iniciativa Própria

...“por iniciativa própria, por iniciativa própria eu resolvi dar uma parada”... “Então é isso ae. Então por iniciativa própria, dei uma parada, pá aquele negócio todo, mas daí um pouco eu vi que começou né... e é uma coisa que tu não consegue controlar sem medicação”.

O uso do medicamento é para permitir que o indivíduo consiga ter maior facilidade em lidar com suas dificuldades, porém a interrupção do uso pode levar ao retorno dos sintomas. O uso de medicamentos causa uma alteração na neuroquímica, levando a uma sensação de bem-estar e confiança, sem prejudicar a autonomia do paciente e, quando possível, com o planejamento do término do acompanhamento farmacológico. Junto ao tratamento com medicamentos, a psicoterapia, a longo prazo, traz reflexões para mudanças de atitudes, reduzindo o sofrimento, além de auxiliar na retirada do uso do medicamentos. A autonomia almejada e alcançada no conjunto profissional-paciente remete não somente à medicação, mas também ao profissional de saúde, evitando a hiperutilização do sistema.

“É, te dá tipo assim, vou dizer assim, uma (difícil entender), meio elétrico, quer que as coisas se resolvam rápido. Ae tu toma a medicação, fica mais tranquilo. Entendeu? É uma coisa que te deixa assim mais serenado, calmo, ae tu volta ao normal.”... “Ah, bem-estar né, que te ocasiona. Tu

te livra de pensamentos tipo uma angústia, depressão, não sei se é a palavra certa”.

Segundo o humanista e pensador Carlos Pecotche: “Ninguém pode ir ao lugar a que se propõe, se pretende, ao mesmo tempo, permanecer no ponto de partida”.³⁰ Parece uma afirmação simples, mas identificamos, na prática diária, a dificuldade de se desapegar de velhos hábitos, rotinas, ideias, tradições e crenças. O simples esquecer desse conjunto não configura uma mudança, pelo potencial das velhas ideias de retomarem seu lugar. A comunicação da necessidade da reflexão causal, conscientização e perspectiva de mudanças e transformação, seja nos atos ou na forma de pensar, sofrer, entender precisa ser feita junto com o contrato inicial como parte do tratamento, na proposta de fazer uma revisão de como foi a vida do paciente até aquele momento e de como recuperar sua saúde mental. Parece simples ao escrever, mas é muito difícil para quem faz esse exercício, difícil por ser desagradável ao ser, pelo que este pode encontrar, mas pode ser um marco importante no processo de mudança. Para isso deve haver uma relação de confiança importante com os profissionais de saúde que atendem o paciente. O profissional, ciente desse processo, pode fazer novas combinações e, eventualmente, planejar o fim da terapia medicamentosa. Essa combinação e esse empoderamento do paciente sobre sua saúde são muito importantes para a adesão ao tratamento.

A quarta fase de um ensaio clínico é após a comercialização do produto,³¹ isso deve ser considerado sempre pelo prescritor. Há efeitos adversos que somente apareceram com o uso prolongado, que pode ser após anos, décadas ou mais de uso para serem descobertos. Um grande exemplo são os benzodiazepínicos que, após muito tempo lançados no mercado, tiveram relação com um risco aumentado de se desenvolver demência.³² É muito comum que, sem o acompanhamento médico para a retirada do uso, seja desencadeada síndrome de abstinência, no caso de benzodiazepínicos, e síndrome de retirada, no caso de antidepressivos ou antipsicóticos, ou até uma recaída, no caso de um tratamento incompleto e cessação precoce ou sem um plano adjunto aos medicamentos.²⁴

Confiança no prescritor

“Se ele não se interessar pelas coisas que estão te afetando realmente não adianta nem tentar ser médico”... “Eu preciso de uma pessoa que tenha o conhecimento e vai me dizer o que tá acontecendo e vai dizer assim: ó tem uma medicação que vai solucionar esse teu problema e de fato solucionou”.

“Tive uma depressão assim, olha, vou lhe dizer uma coisa,

eu passei o dia inteiro ligando pra várias casas de arma, eu ia comprar um revólver pra dar um tiro na cabeça. Eu ia comprar... Eu tava assim, olha, completamente... Com a doutora me tratando, com a doutora me tratando, então quer dizer... é só pegar meu prontuário e olhar, eu sou uma pessoa que toma “ene” medicamentos... Tomo vários, mas eu não tomo aquilo ali por livre e espontânea vontade, eu tomo por receita médica... sabe que eu necessito, e eu tomo direitinho e graças a Deus, graças aos remédios e graças aos médicos eu tô me sentindo bem”.

Podemos entender confiança como oriunda de uma esperança em alguém, sentimento de certeza, sossego e tranquilidade.³³ A confiança que o paciente deposita no médico pode vir de diversos aspectos conquistados com o tempo: respeito, boa capacidade clínica de trazer resultados perceptíveis ou sintomáticos (assertividade), satisfazer as expectativas do paciente, longitudinalidade, resolutividade, boa comunicação, sigilo, saber moderar reações emocionais próprias e expressar-se com segurança.³⁴

Essas características permitem o vínculo e, inclusive, a busca de informações num nível mais íntimo, enriquecendo a anamnese e fornecendo, assim, mais recursos ao profissional de saúde, além de gerar uma melhora da adesão às consultas e terapias, de modo geral. Como a confiança tem origem na interação médico-paciente, será reforçada com os conceitos discutidos adiante.

Comunicação com o prescritor

“Dr. H... é uma pessoa excelente, uma pessoa humana, e a gente chega, ele conversa com a gente, ele pergunta... Tem certos médicos, cada um, cada um, né? A gente tá falando com ele, ele tá de cabeça baixa, ele tá escrevendo, entrega a receita pra gente... tchau, deu... A consulta foi consumada... então eu não tenho nada a me queixar do posto, aqui, graças a Deus, a gente é bem atendido”.

Usando a teoria da comunicação, podemos entender que, para funcionar, precisaria de alguns componentes como o emissor, o receptor, a mensagem, o código e o canal. Interessa-nos, no artigo, a mudança dinâmica dessas posições, configurando o intercâmbio ou a troca de informações: ambos têm seu momento de ouvir e usar a palavra e o trabalhador da saúde tem que saber sua hora de ouvir e de falar, pois não há muito como saber o que deve ser transmitido, se o paciente não manifestou o que ele precisa e quer. Assim, o profissional precisa estimular o paciente com perguntas abertas às dúvidas que poderão surgir.

Ouvir o paciente, além de permitir descobrir e tratar a

causa real de suas dificuldades, também permite conhecê-lo bem, saber sua rede de apoio, dinâmica familiar, história de vida, cultura e estágio de mudança em que se encontra.³⁵ Ele pode usar outros canais e códigos para falar sobre ele mesmo, como expressões não verbais, por exemplo. As possibilidades de conduta a tomar podem pendular de um extremo a outro, dependendo do que for encontrado, podendo exigir paciência e tolerância do profissional não acostumado, mas não exigem muito tempo. Muitas vezes, a preocupação com a agenda lotada dificulta a atenção ao paciente, no entanto, o paciente participar não significou um aumento expressivo no tempo de consulta, conforme revisão da National Collaborating Centre for Primary Care (NCCP).²² O aumento no tempo de consulta, quando identificado, foi próximo a dois minutos. Além disso, é provável que tenha melhor custo-efetividade, visto que o paciente não retira os medicamentos que não toma por decisão do conjunto médico-paciente.

O diálogo do paciente com o prescritor é, dentre os destacados, a maior arma que ambos podem ter a seu favor na consulta, para alcançar um tratamento mais eficiente e agradável e menos oneroso. O que pode dar crédito ao profissional de saúde como um bom emissor é uma confiança já construída por experiências anteriores com o serviço ou o profissional. Permitir que o paciente participe e opine na tomada de decisões constrói uma forte aliança terapêutica com o profissional. Esse fato somado à solicitude do profissional lhe fornece a credibilidade para aumentar seu grau de interferência na conduta.

Na maioria dos casos, o paciente é livre para decidir se deseja o tratamento ou não; o profissional tem a responsabilidade de garantir que a escolha seja bem orientada e ajudar, com seus conhecimentos, para que a decisão seja a que mais possa beneficiar seu paciente. No caso deste aceitar a medicação, então seu objetivo é facilitar a adesão ao estabelecido pelo conjunto, permitindo melhor eficácia e segurança.²²

O desejo de envolvimento é maior quando a doença é crônica (há tempo para planejar), a confiança no profissional é baixa e o paciente é mais ativo. Identifica, também, que essa vontade de participar é menor nas situações contrárias às expostas: a doença é aguda e grave, o paciente é passivo e a confiança no profissional é alta.

O aspecto verbal pode englobar o código e a mensagem. Conhecer o código ou idioma, além da cultura, já foi identificado como fator de proteção à adesão,^{36,29} mas também há outros códigos influentes, a conduta e comportamento do profissional. Conforme identificado em uma revisão sistemática,³⁷ a conduta do médico no consultório, tanto verbal como não verbal, tem grande influência na adesão medicamentosa. São pequenas ações

que colaboram ou prejudicam e nascem de uma intenção, pensamento ou ideia. De acordo com o humanista Carlos Pecotche: “Os pensamentos nascem na vida mental como fruto de um anelo, uma inquietude, uma necessidade, uma aspiração, um sentimento”.³⁸ Nossos atos nascem na vida interna, na mente e no coração, mais que se preocupar em como agir, como falar, com detalhes que podem robotizar o indivíduo. Observar e entender nossas intenções e pensamentos pode facilitar a geração de ações correspondentes e num formato espontâneo.

Nos espaços de educação na unidade de saúde, é que será estabelecido o conteúdo da mensagem que vai despertar o interesse do paciente para o uso do medicamento ou reduzir seus medos. Hoffman encontrou resultados interessantes, ao avaliar o impacto da informação por correspondência respectiva à terapia na adesão.³⁹ Essa educação feita com o paciente pode envolver muitas consultas ou outros espaços, como o de grupos, tendo em vista a quantidade de informação usada e para permitir um tempo para decisão do usuário. Interessante educar quanto ao agravo identificado, atitudes que podem ajudar ou prejudicar, quanto à escolha inicial do tratamento, quanto à tomada da medicação (posologia), à possível demora dos efeitos desejados, efeitos adversos em curto prazo, em longo prazo, tempo de duração da terapia e à disponibilidade para mudar ou interromper, com orientação médica, se esta não for adequada.^{40,41} Assim como informar que não depende somente da medicação ou do profissional, mas principalmente da vontade do paciente para conseguir ultrapassar esse obstáculo. A equipe multidisciplinar tem muito a ajudar, tanto quanto ao agravo, quanto à tomada da medicação e, tendo em vista a disponibilidade, deve estar compartilhando o cuidado desses usuários.

“...eu tive dificuldade de tomar. O sr. compra o remédio ou ganha o remédio ae vai ler a bula. Tá, Fluoxetina... ae vai nos efeitos colaterais, puxa vida, mas vou tomar isso aqui por causa de uma coisa e vai me estragar do outro. Isso ae é que esses laboratórios deveriam especificar. O Sr. como médico é lógico que sabe. Pega um remédio ae, lê a bula, ae a bula diz... efeitos colaterais, tens uns efeitos, eu no início, olha eu passei dificuldade em me adaptar em tomar o remédio. Tomar isso aqui vai estragar aquilo ali, então não tomo. Ae fiquei, fiquei, até... conversando ae... não, não, vai devagar, assim, assim. Faz anos que eu tomo, eu tomo, vários, vários, vários...”

Foi demonstrado que o medo de tomar o remédio ou o medo do desconhecido (para aqueles que nunca fizeram o tratamento) está associado à não adesão, numa relação de benefícios e malefícios feita pelos pacientes. Reforçan-

do a busca pela autonomia,^{42,43,19} encontrou-se que os usuários que discutiam os efeitos adversos das medicações com os médicos permaneciam aderentes por mais tempo e eram mais prováveis de mudar a medicação, além de reflexões, entrevista motivacional e empatia estarem associadas à adesão.⁴⁴

DISCUSSÃO

Como limitação do estudo, tivemos a não formação de grupos, pois, inicialmente, a intenção seria a de convocar os usuários para dois grupos focais, mas, após algumas tentativas, não se conseguiu adesão ao grupo, o que reforça o impacto social que os agravos geram nos indivíduos, famílias e comunidades. O formato que possibilitou o compartilhamento de informações foi a entrevista e, portanto, a busca dos conhecimentos partiu desse método.

Apesar de ter um número limitado de participantes, o estudo pode sugerir fatores a serem trabalhados com pacientes de saúde mental para melhorar a adesão ao tratamento farmacológico, não representando, portanto, a totalidade desses fatores, principalmente, considerando o fator financeiro. Todos os medicamentos em que foi avaliada a adesão são distribuídos gratuitamente pelo município, conforme prescrição médica, sendo o custo reduzido ao valor do transporte para a farmácia que dispensa psicofármacos.

Estudando os motivos para não adesão à terapêutica farmacológica e o conhecimento dos fatores de proteção, podemos prevenir, diagnosticar e orientar para o uso adequado.⁴⁵ Esses dados enriquecem o potencial de um plano conjunto entre o médico e o paciente⁴⁰ e previnem encaminhamentos, exames e polifarmácia inadequados, que trazem um alto risco de danos, além do risco de ocorrerem efeitos de retirada do uso ou de rebote, quando um medicamento é descontinuado abruptamente.^{18,44}

CONCLUSÃO

Atualmente o profissional de saúde no Brasil tem poucas habilidades para o manejo de agravos de saúde mental. Dentre os profissionais de saúde, os médicos, devido à sua formação hospitalocêntrica, lidam com esses agravos com o mesmo acompanhamento de uma queixa orgânica aguda ou crônica. Essa inabilidade se reflete na segmentação do cuidado dessa população.

O estudo atentou para a busca da não adesão, ao lidar com dificuldades em um tratamento com psicofármacos, e trouxe pontos importantes para a reflexão dos profissionais da atenção primária, ao destacar empecilhos à terapia, à melhora clínica e à satisfação do usuário.

É função do médico de família entender as concepções, valores, práticas e dinâmicas sociais relacionadas ao processo saúde-doença, além de melhorar a satisfação dos usuários e possibilitar melhores desfechos clínicos, como por meio de uma comunicação mais efetiva, formando um vínculo de confiança e respeito com o paciente. Um tratamento ou terapia eficaz deve ser trazido na consulta por meio de um plano conjunto com o paciente, usando, sempre que possível, a educação em saúde para informar e sensibilizar esse paciente para a gravidade ou simplicidade de um problema e suas reais consequências, sem inserir naquele um estigma ou um sofrimento. Essa atitude tende a formar uma “equipe” que, por meio da confiança e liberdade conquistadas, permite a identificação precoce de barreiras e facilitadores à/da adesão e possibilita a intervenção mais precoce nesses pontos identificados com o objetivo de melhorar a adesão do usuário ao psicofármaco.

REFERÊNCIAS

- DiMatteo MR; Lepper HS; Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000 Jul. 24; 160(14):2101-7.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007 Sep. 8; 370(9590):851-8.
- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine.* 2011; 9:90.
- Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, Silva RA, Pinheiro RT. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev Psiq Clín.* 2012; 39(6):194-7.
- World Health Organization (WHO) [Homepage Internet]. Depression [Update 2011 Jan. 06; cited 2011 Jul. 10]. In: Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev Psiq Clín Pelotas.* 2012; 39(6):194-7.
- Fleck MPA, Baeza FLC. Depressão. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. *Medicina ambulatorial:*

condutas de atenção primária baseadas em evidência. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.1102-1113. cap. 109.

7. World Health Organization. The global burden of disease [Internet]. Switzerland: Library Cataloguing-in-Publication; 2004 [Acesso 2012 nov. 15]. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf>.

8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun.; 62(6):593-602.

9. National Health Service (UK). The Health & Social Care Information Centre. Adult psychiatric morbidity in England, 2007: results of a household survey. Leeds: National Health Service; 2009.

10. Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder. *BMJ*. 2006; 333(7565):424-429.

11. Leon AC, Olfson M, Broadhead WE, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: implications for screening. *Arch Fam Med*. 1995; 4(10):857.

12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007; 146(5):317.

13. Salum GA Jr, Manfro GG, Cordioli AV. Transtornos de ansiedade. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 1082-1102. cap. 108.

14. Clark DO. Issues of adherence, penetration, and measurement in physical activity effectiveness studies. *Med Care*. 2001; 39:409-412.

15. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montaque P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2002; (2).

16. Sackett D, Haynes RB, Gibson ES, Taylor DW, Roberts RS, Johnson AL. Patient compliance with antihypertensive regimens. *Patient Counselling & Health Education*. 1978; 11:18-21.

17. World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [Acesso 2012 nov. 15]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf>.

18. Demyttenaere K. Noncompliance with antidepressants: who's to blame? *Int Clin Psychopharmacol*. 1998; 13(Suppl 2):S19-S25.

19. Bull SA, Hu XH, Hunkeler EM, et al. Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. *JAMA*. 2002; 288(11):1403-1409.

20. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psych Serv*. 1998; 49:196-201.

21. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006 (Obra original publicada em 1977). In: Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec. 2008. p. 407.

22. National Collaborating Centre for Primary Care. Clinical guidelines and evidence review for medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [Internet]. London: Royal College of General Practitioners; 2009 [Acesso 2012 nov. 15]. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG76FullGuideline.pdf>>.

23. Henriques AA, Filipon APM, Camozzato A, et al. In: Cordioli, AV. *Psicofármacos: consulta rápida*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 165-169.

24. Sant'Anna MK, Barcellos MT, Almeida EA, Cardon L, Cordioli AV. In: Cordioli AV. *Psicofármacos: consulta rápida*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 560-561.

25. Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. Hong-Kong Wonca Classification Committee. 1995 June.

26. Dias LC. Abordagem familiar. In: Lopes JM, Gusso, G. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012.

27. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology*. 2004 Mar.; 23(2):207-218.

28. García JIR, Chang CL, Young JS, López SR, Jenkins JH. Family support predicts psychiatric medication usage among Mexican American individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Aug.; 41(8):624-31.
29. Hodgkin D, Volpe-Vartanian J, Alegría M. Discontinuation of antidepressant medication among Latinos in the USA. *J Behav Health Serv Res*. 2007 Jul.; 34(3):329-42.
30. Pecotche CBG. Exegese logosófica. 10ª ed. São Paulo: Logosófica; 2006.
31. Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Ensaios clínicos de medicamentos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde [Acesso 2013 jun. 06]. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/profissionais/artigos/ensaios.htm>>.
32. Gage SB, Bégaud B, Bazin F, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ*. 2012; 345:e6231.
33. Ferreira ABH. Dicionário do Aurélio. c2008-2014 [Acesso em 2013 junho 20]. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com>>.
34. Carrió FB. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 121-218.
35. Prochaska JO; DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983 Jun.; 51(3):390-5.
36. Lanouette NM, Folsom DP, Sciolla A, Jeste DV. Psychotropic medication nonadherence among United States Latinos: a comprehensive review of the literature. *Psychiatr Serv*. 2009 Feb.; 60(2):157-174.
37. Beck SR, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the Primary Care Office: a systematic review. *J Am Board Fam Med*. 2002 Jan./Feb.; 15(1):25-38.
38. Pecotche, CBG. Logosofia – ciência e método. 11ª ed. São Paulo: Logosófica; 2005.
39. Hoffman L, Enders J, Luo J, Segal R, Pippins J, Kimberlin C. Impact of an antidepressant management program on medication adherence. *Am J Manag Care*. 2003 Jan.; 9(1):70-80.
40. Brown C, Battista DR, Bruehlman R, Sereika SS, Thase ME, Dunbar-Jacob J. Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: relationship to self-reported adherence. *Med Care*. 2005 Dec.; 43(12):1203-7.
41. Lin EHB, Korff MV, Ludman EJ. Enhancing adherence to prevent depression relapse in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Sep./Oct.; 25(5):303–310.
42. Aikens JE, Nease Jr DE, Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL. Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Ann Fam Med*. 2005; 3:23-30.
43. Aikens JE, Nease DE Jr, Klinkman MS. Explaining patients' beliefs about the necessity and harmfulness of antidepressants. *Ann Fam Med*. 2008; 6:23-29.
44. Kaplan JE, Keeley RD, Engel M, Emsermann C, Brody D. Aspects of patient and clinician language predict adherence to antidepressant medication. *J Am Board Fam Med*. 2013 Jul./Aug.; 26(4):409-420.
45. Béria JU, Béria PL. Prescrição de medicamentos e adesão aos tratamentos. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 130-137. cap 15.

Submissão: janeiro de 2015
Aprovação: março de 2015
